



ÄRZTEGESELLSCHAFT
DES KANTONS BERN
SOCIÉTÉ DES MÉDECINS
DU CANTON DE BERNE

Nr. 4 / August 2010
www.berner-aerzte.ch

Contenu de ce numéro:

Communication du secrétaire 2

Objectifs de la présidence: NIP 1 - 2 - 4 - 6 - 3 - 5 3

Le nouveau site web de la SMCB: une plate-forme d'information numérique avec valeur ajoutée 4

Provoquer win-win, ou perdre tout espoir? 5

Gestion de la grippe pan- démique (H1N1) en 2009 dans le canton de Berne 7

Problèmes de multirésistance dans le secteur ambulatoire du canton de Berne 11

Umfrage zum Thema Gruppenpraxen / Gemein- schaftspraxen 12

Du Huisartsenpost aux Pays- Bas aux cabinets médicaux de garde en Suisse 13

Lettres de nos lecteurs 15

Réflexions sur la mémoire à court terme



Ce n'est pas seulement dans l'espace de l'Union européenne, mais en Suisse aussi qu'il semble que des temps difficiles soient arrivés. La pression et la rapidité ne cessent d'augmenter. Les marges de manœuvres sont de plus en plus resserrées. Les hauts et les bas se succèdent à intervalles de plus en plus resserrés. Le succès est de courte durée, ou bien il suscite envie et malveillance. Nous ne nous occupons plus que de ce que font les autres. Tout s'est-il déroulé dans l'ordre, ou bien faut-il s'indigner devant les bonus abusifs, les délits fiscaux, voire même des actes de corruption?

En sommes-nous arrivés à ne plus évoluer que dans un marché gouverné par des traders, avec ses hauts et ses bas alors que la valeur du point tarifaire reste la même, sans savoir où nous allons en fin de compte?

J'espère bien que tel n'est pas le cas...

Cependant, peut-être serait-il nécessaire de s'interroger sur la demi-vie de notre mémoire, toujours plus courte et dont les politiciens et les intervenants des médias ne sont pas les seuls à être malades. La décision populaire «contre la suppression du libre choix du médecin» du 1^{er} juin 2008 est aujourd'hui d'ores et déjà dépassée. En lieu et place de la responsabilité budgétaire rejetée par les médecins, c'est la coresponsabilité budgétaire qui a rapidement fait son apparition. La mission fondamentale du médecin, celle de soigner les malades et les personnes âgées (Hippocrate) devrait maintenant se voir complétée d'une obligation de contrôle des coûts. Il existe de bonnes raisons pour et contre un système de ce genre. Par contre, il y a lieu de se demander s'il devrait à l'avenir y avoir deux modèles différents à choix en fonction de la condition économique des assurés, l'un sans restrictions du choix du médecin, l'autre avec.

Il serait donc préférable, malgré l'incontestée pression du quotidien et à l'aide de techniques nouvelles telles que l'iPhone ou l'iPad (de plus en plus présents), d'obliger soi-même et les autres à se remémorer encore et toujours nos valeurs fondamentales ainsi que les objectifs à moyen et à long terme de la politique en général, et de la politique de la santé en particulier. Nul doute qu'ainsi pourraient surgir des idées nouvelles, sources d'innovations. Cela vaudrait toujours mieux que de rechercher superficiellement des solutions simplistes ou que de se borner à la gestion routinière et dans la frustration des problèmes qui surviennent au jour le jour.

C'est l'espoir qui meurt en dernier...

Thomas Eichenberger
Secrétaire de la Société des médecins
du canton de Berne

Communications du secrétaire



Dr
Thomas Eichenberger,
Secrétaire de la
Société des
médecins du
canton de Berne

I. Assemblée des délégués tenue le 17 juin 2010

1. ABC de «Reason for Encounter» (RFE) – Recommandation aux membres du Comité cantonal: saisir désormais systématiquement les motifs de consultation!

Adopté à l'unanimité

Motifs:

Déjà lors de l'assemblée des délégués du 18 mars 2010, ceux-ci ont mandaté le Comité afin qu'il élabore un concept de mise en œuvre de la collecte de données pour le constat des déplacements de prestations du secteur stationnaire au secteur ambulatoire. La nécessité de relever systématiquement les motifs de consultation est en relation avec l'introduction prévue des DRG dans le domaine stationnaire à partir du 1^{er} janvier 2012. On craint en effet que les déplacements vers le secteur ambulatoire qui en résulteront pourraient avoir des conséquences négatives sur la valeur du point tarifaire des médecins de ville en raison d'une augmentation quantitative de leurs prestations. Si l'on saisit désormais les données RFE, on pourra plus tard mieux vérifier les déplacements vers le secteur ambulatoire résultant de l'introduction des DRG. Le code RFE peut être saisi systématiquement à l'aide du masque standard correspondant, tâche que l'on peut confier à l'AM. La plupart des fournisseurs de logiciels proposent généralement gratuitement un module RFE complétant le logiciel de gestion administrative du cabinet médical. Ce module peut être aisément activé. Entre temps, nos membres ont été informés en détail par une circulaire du 28 juin 2010. Il est extrêmement important que le plus grand nombre possible de membres collaborent

à cette collecte de données. Rappelons ici encore une fois comment procéder en cas de difficultés ou de questions: prenez contact avec le fournisseur du logiciel de votre cabinet médical, renseignez-vous sur le site www.reasonforencounter.ch, ou posez vos questions à PonteNova (téléphone: 031 951 88 60).

L'ABC de «Reason for Encounter»

A = Avantages pour le médecin: comment participer?

- Vous possédez des données que vous avez mises en sûreté avant le reproche pour dépassement quantitatif.
- En votre qualité de prestataire de base, vous êtes parfaitement au courant des conséquences pour vous de la problématique de la politique et des patients (révisions PM, vieillissement de la population, DRG).
- En tant que médecin spécialiste, vous connaissez le nombre des patients qui vous ont été référés.

B = Besoins: de quoi avez-vous besoin?

- Il n'est pas nécessaire que vos dossiers de patients soient tenus sous forme électronique;
- Pas de travail médical supplémentaire: l'AM peut procéder à la saisie;
- Pas de frais: grâce au soutien du fournisseur de logiciel pour la gestion du cabinet médical.

C = Codification: comment devez-vous procéder?

1. Déterminez si le module RFE (tableau 1) est disponible pour votre logiciel de gestion de votre cabinet, ou consultez www.reasonforencounter.ch. Dans l'affirmative, passez au point 2; dans la négative, procédez à une mise à jour.
2. Activez le module RFE en suivant les indications de votre logiciel, ou celles du fournisseur du logiciel de gestion de votre cabinet médical. Vous trouverez de plus amples informations également sur le site www.reasonforencounter.ch.
3. Après chaque session, introduisez les codes (d'après le tableau 2), et non la relation elle-même.
4. Envoyez comme d'habitude les copies électroniques de vos notes d'honoraires à PonteNova.

2. Élection d'un nouveau membre du Comité cantonal

Madame Esther Hilfiker, Dr méd., radiologue FMH est élue au Comité cantonal
À l'unanimité
sur proposition du représentant de l'association de district Berne Regio. Elle

remplace le Dr Rainer Felber qui exerce la fonction de vice-président depuis le 1^{er} avril 2010.

II. Informations relatives à la valeur du point tarifaire TAR- MED 2011

Recommandation du bureau d'orientation LeiKoV (Convention sur les presta- tions et les prix)

Cette année, la délégation de négociation CCM / santésuisse n'a pu se mettre d'accord qu'avec retard. Avec raison, elle n'a émis aucune recommandation d'orientation, ni pour une revalorisation, ni pour une dévaluation de la valeur du point tarifaire dans le canton de Berne. À compter du 1^{er} janvier 2011, la valeur du point tarifaire reste donc fixée dans notre canton au niveau de 2010. Ceci signifie que la valeur du point tarifaire TARMED demeure inchangée à 86 centimes, jusqu'à nouvel ordre. La délégation du Comité cantonal ne voit aucune nécessité d'action. Les rapports contractuels (contrat cantonal d'adhésion à TARMED) ne sont pas dénoncés et restent en vigueur.

III. Contrats de conseil en rela- tion avec l'achat de produits ou de prestations

Il nous apparaît opportun d'attirer ici votre attention sur le fait que les contrats de conseil peuvent s'avérer éminemment problématiques. Si, dans ce contexte, des avantages matériels sont octroyés, on pourrait se trouver en présence d'une violation de l'article 33 LPTh (loi sur les produits thérapeutiques) si des avantages de cette nature ne sont pas répercutés sur les prix. Il pourrait aussi y avoir contournement de l'article 56 alinéa 3 LAMal (loi sur l'assurance maladie). Le sujet est hautement complexe et ne peut être traité exhaustivement ici. Nous recommandons toutefois à nos membres de s'en tenir aux principes suivants:

1. Ne prenez pas l'initiative de demander à des laboratoires ou à des fabricants de médicaments ou de produits thérapeutiques, ou à des grossistes, de vous proposer des contrats de ce type, au risque de créer les conditions d'un état de fait qui pourrait s'avérer pénalement répréhensible;
2. Soumettez d'éventuels contrats de cette nature au service juridique de la SMCB pour examen préalable;
3. Tenez surtout compte du fait que la (contre-)prestation fournie par vous doit être adéquate et ne doit en aucun cas être purement fictive (règle empirique).

Objectifs de la présidence: NIP 1 – 2 – 4 – 6 – 3 – 5

C'est sous la forme de mon code NIP que j'ai énuméré dans l'éditorial de doc.be 2/2010 les objectifs de ma présidence. Qu'est-ce qui se cache derrière ces chiffres et ces mots-clés? C'est ce que je vais décrypter ici à intervalles réguliers. Aujourd'hui: communication, gestion intégrée des soins et promotion de la femme.



Beat Gafner,
Président de la
Société des
médecins du
canton de Berne

Mon code NIP est: 1 – 2 – 4 – 6 – 3 – 5. J'en ai tiré les objectifs de ma présidence: «1 Devise, 2 Groupes d'intérêts, 4 Principes, 6 Objectifs, 3 Champs d'action et 5 Voies pour la réalisation.» De mes six objectifs (arrêter le gaspillage, préserver la solidarité, promouvoir les femmes au sein de notre association, soins intégrés contractuellement, desserte médicale assurée au jour le jour et pour les urgences, communication améliorée, voici ceux que je souhaite aborder aujourd'hui: **communication, soins intégrés et promotion de la femme.**

Encore plus de communication verticale

Par communication améliorée, j'entends le fait de communiquer avec transparence vers l'extérieur aussi bien qu'à l'interne. Je pense ici en particulier à la communication avec la base et réciproquement. Ce qui me manque quelque peu au plan de la communication interne, c'est d'informer suffisamment la base des médecins praticiens: nous ne parcourons pas suffisamment les rails verticaux qui vont de l'assemblée des délégués aux associations de districts jusque et y compris chaque membre pris individuellement. Il en va de même pour le trajet en retour. J'accueillerai avec faveur des pratiques de type parlementaire avec des questions écrites, des suggestions et des propositions à l'intention du comité de la SMCB et de l'assemblée des délégués. De plus, je m'attacherai à ce que les avis des milieux des services de garde et des associations de district soient mieux entendus au faite de notre Société. Vis-à-vis de l'extérieur, il s'agit d'accroître

la présence de la SMCB dans les événements de courtage de cabinets médicaux et auprès d'institutions telles que l'Institut pour la médecine de famille de l'Université (Berner Institut für Hausarztmedizin – BIHAM). Nous devons aussi renforcer nos contacts avec la relève, comme par exemple l'Association des jeunes médecins de famille (Verein Junger Hausärztinnen und -ärzte Schweiz – JHaS). Communiquer, c'est interagir, aussi bien avec les nôtres qu'avec nos contradicteurs. Et ça s'apprend: c'est pourquoi le comité de la SMCB a consacré une journée entière de formation à ce sujet en novembre 2010. Pendant l'année de notre jubilé, en 2009, nous avons revu la présentation graphique de notre site web. Si nous voulons améliorer le flux des informations entre la base et le sommet de notre association, il nous faut aussi développer la communication numérique. C'est pourquoi le comité a donné son accord à une adaptation technique de notre site: grâce aux toutes dernières techniques de l'informatique, nos états-majors pourront non seulement publier facilement et rapidement les informations importantes, mais ils seront également à même de proposer à nos membres des possibilités d'utilisation interactive.

Grandes vagues

La houle est forte autour du thème Managed Care et des modèles de gestion intégrée des soins. Désormais, il ne fait plus aucun doute que le Managed Care n'est pas seulement un sujet pour combler le creux de l'été médiatique. Le corps médical bernois aborde cette problématique dans la division, tout spécialement autour de la coresponsabilité budgétaire. Je suis convaincu que les parlementaires ne sont pas près de se mettre d'accord là-dessus. Il y aura encore bien des manœuvres des partis politiques pour animer ce débat. Le comité de la SMCB tiendra un séminaire sur cette problématique au courant du mois d'août. Je considère que les points clés élaborés au sein de la Conférence des sociétés cantonales de médecine (CCM) avec la participation des Bernois constituent des bases de discussion tout à fait

valables. Ils abordent en effet les questions fondamentales de manière beaucoup plus approfondie que ce n'est le cas dans le débat parlementaire. Le document de synthèse, fort intéressant, souligne par ailleurs le caractère facultatif de toute coresponsabilité budgétaire dans le contexte d'un réseau. Chaque médecin du réseau, qu'il soit généraliste ou spécialiste, peut être dans ce cadre le premier interlocuteur auquel s'adresseront les patients.

Promotion de la femme!

Si l'on considère au sein de nos instances et comités la part effective des femmes médecins qui pratiquent, on ne peut que constater qu'elles sont sous-représentées. Promouvoir la femme par le biais de quotas? Rares sont ceux à penser que des quotas de femmes permettront qu'un plus grand nombre de nos consœurs occupent des postes de cadres. Il faut agir. Je vais me consacrer plus intensément à cet état de fait qu'il convient d'améliorer. Je vais rechercher des solutions. Les résultats d'études externes dans des professions apparentées paraîtront en automne 2010. Ils nous montreront quelques-unes des voies possibles vers un remède à cette situation. Chères consœurs, ne laissez pas toujours les hommes seuls dans leur bastion!

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 et Markus Gubler, 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, gubler@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 août 2010

Préannonce

Le nouveau site web de la SMCB: une plate-forme d'information numérique avec valeur ajoutée

La communication en ligne se développe à toute allure. Les offres du moment doivent sans cesse être adaptées, et c'est aussi le cas pour le site web de la SMCB. Le comité a décidé au début du mois de juin de développer la présence en ligne de la SMCB sur le plan technique. C'est un pas en avant qui présente de nombreux avantages. Notre site web donnera plus d'informations, sera mieux à jour et, surtout, il sera bilingue: une plate-forme d'information numérique avec une réelle valeur ajoutée pour nos membres. Les différents services d'état-major pourront gérer et mettre eux-mêmes à jour les informations et les contenus: il y aura donc moins de coûts externes.

Le site web actualisé sera mis en ligne à la mi-septembre 2010. Une nouvelle page d'accueil souhaitera la bienvenue au visiteur. Le point essentiel, ce seront les six différents champs de nouvelles permettant une présentation souple et attrayante des informations. À l'avenir, les contributions à doc.be pourront être mises activement en relief et associées à des actualités, aux avis et communications du comité, aux communiqués de presse et autres informations d'actualité. Un agenda sera toujours présent sur la page d'accueil. Il renseignera sur les réunions professionnelles, les séminaires et les séances du comité. Et bien d'autres choses encore...

Un site web personnalisé pour votre cabinet médical

Les membres de la SMCB intéressés auront aussi désormais la possibilité de gérer le site web de leur propre cabinet médical. Vous n'aurez encore jamais aussi facilement fait connaître votre cabinet! Il vous suffit de remplir en ligne un formulaire très simple avec les indications personnelles désirées et les illustrations. Envoyer... c'est prêt! Attention: les membres qui ont déjà enregistré leurs données personnelles sur l'ancien site auront automatiquement un nouveau site web consacré à leur cabinet médical. Bien sûr, et c'est valable pour tous les utilisateurs enregistrés, toutes les indications peuvent être en tout temps et individuellement mises à jour.

Grâce à cette actualisation technique, le site web de la SMCB sera paré quelle que soit l'évolution future de la communication en ligne et pourra bénéficier des nouvelles innovations: à l'avenir, il sera facile d'intégrer rapidement au nouveau site des offres complémentaires telles que des lettres d'information électroniques pour les membres ou de la publicité en ligne à l'intention de la clientèle.

Des questions? Les nouvelles offres vous intéressent?

Dans ce cas, prenez contact soit avec le secrétariat de la SMCB (courriel: info@bekag.ch ou tél. 031 330 90 00), soit avec le service de presse et d'information (courriel: gubler@forumpr.ch ou tél. 031 310 22 99). Nous vous prêterons volontiers assistance.



Dès la mi-septembre 2010, les visiteurs de notre site seront reçus par notre nouvelle page d'accueil. Point central: six nouveaux champs de nouvelles...

Provoquer des situations win-win, ou perdre tout espoir?

Les personnes intéressées ont beaucoup de peine à se remettre à l'exercice de la profession de médecin lorsqu'elles ont suspendu leur activité pendant un certain temps. Nombre d'entre elles ont des doutes.

Un nouveau modèle a pour objectif de motiver les femmes et hommes médecins à revenir à l'exercice de leur métier. Le Grand Conseil a adopté ce printemps un postulat dans ce sens, à l'unanimité.



Thomas
Heuberger,
Dr méd.

Une jeune universitaire pleine d'espérances termine ses études : examen d'État réussi, stage accompli. Elle entame sa vie professionnelle pleine d'optimisme et d'enthousiasme. Première étape: poste de médecin assistante. Son parcours professionnel est tout tracé, l'objectif d'ouvrir un cabinet est défini, l'avenir est plein de certitudes, de perspectives de succès, d'attentes et d'espérances.

Trois ans plus tard: solution de continuité alors que sa formation de médecin spécialiste n'est pas terminée. Mariage, plans familiaux, pause maternité d'un ou deux ans, puis retour à l'exercice du métier. Mais il y a du retard pour mille bonnes raisons. La pause familiale ne cesse de se prolonger et finit par durer huit ou dix ans au service des enfants, de la famille, et peut-être même dans l'intérêt de la carrière de son époux. Et alors, après dix ans, tout est fini? Le train est définitivement parti? Les lacunes des connaissances sont trop importantes? Des doutes s'installent: en est-elle encore capable? Quelles sont les chaussetrappes? Les obstacles? Quel est le poids du manque d'expérience? Où en est la médecine de nos jours? Quelles sont aujourd'hui les contraintes matérielles et les conditions d'organisation? Quels sont les aspects administratifs si l'on désire reprendre son activité en cabinet?

La résignation ne tarde pas à s'installer. Le courage manque. La motivation ne se manifeste plus. C'est la crainte devant l'inconnu, l'angoisse du gardien de but dans ses onze mètres! Les connaissances et l'expérience ne sont plus là. Les méthodes modernes de travail ne sont pas maîtrisées

et l'environnement inspire plutôt la crainte que la confiance: l'avenir est si incertain...

La pénurie ne cesse de s'étendre

D'un autre côté, nous manquons de femmes médecins, de médecins, de candidat-e-s à la reprise d'un cabinet médical, de médecins de premier recours. Le système est en danger. C'est la jachère des bonnes volontés, des espoirs et de beaucoup de motivation. Cette situation est bien connue, et depuis bien longtemps. La presse s'en fait largement l'écho et nombreux sont les politiciens qui en ont pris conscience: il y a de moins en moins de jeunes médecins, hommes et femmes, à vouloir s'établir en médecin de famille indépendant. Les raisons en ont été suffi-



Comment inciter les médecins qui ont suspendu leur activité à reprendre l'exercice de leur profession? Le canton doit sérieusement y réfléchir.

Photo: iStockphoto

samment souvent énumérées, débattues. Elles ont fait l'objet de maintes polémiques et d'innombrables analyses: la démographie, les contraintes professionnelles, les services de garde, les défauts du tarif, le peu de considération pour cette profession dans la population, dans les médias et même auprès du corps médical.

Les solutions sont débattues. Certes, elles peuvent avoir quelques effets ici ou là, mais pas suffisamment: assistance en cabinet médical, discussions autour des tarifs, nouvelles réglementations des urgences, nouveaux modèles de cabinets, réforme des études de médecine avec une meilleure orientation vers la médecine de premier recours, etc... Toutes ces avancées, toutes ces mesures n'ont d'effets qu'avec retard. Ce triste état de fait se prolonge et s'aggrave encore: les cabinets médicaux ne trouvent pas de repreneurs, les gardes ont bien des difficultés à être assurées la démotivation des médecins qui restent ne cesse d'empirer, nombre d'entre eux cessent prématurément d'exercer. Et tout ceci a des conséquences! Le canton à son tour est dans le pétrin: en effet, c'est à lui qu'incombe l'ultime responsabilité d'assurer les soins médicaux pour la population, en particulier pour les urgences. Mais il ne peut pas tout faire.

Un modèle pour la reprise de l'activité professionnelle

Il faut des idées nouvelles. Nous avons besoin d'aide, et rapidement: le Grand Conseil a accepté mon postulat à l'unanimité et chargé le canton de trouver des moyens et des voies pour motiver les femmes et hommes médecins afin qu'ils puissent envisager de reprendre l'exercice de leur carrière. Cette proposition doit ouvrir la voie afin de mettre un projet sur les rails, en collaboration avec l'Institut pour la médecine de famille: il s'agit de définir un modèle de formation, d'expérience et de motivation pour toutes les personnes qui voudraient reprendre l'exercice de leur profession et qui seraient disposées à travailler ensuite en médecine de premier recours. Le contenu de ce modèle? Les connaissances en médecine moderne et l'expérience pratique, l'apprentissage de la médecine de premier recours d'aujourd'hui, la motivation à la diversité de ce métier, tout ceci dans le but de transmettre des connaissances, de lever des scrupules, d'enseigner des techniques, de conforter la confiance en soi, conditions préalables indispensables à la reprise d'une activité professionnelle. L'analogie avec l'assistance en cabinet médical est évidente.

Win-win

La condition préalable, c'est que nous trouvions suffisamment de personnes disposées à se lancer dans cette aventure, à oser à nouveau départ, à sauter dans l'eau glacée... Pour les aider à surnager: soutien aux plans de l'organisation, de l'administration, voire même des finances. Il y a beaucoup à faire, mais ce n'est pas un obstacle rédhibitoire. Nous devons tout d'abord trouver des candidates et des candidats, identifier les besoins, évaluer le modèle ensemble et avec le canton.

Ce serait peut-être une chance pour la personne dont nous parlions au début de reprendre l'exercice de sa profession, après une préparation adaptée, par exemple à temps partiel dans un cabinet de premier recours. Elle pourrait ensuite reprendre un cabinet de médecins de famille, à deux ou à trois, ou bien s'engager dans une autre voie professionnelle dans quelque autre domaine.

Ce serait alors win-win pour les courageux, pour le canton, pour le corps médical tout entier, pour l'organisation des services de garde, pour chaque médecin de famille qui verra à nouveau des possibilités de remettre son cabinet en toute bonne conscience. Nous sommes à la recherche du plus grand nombre possible de candidats potentiels à la reprise de leur métier. Nous pourrions alors nous attaquer aux premières étapes de planification et à l'élaboration du modèle.

Nous comptons sur vous et nous attendons votre réaction!

Thomas Heuberger, Dr méd.
Seehof, Staatsstrasse 16, 3652 Hilterfingen
Téléphone: 033 243 33 66 – Télécopie: 033 243 33 85
Courriel: tom.m.heuberger@bluewin.ch

Solistinnen:
SOPHIE KLUSSMANN, Sopran
ALEXANDRA BUSCH, Mezzosopran
MARCUS NIEDERMEYR, Bass

**BERNER KANTOREI
ZÜRCHER KANTOREI
ZU PREDIGERN**
Ltg. JOHANNES GÜNTHER
www.kantorei.ch

**MEDIZINER
-ORCHESTER BERN**
Ltg. MATTHIAS KLÄHN
www.medizinerorchester.ch

5.9.2010 19.30h
Predigerkirche Zürich
F. Mendelssohn-Bartholdy
Ouverture an
Händel für die Fagott op. 81
R. Schumann
Fragelied op. 328
K. Schumann
Romanen für Klavier op. 9b
R. Schumann
Serenade für Fagott op. 84
F. Mendelssohn-Bartholdy
Ps 42 Wie der treusch schreit op. 42
F. Mendelssohn-Bartholdy
Ps 114 Als Israel aus Ägypten zog op. 51

7.9.2010 19.30h
Berner Münster, 14. Abendmusik

Informationen über unsere Konzerte: Telefonieren 031 256 44 000, 031 256 44 001
24 St. U. 1-3 (Büro) oder durch den Musikverleger Helmi, 043 228 12 00 (Büro) oder Helmi.ch
Informationen über unsere Konzerte: Telefonieren 031 256 44 000
031 256 44 001 (Büro) oder durch den Musikverleger Helmi, 043 228 12 00 (Büro) oder Helmi.ch

KANTOREI

Ein Fels in der Brandung

Die Ärztekasse ist und bleibt eine standeseigene Genossenschaft.

Die Ärztekasse macht seit 1964 eine auf die individuellen Bedürfnisse ihrer Mitglieder angepasste Arbeit rund um das Büro in der Praxis. Sie offeriert zum Beispiel verschiedene Möglichkeiten zur Leistungserfassung und -abrechnung. Klar und transparent, das ist typisch Ärztekasse.

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

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

publi.ch

Adrian macht das schon.

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

medics labor
professionell und persönlich

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

T 031 372 20 02
F 031 371 40 44

Gestion de la grippe pandémique (H1N1) en 2009 dans le canton de Berne

Comment les autorités responsables du canton de Berne ont-elles géré la situation de crise provoquée par la grippe pandémique (H1N1)? Qu'est-ce qui a bien fonctionné? Quelles améliorations sont-elles nécessaires? C'est pour répondre à ces questions que la Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale (DSP), en collaboration avec des partenaires des milieux de la santé, a procédé en avril 2010 à une réunion d'évaluation (debriefing). doc.be en publie le compte-rendu officiel.

Texte: Thomas Schochat et Samuel Steiner, Médecin cantonal et Pharmacien cantonal



*Dr Thomas Schochat (à gauche) et
Dr Samuel Steiner*

Introduction

Le 29 avril 2010, la Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale (DSP) et ses partenaires du monde de la santé a organisé un debriefing sur la gestion de la grippe pandémique (H1N1) en 2009 dans le canton de Berne. Plus de trente personnes y ont participé issues des trente groupes de travail du plan de pandémie dans notre canton, des représentants de la Société des médecins, de la Direction de l'instruction publique et des grossistes. Le but poursuivi par cette réunion était de collecter des informations dans le domaine de compétence du canton, du point de vue des intervenants, l'objectif étant d'optimiser à l'avenir la préparation devant de futures situations de crise. L'élément central de cette réunion d'évaluation ont été trois ateliers portant sur les thèmes «Gestion des cas et soins ambulatoires», «Communication» et «Campagne de vaccination». Dans les lignes qui suivent, nous présentons une description du cadre général et de la gestion de la pandémie articulée selon ses trois sujets ainsi que les résultats de la réunion d'évaluation.

Gestion des cas et soins ambulatoires

Cadre général

Le 26 avril 2009, l'Office fédéral de la santé

publique (OFSP) a informé pour la première fois le corps médical au sujet de la grippe humaine provoquée par une nouvelle souche A/H1N1, dite aussi «grippe porcine». Le 1^{er} mai 2009, l'OFSP a publié des recommandations sur les soins à prodiguer à une personne soupçonnée d'être affectée par le nouveau virus. A suivi peu après la stratégie «Stop à l'épidémie»: isolement en cas de soupçon et quarantaine des personnes entrées en contact avec le malade. En raison de la situation épidémiologique, l'OFSP a engagé à partir du 13 juillet 2009 la stratégie dite de «Protection des personnes à risque, contention des foyers, réduction de la morbidité et de la mortalité». Le 14 août 2009, l'OFSP a publié des recommandations sur la gestion des cas dans les collectivités (écoles, crèches, camps de vacances, etc.) ainsi que des recommandations sur l'examen des cas groupés et des foyers.

Dans le canton de Berne, c'est le «Plan de pandémie – Santé publique» (état avril 2008) qui précise la procédure à suivre: tant que s'applique la stratégie «Stop à l'épidémie», les patients soupçonnés d'être atteints par la nouvelle souche grippale sont envoyés à l'Hôpital de l'Île. Le canton décide à partir de quand les patients pourront également être traités dans les hôpitaux de la périphérie.

Gestion

Le 1^{er} mai 2009, les hôpitaux et le corps médical ont donc été informés de la procédure à suivre en cas de soupçon de nouvelle grippe A/H1N1: tout cas soupçonné doit être après entente envoyé à l'Hôpital de l'Île pour examen, diagnostic, traitement et gestion des contacts, en se fondant sur les critères de la définition applicable des cas. En raison du nombre croissant de cas, il a été décidé qu'à partir du 31 juillet 2009 on ne s'en tiendrait plus à la centralisation des hospitalisations: dès lors, l'examen des cas supposés et la gestion des cas et des contacts interviendraient dans les cabinets médicaux.

Le 5 août 2009, le Directeur de l'instruction publique a publié des informations et des recommandations: les écoles ne devraient être fermées qu'exceptionnellement en présence de cas de grippe pandémique. Puis, dès le 13 novembre 2009, il a été renoncé formellement à la fermeture des écoles.

Communication et information

Cadre général

C'est le «Plan de pandémie grippale pour la Suisse» de la Confédération qui est déterminant pour la communication et l'information. C'est la Confédération qui est chef de file pour la communication, avant et pendant une pandémie. Conformément au «Plan de pandémie – Santé publique» du canton de Berne, le canton oriente le contenu, la terminologie et le ton de sa communication, en principe en s'inspirant de la communication pratiquée par la Confédération.

Autour de la pandémie, l'OFSP a commencé ses activités auprès des médias par un communiqué de presse du 26 avril 2009 et par une conférence de presse qui s'est tenue le 28 avril 2009. Près de dix mois plus tard, l'OFSP a suspendu ces activités par sa conférence de presse du 5 février 2010. L'intensité de la communication avec les médias suivait l'évolution de la situation et elle est passée des briefings quotidiens à des conférences de presse hebdomadaires, jusqu'à des périodes de très peu d'activité médiatique. Pour l'information de la population, l'OFSP a ouvert une page Internet. L'attention de la population a été attirée sur la pandémie par des spots à la télévision. Les comportements à adopter ont été diffusés par la voie d'affiches et de tracts.

Dans le canton de Berne, c'est la loi sur l'information de la population et la loi sur la protection de la population et la protection civile avec leurs ordonnances d'application qui règlent ce domaine. Le «Plan de pan-



Présence affirmée des médias: dès les débuts de la pandémie, l'OFSP a diffusé des informations quotidiennes sur la situation du moment. Photo: Keystone

démie – Santé publique» du canton de Berne pose les principes de son application pratique avant et pendant la pandémie. Les règles suivantes ont tout particulièrement inspiré l'information de la population dans le canton de Berne: la communication se fait par l'intermédiaire des médias, la communication du canton s'inspire pour son contenu et sa terminologie de celle de la Confédération; elle est factuelle, transparente et aisément compréhensible.

Gestion

L'information de la population du canton de Berne s'est faite par les médias et par Internet. La pandémie a été le sujet de douze communiqués de presse spéciaux et de deux informations du Conseil d'État. Le premier communiqué de presse a été diffusé le 29 avril 2009. Il traitait de l'examen des cas suspects. Simultanément, l'Office du médecin cantonal a fait connaître sa pratique pour l'examen de ces cas. Le dernier communiqué de presse est intervenu le 9 décembre 2009. Il traitait de la fermeture des centres de vaccination dans les hôpitaux régionaux.

À côté de l'information active, ce sont les réponses aux demandes de renseignements qui ont pris beaucoup de temps. Les médias se sont fréquemment informés auprès de l'Office du médecin cantonal et de l'Office du pharmacien cantonal sur la situation du moment et sur les mesures particulières prises dans le canton de Berne. De plus, de nombreuses demandes de renseignements auprès de la Direction de l'instruction publique étaient en relation avec les fermetures d'écoles. D'entente avec le médecin cantonal, la communi-

cation du canton de Berne (ComBE) a répondu aux questions sporadiques des médias. En outre, le médecin cantonal a été invité plusieurs fois à participer à des émissions spéciales de radio et de télévision consacrées à la pandémie. Une partie des communiqués de presse ont été remis également aux communes et à la Société des médecins du canton de Berne afin d'être distribués aux membres du corps médical. La page Internet www.be.ch/pandemie a été inaugurée à la fin du mois d'octobre. Elle servait de portail d'accès à toutes les informations sur le sujet. Le canton n'y a publié que ses propres documents, renvoyant pour toutes les autres informations à la page Internet de la Confédération consacrée à la pandémie.

Campagne de vaccination

Cadre général

La Confédération est compétente pour l'approvisionnement en vaccins (OFSP), l'autorisation des vaccins (Swissmedic), les recommandations de vaccination (OFSP, CFV) ainsi que pour l'information de la population sur les vaccins et sur les recommandations de vaccination (OFSP). Les cantons sont compétents pour l'organisation des actions publiques de vaccination avec le vaccin contre la pandémie. Pour la vaccination de la totalité de la population, la Confédération a fait l'acquisition en 2009 de treize millions de doses de vaccin contre la grippe pandémique (H1N1) auprès des fabricants de vaccins (Novartis S.A., GlaxoSmithKline S.A.). Le nouveau virus (H1N1) très contagieux

s'est avéré moins agressif que ce que l'on avait initialement craint. Il a infecté en particulier les enfants et les jeunes adultes qui ne présentent aucune immunité protectrice, et beaucoup plus rarement les personnes âgées de soixante-cinq ans et plus. Contrairement aux craintes initiales, la grippe pandémique (H1N1) ne s'est avérée pas plus dangereuse que la grippe saisonnière. En se fondant sur les données alors disponibles, la Commission fédérale pour les vaccinations (CFV) a communiqué le 13 août 2009 ses recommandations en matière de vaccination contre la grippe pandémique (H1N1) 2009. Elle a recommandé la vaccination de toutes les personnes désireuses de se protéger, elles et leurs proches, contre la grippe (H1N1) 2009 et ses complications. On n'a pas recherché alors un taux de vaccination déterminé. L'OFSP a publié ses recommandations de vaccination contre la grippe saisonnière et contre la grippe (H1N1) 2009 le 14 septembre 2009. Les recommandations communes OFSP / CFV ont été rendues publiques le 30 octobre 2009, puis adaptées les 24 novembre, 2 décembre et 14 décembre 2009.

Swissmedic a autorisé les vaccins Pandemrix® (GSK) et Focetria® (Novartis) le 27 octobre 2009, puis le vaccin Celtura® (Novartis) le 13 novembre 2009. Toutefois, les décisions d'autorisation ont été plusieurs fois modifiées pour les indications concernant certains groupes d'âges.

Les coûts des vaccinations ont été assumés en commun par la Confédération (vaccins), par les cantons (logistique et organisation) et par les assurances maladie (vaccination). Une indemnisation forfaitaire de CHF 17,15 par vaccination effectuée a été convenue avec les assurances maladie (contrat tarifaire entre la CDS et santésuisse). Pour les cabinets médicaux, la montant indicatif de CHF 19,50 a été convenu entre la CDS et les représentant-e-s du corps médical (Foederatio Medicorum Helveticorum – FMH et Conférence des sociétés cantonales de médecine – CCM).

Les recommandations de vaccination de la CFV ont été publiées à la fin du mois d'août 2009. Les priorités ont été définies en matière de vaccins et il a alors été communiqué que le plus petit emballage de Pandemrix® (GlaxoSmithKline S.A.) contenait cinq cents doses et qu'il était fait de deux composants. Par ailleurs, il est clairement apparu que le vaccin de Novartis S.A. était conditionné en un petit emballage d'origine (dix doses), permettant son emploi pour la vaccination dans les cabinets médicaux. La livraison des vaccins devait être échelonnée. Chaque canton s'est vu attribuer un contingent donné de vaccins. De nom-

breuses questions restaient alors encore ouvertes (dates de livraison, dates d'auto-risation, quel vaccin serait livré et à quelle date) ainsi que la question de l'ensemble du financement. On s'attendait à ce que le vaccin soit distribué au plus tôt à partir de la mi-octobre. En raison de cette situation initiale et en admettant que deux doses de vaccin seraient nécessaires par personne, un premier concept général pour l'action officielle de vaccination a été présenté aux représentants des hôpitaux le 25 août 2009.

Gestion

Sous la pression exercée par les cantons, le Pandemrix® a été réemballé en boîte de dix doses par la pharmacie de l'armée à partir d'octobre 2009, alors que le canton de Berne avait déjà mandaté la société Alloga pour le reconditionnement en emballages de dix doses.

Trois variantes ont été envisagées jusqu'en octobre 2009 pour la vaccination de l'ensemble de la population, tout en tenant compte d'une période de préparation de quatre semaines en vue de l'ouverture des centres de vaccination: 1) sept centres de vaccination, 2) un centre de vaccination à proximité de la gare de Berne à l'intention des pendulaires et 3) cabinets médicaux. En fin de compte, le concept de vaccination suivant a été décidé et communiqué:

- vaccination des personnels de santé exposés à partir du 9 novembre 2009 dans les centres de vaccination mandatés par leurs employeurs;
- vaccination des autres personnes à risque à partir du 16 novembre 2009 dans

les cabinets médicaux, les hôpitaux, les homes et les maisons de retraite;

- vaccination de la population en général à partir du 24 novembre 2009, dans les cabinets médicaux.

De plus, les personnes désireuses de se faire vacciner ont pu le faire à partir du 25 novembre 2009 également dans douze centres de vaccination situés dans les centres hospitaliers régionaux.

Points positifs

La stratégie du canton de Berne pendant la première phase de la pandémie consistant à centraliser les cas suspects à l'Hôpital de l'Île pour examen, traitement et gestion des contacts s'est avérée positive et a été maintenue. La pratique choisie d'isoler les cas suspects à domicile pour des motifs strictement épidémiologiques en présence d'une grippe peu agressive telle que la grippe pandémique (H1N1) 2009 a été jugée appropriée.

L'information contenue de la population par le canton a également été jugée positive: uniquement ce qui était nécessaire. Il était juste de reprendre les fiches élaborées par la Confédération sur les comportements à adopter. Une présence régulière dans les médias a permis au médecin cantonal de s'affirmer comme le «Monsieur Pandémie» et d'être perçu comme tel. Les médias l'ont régulièrement consulté et il a été invité à des émissions spéciales, ce qui lui a permis de se prononcer en détails sur la situation et de clarifier nombre de questions.

La page Internet s'est avérée être un outil d'information tout particulièrement important. Elle a permis aux spécialistes interrogés de renvoyer aux informations sur Internet et ainsi de réduire le temps consacré à répondre aux demandes de renseignements. La coordination de l'ensemble de l'information et de la communication par une seule instance a fait ses preuves.

Le concept de vaccination, la collaboration précoce, de bonne qualité et souple entre les différents partenaires (grossistes, cabinets médicaux), le fait que les collaborateurs de la Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale étaient atteignables pour répondre aux demandes de renseignements ont également été jugés positifs.

Ce qui nous paraît essentiel c'est que toute personne désireuse de se faire vacciner a finalement pu être vaccinée. Les personnes professionnellement exposées au risque de contamination (personnels des hôpitaux par exemple) ont même pu être très rapidement vaccinées. Les quantités disponibles de vaccins ont été suffisantes. La décision de principe de vacciner dans le cadre des structures existantes s'est avérée correcte. Dans l'ensemble, la vaccination contre la grippe pandémique (H1N1) 2009 peut donc être qualifiée de réussite.

Améliorations nécessaires

Après la première phase de centralisation à l'Hôpital de l'Île et l'aggravation de la situation en raison du nombre croissant de cas, les cas suspects ont pu être adressés aux hôpitaux périphériques. Ce changement de stratégie aurait dû être décidé plus rapidement et mieux communiqué par la Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale (DSP). En particulier, la DSP devra décider suffisamment tôt et de manière ciblée quels sont les hôpitaux de la périphérie chargés de cette mission afin qu'ils puissent se préparer à temps.

Il appartient à la DSP de régler la prise en charge des coûts des traitements effectués pour des motifs strictement épidémiologiques (par exemple pour les écoliers à l'Hôpital de l'Île pendant la première phase, puis dans les cabinets médicaux). Ces coûts ne doivent pas être à la charge des assurances maladie. Le fait que des patients suspectés de grippe aient parfois été renvoyés par les cabinets médicaux s'est avéré problématique. La Société des médecins du canton de Berne doit examiner cet aspect et le régler.

La coordination de l'information et de la communication de la Confédération avec



La coordination entre Confédération, cantons et corps médical est problématique: la campagne de vaccination a été confrontée à de grandes difficultés aux plans de la logistique et de la communication.
Photo: Keystone

les cantons, des cantons entre eux et du canton avec les intervenants a été problématique à plusieurs reprises. Du fait des informations données par la Confédération, des demandes de renseignements sont par exemple arrivées dans les cabinets médicaux avant que le canton n'ait pu informer le corps médical des faits et des procédures à suivre. Le flux des décisions de la Confédération vers les cantons doit donc être plus rapidement mis en place et la communication doit, elle aussi, être plus rapide. Les compétences et les responsabilités des différentes autorités au plan cantonal et au niveau fédéral n'étaient pas toujours clairement définies, vues de l'extérieur, et parfois peu compréhensibles. Il n'y a pas non plus eu de direction clairement perceptible pendant la campagne de vaccination.

La mise en œuvre différenciée des mesures par les cantons (concept de vaccination, fermeture des écoles) a provoqué de l'incertitude au sein de la population et a suscité maintes demandes supplémentaires de renseignement auprès des services cantonaux. Il a été dit que c'est la Confédération qui devrait être compétente pour les fermetures d'écoles et pour les interdictions de manifestations, afin d'assurer une application unifiée des mesures dans toute la Suisse.

Une fois que la stratégie a tout d'abord été appliquée de faire procéder aux vaccinations par les médecins de famille et de ne pas ouvrir de centres de vaccination, on s'en est ensuite écarté pour ouvrir des centres de vaccination dans les centres hospitaliers régionaux. Ce changement de stratégie n'a pas été communiqué à la population de manière compréhensible et satisfaisante. Il a été à la source de mécontentement de nos partenaires, tout particulièrement des médecins de premier recours. Il faudra à l'avenir agir en fixant des étapes contraignantes (de manière non réactive: pas de planification au jour le jour, mais un concept clairement défini) et selon un schéma proactif, surtout pour la distribution des vaccins et pour la vaccination elle-même. L'objectif est que tous ceux qui vaccinent puissent établir une planification (convocation et annonce des personnes désireuses de se faire vacciner).

Recommandations

Les services cantonaux spécialisés (Office du médecin cantonal, Office du pharmacien cantonal) doivent se voir renforcés par des spécialistes de la communication afin de répondre aux demandes de renseignements des médias. De plus, l'information



«Tous ceux qui ont voulu se faire vacciner ont finalement pu l'être.»

Photo: Keystone

de la Confédération doit être mieux coordonnée avec les cantons. Le canton de Berne doit établir un meilleur canal de communication avec le service de l'information de l'OFSP.

Dans le cadre de la révision du plan de pandémie de notre canton, il y aura lieu de réexaminer le principe «One Voice», le concept d'information sur les fermetures d'écoles et l'interdiction des manifestations. En même temps, il faudra définir avec plus de précision l'information des intervenants concernés.

La Confédération doit fixer clairement et communiquer lors d'événements toutes les étapes importantes nécessaires à la mise en œuvre par les cantons en ce qui concerne l'approvisionnement en vaccins (livraison: date, quantité et forme), l'autorisation des vaccins (une seule autorisation par vaccin, sans modifications après coup), l'information de la population sur les vaccins et les recommandations de vaccination (pas de communication sur le début des vaccinations sans tenir compte du temps de préparation nécessaire dans les cantons).

La Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale (DSP), déjà avant la campagne de vaccination (et aussi après) a informé l'OFSP des difficultés rencontrées par le canton pour la mise en œuvre de cette campagne. Ce sujet a également été abordé lors de la réunion d'évaluation (debriefing H1N1) réunissant l'OFSP et les cantons le 28 janvier 2010.

Et après?

Des séances d'évaluation ont eu lieu aussi bien au niveau fédéral que dans d'autres

cantons, ce qui a permis de rassembler les expériences faites. En général, il est admis qu'il faudra mieux examiner les différentes évolutions possibles d'une pandémie lors de l'établissement des plans de pandémie à venir, sans se borner à prévoir une pandémie grave comme l'a fait le plan de pandémie actuel, mais en se préparant également à une pandémie moins grave telle que l'a été la grippe pandémique (H1N1) 2009. Les résultats des évaluations aux plans national et cantonal ainsi que quelques mesures concrètes résultant du debriefing du 29 avril 2010 seront pris en compte lors de la révision du «Plan de pandémie – Santé publique» du canton de Berne.

Les mesures concrètes sont les suivantes:

- La DSP nomme une direction de la communication (« One Voice ») chargée de la conduite de toutes les affaires de communication ainsi que de la coordination entre tous les partenaires du canton.
- La DSP établit un concept de vaccination clair et communique également qu'il doit être adapté à la situation concrète.

Déjà pendant la phase inter pandémique, La DSP prend les mesures nécessaires (y compris l'augmentation des ressources en personnel) afin d'accélérer la prise de décision pour les missions d'exécution urgentes et de les communiquer plus rapidement et de manière plus efficace. De plus, un concept sera élaboré avec les partenaires concernés pour un état-major spécial pandémie dans le but de mettre sur pied une structure unifiée de conduite, de coordination et de communication.

Problèmes de multirésistance dans le secteur ambulatoire du canton de Berne

L'Institut des maladies infectieuses de l'Université de Berne a procédé à l'analyse de la résistance aux antibiotiques et de la prévalence de germes multirésistants en présence d'infections des voies urinaires et d'infections cutanées. Les résultats de cette analyse sont conformes aux attentes.

*A. Kronenberg, S. Koenig, S. Droz, K. Mühlemann,
Institut des maladies infectieuses de l'Université de Berne*

Les médecins de premier recours du canton de Berne ont été invités lors de l'été 2008 par le médecin cantonal à effectuer des prélèvements pendant six mois sur tous leurs patients présentant des infections des voies urinaires ou de blessures pour diagnostic microbiologique. Ces prélèvements devaient être envoyés, accompagnés d'indications cliniques et démographiques à l'Institut des maladies infectieuses. Les objectifs de cette enquête étaient les suivants:

- 1) Description de la situation dans le secteur ambulatoire en matière de résistance aux antibiotiques et de la prévalence de germes multirésistants en présence d'infections des voies urinaires et de la peau.
- 2) Comparaison de ces données avec la banque de données ANRESIS sur l'antibiorésistance qui collecte régulièrement les données sur la résistance en provenance de vingt-trois laboratoires sélectionnés de microbiologie en Suisse (www.anresis.ch).

L'enquête s'est terminée en avril 2009. Les résultats en ont été présentés au Congrès européen de médecine de premier recours WONCA (Bâle, septembre 2009) ainsi qu'au Congrès européen d'infectiologie ECCMID (Vienne, avril 2010). La publica-

tion des données complètes est en cours de préparation.

Nous voulons ici remercier tous les médecins de famille qui ont participé à l'enquête. Nous en présentons dans les lignes qui suivent. Pour la présentation des données, nous faisons la distinction entre les prélèvements qui ont été examinés aussi en dehors de la présente étude pour leurs aspects cliniques (prélèvements de routine) et les prélèvements qui n'auraient, dans des circonstances usuelles, pas été soumis à un examen microbiologique (prélèvements spéciaux).

Infections de blessures et Staphylococcus aureus résistant à la méticilline (SARM)

Au total 213 prélèvements effectués sur des blessures ont été analysés. Dans 138 d'entre eux (65%) au moins un germe pertinent a pu être mis en évidence en culture. Conformément aux attentes, le germe le plus fréquent était le Staphylococcus aureus (56,4%) suivi par des streptocoques du groupe A (5,5%). Des entérobactéries ont été trouvées dans 11,5% des prélèvements. Les prélèvements de routine provenaient le plus souvent de patients âgés, de patients présentant des ulcérations cutanées et de patients ayant suivi préalablement une antibiothérapie. La distribution

des microorganismes était comparable pour les prélèvements de routine et pour les prélèvements spéciaux.

La sensibilité des isolats de *S. aureus* aux différents antibiotiques n'était pas sensiblement différente entre les prélèvements de routine et les prélèvements spéciaux (tab. 1). Par ailleurs, les données étaient comparables avec les données d'antibiorésistance relevées dans le cadre du système de contrôle ANRESIS.

2 isolats de *S. aureus* sur 94 (2,1%) étaient résistants à la méticilline (SARM). Un patient était déjà connu de son médecin de famille en tant que porteur de SARM. Pour le second patient, on savait qu'un membre de sa famille était porteur de SARM.

Infections des voies urinaires et entérobactéries produisant des bêta-lactamases à spectre étendu (BLSE)

Au total 1018 prélèvements d'urine ont été examinés dont 695 (68%) ont donné des cultures positives. Le germe le plus fréquent était, comme on s'y attendait, *Escherichia coli* (71%), suivi par *Enterococcus* spp. (17,3%), *Klebsiella* spp. (5,4%) et *Proteus mirabilis* (3,7%).

Les prélèvements spéciaux provenaient plus fréquemment de jeunes femmes sans antibiothérapie préalable (au sens d'infections des voies urinaires sans complications). *Escherichia coli* était significativement plus fréquent dans ces prélèvements (76%) que dans les prélèvements de routine (67%) ou dans ANRESIS (66%). La fréquence des autres agents ne se différençait pas significativement entre les prélèvements de routine et spéciaux.

La sensibilité des isolats d'*E. coli* aux différents antibiotiques était partiellement et significativement différente entre les prélèvements spéciaux, les prélèvements de routine et ANRESIS (fig. 1). Les *E. coli* des prélèvements spéciaux étaient pour la plupart plus sensibles que ceux des prélèvements de routine et d'ANRESIS. Ces derniers reflètent les infections des voies urinaires avec complications.

Bien que les taux de sensibilité à la norfloxacin ne soient actuellement qu'environ 10% plus élevés que pour l'association triméthoprim-sulfaméthoxazole, nous continuons à recommander cette dernière en tant qu'antibiotique de premier recours pour les infections sans complications des voies urinaires inférieures. La prescription croissante de quinolones a entraîné ces dernières années une augmentation rapide d'*E. coli* résistants aux

Tableau 1: Sensibilité (%) d'isolats de *S. aureus*, blessures infectées

	Prélèvements spéciaux n = 36	Prélèvements routine n = 52	ANRESIS n = 127
Oxacillin ¹⁾	97.2	98.1	98.4
Clindamycine	97.2	98.1	87.4
Érythromycine	91.7	94.2	87.4
Tétracycline	91.7	100.0	96.8
Triméthoprim-sulfaméthoxazole	100.0	98.1	99.2
Ciprofloxacine ²⁾	88.2	82.7	96.8
Rifampicine ²⁾	100.0	100.0	99.1
Vancomycine	100.0	100.0	100.0

1) Les taux de sensibilité pour l'oxacilline sont représentatifs d'autres pénicillines bêta-lactamases (par exemple : flucloxacilline, céfuroxime / axétille et amoxicilline / acide clavulanique).

2) Ne convient pas pour une monothérapie en raison de l'évolution rapide de la résistance.

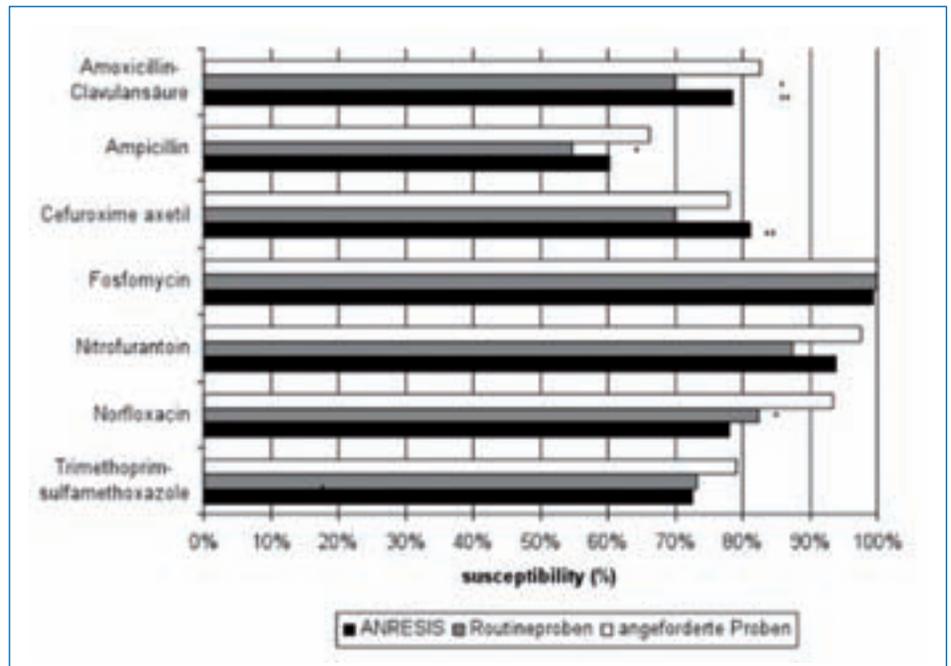
1) Kronenberg A, Zanetti G, Piffaretti JC, Mühlemann K. Antibiotikaresistenzdaten der Schweiz: jetzt online. Schweiz Med Forum 2008; 8(22): 415-18.

quinolones (1). L'emploi fréquent des quinolones pour les infections sans complications des voies urinaires avec des taux extrêmement faibles de complications, une tendance élevée à l'autoguérison et une bonne réponse à l'association triméthoprime-sulfaméthoxazole risque de faire perdre de son efficacité à ce groupe important et efficace d'antibiotiques, ce qui limite son emploi pour les infections invasives (pyélonéphrite par exemple). Avec un taux de sensibilité de près de 100%, la fosfomycine est actuellement certainement une excellente alternative pour le traitement des infections sans complications des voies urinaires inférieures. Pour la plupart des antibiotiques, les données d'ANRESIS étaient comparables à celles des prélèvements de routine.

Ce sont au total 5 isolats d'E. coli (1,1%) qui présentaient une activité bêta-lactamases à spectre étendu. Les E. coli BLSE sont résistants à toutes les pénicillines et à toutes les céphalosporines et ils sont aussi fréquemment multirésistants à d'autres groupes d'antibiotiques (quinolones, triméthoprime-sulfaméthoxazole). Les BLSE ont acquis ces dernières années un caractère épidémique. C'est un groupe particulier qui est responsable de cette augmentation dans le secteur ambulatoire: le génotype CTX-M. Avec 1,1%, le taux de BLSE dans le canton de Berne est encore relativement faible en comparaison inter-

Fig. 1: sensibilité (en %) d'E. coli

* = différence significative entre les prélèvements spéciaux et les prélèvements de routine
** = différence significative entre les prélèvements de routine et les données d'ANRESIS



nationale. Il est cependant le même dans le secteur ambulatoire et dans les hôpitaux pour les maladies aiguës. Au contraire des deux cas de SARM (blessures infectées), le médecin de famille ne connaissait la présence de BLSE dans aucun des cinq cas. Quatre d'entre eux présentaient toutefois

des facteurs de risque typiques tels que le grand âge, des infections récurrentes des voies urinaires, une thérapie antibiotique antérieure, des hospitalisations précédentes et du diabète sucré.

Appel à nos membres:

Enquête d'opinion: cabinets médicaux de groupes et collectifs

Enquête d'opinion du Département des sciences de la société de l'Université de Fribourg et de la Société des médecins du canton de Berne

Dans le cadre de son mémoire de maîtrise en sociologie, Mme Isabel Gilgen fait une recherche sous la direction de Mme le Professeur Dr Muriel Surdez du Département des sciences de la société de l'Université de Fribourg. Son travail porte sur la profession de médecin dans l'environnement contraignant de l'économisation en croissance constante de la médecine, de l'autonomie professionnelle et des relations avec les patientes et les patients. Dans une première phase, elle a eu des entretiens avec des médecins exerçant dans le cadre de cabinets médicaux de groupe ou collectifs.

Dans une deuxième phase, Mme Gilgen souhaite demander aux médecins du canton de Berne quelles sont les opportunités ouvertes et les défis posés dans l'exercice de leur profession dans le contexte du débat politique actuel autour des cabinets médicaux de groupe ou collectifs et des réseaux de médecins. Elle souhaite étudier le degré d'adhésion à ces modèles de cabinets médicaux et de collaboration et répondre à la question de savoir quels en sont les avantages et les inconvénients du point de vue des membres du corps médical.

Comme ces questions sont d'une brûlante actualité et d'une très grande importance du point de vue de notre politique corporative, la Société des médecins du canton de Berne procède à cette enquête d'opinion en collaboration avec Mme Gilgen. L'interlocuteur désigné au sein de la Société des médecins est Rainer Felber, Vice-président (felber.rainer@bluewin.ch).

Nos membres en exercice recevront à mi-août par voie de courriel une demande de participation à l'enquête, accompagnée du lien correspondant qui mène directement au questionnaire. Les réponses se donnent en ligne et sont absolument anonymes: la protection des données est strictement assurée. Les résultats de cette enquête seront notamment publiés par doc.be, entre autres.

Le Comité vous prie instamment de participer à cette enquête et vous remercie d'ores et déjà de votre collaboration active en répondant à ces si importantes questions!

Du Huisartsenpost aux Pays-Bas aux cabinets médicaux de garde en Suisse

J'ai découvert le système du Huisartsenpost aux Pays-Bas il y a quatre ans et j'ai ainsi acquis de précieuses connaissances. Depuis lors, nous avons établi en différents endroits du Plateau suisse des cabinets médicaux de garde pour les cas urgents. Comment fonctionnent-ils? Qu'en pensent les médecins de garde et le personnel des cabinets médicaux? J'ai procédé à un état des lieux à l'intention de doc.be.

Texte et photos: Dr Andreas Bieri



Dr Andreas Bieri,
membre du Comité de la Société des médecins du canton de Berne

Harrie van Rooij a été mon guide en 2006 pendant trois jours consacré à la visite de quatre Huisartsenpost dans le Brabant. Le 19 juin 2010, je me suis rendu en un après-midi dans quatre cabinets médicaux de garde pour les urgences sur le Plateau suisse. Contrairement aux Pays-Bas, tous nos cabinets sont rattachés à un hôpital. Mais, comme aux Pays-Bas, les structures de chaque organisation diffèrent les unes des autres. La plus grande différence par rapport aux Pays-Bas, c'est le service téléphonique. La centrale Medphone, très efficace, doit être financée par les médecins affiliés, alors que quelques caisses maladie donnent des conseils par téléphone dans l'espace stratosphérique. Commentaire d'une Bâloise lors d'un symposium Medgate: «C'est génial si je peux parler à un Docteur un samedi soir...» Aux Pays-Bas, les centres d'appel Huisartsenpost sont sous contrat avec les caisses maladie.

15 h 20 Hôpital de Berthoud: à partir de l'entrée principale, on suit les petites flèches et l'on descend les escaliers. Hanspeter Käser est tout seul. En cas de besoin, il peut obtenir de l'aide des urgences toutes proches de l'hôpital. «Ça fonctionne



Les locaux du han-rt à Thoune

à la perfection! La collaboration est excellente! Quand il y a beaucoup de travail, c'est un peu difficile quand on est complètement seul. Les soirs de semaine, c'est plutôt calme et monotone. Mais tous nos confrères sont satisfaits. C'est de la médecine ad hoc!», explique Hanspeter. C'est un changement passionnant. Il remplit ses formulaires à la main avant de les envoyer au médecin de famille par télécopie.

16 h 50 Hôpital de Thoune: «Le cabinet médical de premier recours est dans la maison d'à côté», me dit la dame à l'entrée principale. Étonnement: un logo comme à Tilburg, sauf que c'est «Médecin de garde». Devant l'appareil photo, les assistantes du cabinet se cachent derrière les rayonnages de la réception. Le cabinet est parfaitement organisé et agencé. Il n'est ouvert que depuis trois semaines. C'est Andreas Egli, Président de l'Association des médecins de famille de garde de la région de Thoune, qui assure lui-même le service des urgences aujourd'hui. «Nous venons d'ouvrir», remarque-t-il, «mais tout va bien». Il me prie de l'excuser: «Plus tard pour les renseignements!»: la salle d'attente est pleine à craquer...

18 h 00 Aarberg: suivez les «flèches roses» avec «Hans». Corridor en bas, escaliers, et me voici devant «Hans», urgences médicales Seeland. Plein de bonne humeur, il sort de son bureau, c'est Hans Triaca, médecin généraliste de Lyss. Il se sent en ce moment tout à fait occupé et il est très satisfait de ce type de service des urgences. On s'aperçoit tout de suite que l'assistante médicale, Manuela Hegi, elle aussi travaille ici avec plaisir. Le cabi-



Hans, médecin de garde dans le Seeland

net médical est ouvert depuis plus d'un an, à la satisfaction générale.

19 h 00 Soleure: je connais le chemin: en bas après les urgences, passer devant le triage, puis directement par le corridor au «cabinet des urgences ambulatoires». Il fonctionne très bien à Soleure. Les fins de semaine, ce sont jusqu'à 50 patients que l'on traite chaque jour. Les jours fériés, il faut même mobiliser un second médecin. Malgré les deux salles d'examen et un laboratoire bien équipé, on est un peu à l'étroit. C'est ce que m'explique le médecin de service Ueli Wicki de Gerlafingen. Il est satisfait de ce genre de service de garde. «Mais ce n'est pas bon marché», affirme-t-il. L'assistante médicale Brigitte Bucher est, elle aussi, heureuse de travailler ici. Il y a au total six collaboratrices qui travaillent parfois à deux. Un problème: la zone d'attente est petite et tout près de leur bureau. Lorsque l'attente se prolonge, on en entend parfois de belles de la part des patients. Cependant, les urgences de l'hôpital de Soleure seraient complètement débordées s'il n'y avait pas ce cabinet de garde. C'est d'ailleurs l'hôpital qui a été le premier à en réclamer un!

20 h 00 Olten, Hôpital cantonal: on construit. Depuis l'entrée principale, les lignes rouges nous guident le long d'interminables couloirs et passages jusqu'aux urgences. Ici aussi, après le triage initial, les urgences de l'hôpital et le cabinet de garde sont tout près l'un de l'autre. Le cabinet de garde se compose d'une réception claire et moderne, d'un espace laboratoire et de deux salles d'examen. Sabine Bieli semble à son aise dans cet environnement. J'ai été frappé, dans tous les cabinets de garde, par la satisfaction et la motivation des assistantes médicales. Bernhard Hofmeier, médecin généraliste à Trimbach, est lui aussi content de son service ici. C'est comme me disait Harrie van Rooij: «Ils sont tous contents et ne voudraient pas revenir en arrière!»

Le lendemain, retour à Langenthal. Qu'on est bien chez soi! Je suis accueilli par une Carmen Bösiger toute contente et un Mar-

kus Frey très satisfait. C'est lui le «créateur» de ce cabinet médical. Pleine activité à gauche comme à droite. À gauche: le cabinet de garde. À droite: les urgences de l'hôpital. Les jours de semaine, le soir, c'est calme, parfois très très calme.

J'avais vu aux Pays-Bas à quel point les Suisses pensent à la petite semaine. Un confrère hollandais m'a dit que ça ne pouvait pas être rentable en dessous de 100 000 habitants et de 50 médecins. Chez nous et avec la remise des médicaments, ça supporte quelques médecins de plus. Qu'il s'agisse des Huisartsenposten aux Pays-Bas ou des cabinets médicaux de garde en Suisse, tous deux ont un effet secondaire très important: les médecins sont plus proches les uns des autres et ont plus d'échanges entre eux. Tous les jours, des médecins de famille viennent au cabinet de garde, se branchent et travaillent ensuite grâce à l'informatique. Nombre d'entre eux croient au début qu'ils sont moins efficaces que chez eux. Mais ils s'habituent rapidement à ce nouveau mode de travail et en sont même assez fiers. Ils ne voudraient pas revenir à l'ancien système!

Aperçu

	Nombre d'habit.	Nombre de méd.	Tél., dossiers patients	Rémunération en CHF/heure	Direction
Aarberg Févr. 09	70'000	42	900xxx Informatique	120.– brut	Association HANS
Berthoud Févr. 09	65'000	42	Medphone Manuel	130.– brut	Comité de direction
Langenthal Mars 09	65'000	33	Medphone Informatique	117.– brut	Commission méd./hôpital
Oltén Juin 09	93'000	58	Urgences SO Informatique	117.– brutto	Commission méd./hôpital
Soleure Jan. 09	90'000	50 (centre) 45 (réserve)	Urgences SO Informatique	117.– brut	Commission méd./hôpital
Thoune Juin 10	125'000	81	Medphone Informatique	Selon résultat HAN-RT	Association

Les heures d'ouverture sont presque partout identiques: de 17 h à 23 h les jours ouvrables, de 8 h à 23 h les jours fériés. Pendant les heures de fermeture, c'est l'hôpital qui assure les urgences. Pour les visites à domicile, un service de réserve est organisé.

Un écho positif

Le poste de garde pour les urgences médicales de premier recours de la région de Thoune (han-rt) est en service à l'Hôpital de Thoune depuis le début du mois de juin. doc.be dresse un premier point de situation avec le Dr Hansruedi Fehr, Vice-président des services médicaux des urgences pour la région de Thoune.

Markus Gubler, Service de presse et d'information

Voici plus d'un mois que le han-rt est opérationnel. Qu'est-ce qui a bien fonctionné?

Dr Fehr: Ma toute première impression est bonne. Les confrères et le personnel sont motivés et s'engagent à fond. Nous avons déjà dû engager des AM supplémentaires. Au début, nous n'étions pas encore totalement mis à contribution, ce que l'on peut attribuer à l'excellente collaboration avec Medphone qui ne fait pas que prodiguer des conseils aux patients, mais qui les adresse ailleurs de manière ciblée. À d'autres moments, nous étés surchargés et nous devons nous demander comment décharger le médecin de service, par exemple en multipliant l'effectif.

Où percevez-vous un potentiel d'améliorations?

Il est normal que de nombreuses personnes, par habitude, ne se rendent pas directement à la réception des urgences. Il faut laisser le temps au temps pour les gens s'habituer à des nouveautés. J'ai été quelque peu déçu

par les relations dans les médias le jour de notre inauguration. Nous avons organisé une conférence de presse en collaboration avec l'Hôpital de Thoune. Il ne s'est annoncé qu'un seul journaliste jusqu'au jour précédent. C'est nous qui avons dû aller les chercher auprès des rédactions locales!

Quels ont été les échos jusqu'à présent?

Positifs dans l'ensemble. Les consœurs et les confrères, les médecins et les patients ont enregistré que l'on fait quelque chose pour les soins urgents. Les médecins de garde travaillent activement à l'amélioration constante de nos prestations. Il est clairement apparu, après quelques semaines seulement que nous devons remplacer le matériel chirurgical à usage unique. Nous nous trouvons en plein dans un processus d'apprentissage qui aura des effets positifs à l'avenir sur le service de garde. En ce qui concerne le manque de relève, il importe que l'on offre aux candidats des modèles de garde nouveaux et plus

souples. C'est le seul moyen de rendre son attrait au métier de médecin de famille.

Que vous ont apporté les expériences faites dans des services de garde déjà existants?

Nous avons regardé quelques-uns des cabinets médicaux de garde existants. Aarberg a été pour nous une sorte de modèle, quasiment exemplaire. Les entretiens avec nos consœurs et nos confrères ont été précieux et concluants. Nous avons très vite perçu qui faudrait nous attacher un fiduciaire spécialisé et que nous ne devons pas tenter de tout faire nous-mêmes. C'est pourquoi nous avons créé une association de médecins (HAN-RT) et nous avons organisé le cabinet médical de garde pour les cas urgents (han-rt) comme une entreprise de plein droit. C'est l'hôpital qui nous met les locaux à disposition et qui a financé les transformations. Une partie de l'infrastructure informatique que nous utilisons est celle de l'hôpital (réseau informatique et radiologie, par exemple). Les dossiers des patients sont saisis numériquement à l'aide d'un logiciel en réseau avec l'hôpital. Nous facturons indépendamment. Tout se fait pratiquement exclusivement par l'électronique, pas complètement, mais de plus en plus souvent. Par contre, nous saisissons les dossiers des patients nous-mêmes et facturons nous-mêmes, pratiquement exclusivement à l'aide de l'informatique.

Lettres de nos lecteurs

Lettre de Ballenberg

Bien le bonjour, Dr Locher!

Votre allocution de fête (doc.be 3/2010) à l'occasion de la remise des diplômes de la Faculté de médecine de l'Université de Berne a provoqué bien des hochements de tête auprès de nombre de nos consœurs et confrères. Étant donné que votre allocution était publique, permettez-moi, en ma qualité de pré-baby boomer, de vous donner mon avis à la fois critique et ouvert. Je suis tout à fait conscient que le public cible visé, les nouveaux diplômés, ne liront ces lignes que par l'effet du hasard... Pour des raisons de place, je vais me limiter aux quatre points ci-après:

1. Conducteurs de tramway: là, vous faites erreur Dr Locher! Certes, le médecin de famille accomplit maints travaux de routine. Mais la médecine pose des défis absolument fascinants: elle s'occupe et se mêle de faits réels qui présentent des aspects non scientifiques de la nature humaine. Rien à voir avec une «boucle sans fin»! Nul doute qu'il faudrait prendre telles ou telles options, comme par exemple le principe de loyauté et de bonne foi qui est un «must» dans notre profession. Des chefs remarquables, ni dispersés, ni bornés, mais de véritables modèles, auront à prendre ces options si importantes. La plus grande part des décisions (que ce soit pour nos patients ou pour nous personnellement), c'est nous qui les prenons. Non pas des rails, mais des chemins, des escaliers, des «aiguillages» tels que les représentent un Sandro del Prete ou un M.C. Escher. Et puis le courant (l'argent) ne vient qu'apparemment «d'en haut» (comme les politiciens l'auront plus ou moins décidé et distribué), mais bien en réalité «d'en bas», du bon peuple qui paie les primes d'assurance maladie et les impôts!

2. Détruire les «vieux» dossiers: certes, nombre de connaissances en médecine ont une demi-vie fort brève. Nombreux sont toutefois les principes fondamentaux, telle l'anamnèse attentive, qui n'ont cependant rien perdu de leur importance. Bien au contraire: pour déterminer la «pretest probability» de coûteux examens techniques, l'anamnèse a pris encore plus d'importance. Les médecins qui l'ont compris et qui le mettent en pratique peuvent en toute confiance passer leurs cours au shredder.

3. Centres de santé: nous verrons bien si nous aussi, nous aurons les moyens de nous offrir en périphérie des centres comptant au moins six médecins. Il n'y aura guère d'économie sur les coûts: ils ne seront que déplacés, par exemple dans le secteur des transports. Voici déjà bien longtemps que les «Ballenbergos» sont nombreux à avoir compris

l'évidence d'une étroite coopération avec les services SPITEX. Les soignants s'occupent du traitement de nombreuses maladies au moins aussi bien (voir mieux) que le gros de la troupe des médecins (je fais allusion ici à l'ulcus cruris et au décubitus). Mais nous devons être conscients que le travail au sein de grandes équipes pose des exigences majeures en termes de coopération et de communication. Rien que le secteur des ressources humaines consomme énormément de temps, d'énergie, de bonne volonté et de patience. Et puis ce n'est pas à huit heures que ces centres doivent ouvrir, mais à sept heures. En fin de semaine, ils doivent aussi être ouverts jusqu'à vingt heures, car nombre d'urgences surviennent en soirée, quand la nuit tombe et que la peur s'installe.

4. Rien que pour ces motifs, votre appel pour que les médecins de demain soient des bikers ou des ski crossers au coude largement écartés (et porteurs de protections bien sûrs!) est tout à fait incompréhensible. La médecine ne saurait réaliser grand' chose en faisant étalage de «power». La force destructrice ou la violence augmentent en fonction du carré de la vitesse. Si la nouvelle génération de médecins prend au sérieux vos recommandations, la devise des patients potentiels de demain deviendra «Fuir tout contact avec un médecin et mourir en bonne santé». Ce serait d'ailleurs parfaitement dans le droit fil de l'aberrant système de santé moderne: le patient est au centre et il gêne tout le monde!

*Prof. Dr Benedikt Horn, Ballenberg,
anc. Interlaken*

Nouvel horaire du service de conseil juridique de la SMCB

Vous avez besoin d'un conseil juridique? Depuis le 1^{er} août, vous pouvez atteindre le service de conseil juridique de la Société des médecins du canton de Berne par téléphone ou par télécopie, le matin du lundi au mercredi ainsi que le vendredi de 8 heures à 12 heures. Le service de conseil juridique est fermé le jeudi.

Nous répondrons volontiers à toutes vos questions:

Oliver Macchi, Dr en droit

Service de conseil juridique
Société des médecins du canton de Berne

Bolligenstrasse 52, 3006 Berne

Téléphone: 031 330 90 00

Télécopie: 031 330 90 03

Une comparaison grotesque

Votre allocution de fête (doc.be 3/2010) à l'occasion de la remise des diplômes de la Faculté de médecine m'a considérablement déconcerté, ainsi que nombre d'autres de mes consœurs et confrères. Avec quels sentiments avez-vous lâché les nouveaux diplômés dans la vie professionnelle?

Vous vous moquez de leurs nouvelles connaissances fraîchement acquises. Est-ce bien nécessaire? Tout diplômé fraîchement émoulu de l'Université sait parfaitement que les connaissances actuelles ne font que refléter l'état actuel de l'ignorance et qu'il doit être prêt à remettre ses connaissances en question à tout moment et avec un esprit critique. Conserver toute sa vie les doctrines qui ont été inculquées en son jeune âge n'est pas un signe de maturité intérieure...

La comparaison de notre profession avec celle de conducteur de tramway qui doit toujours et encore suivre les mêmes rails immuables est complètement à côté de la plaque. Ce que l'on demande et ce qui est nécessaire, ce sont des facultés de compréhension rapide, des capacités de décision, des facultés d'adaptation, d'innovation, d'improvisation, d'imagination et d'empathie, le tout associé à une forme de pensée scientifique et conséquente ainsi qu'à une vaste culture générale. La loyauté et la bonne foi que vous persiflez sont d'indispensables préalables et des fondements essentiels de l'exercice de notre profession.

La comparaison d'avenir avec un mountainbiker est grotesque. Dès l'enfance, nos écoliers sont formés à la vie au sein d'un groupe, au milieu d'autres personnes. Et le médecin de demain devrait se comporter comme un mountainbiker, le dos rond et les coudes écartés, à la chasse de ses concurrents, sans tenir le moindre compte de ses semblables ni de la nature, pour atteindre en toute autonomie le but qu'il se serait lui-même fixé?

Vous qui souffrez, réjouissez-vous: voici votre médecin!

Dr Locher, pour mes jeunes consœurs et confrères, vous avez complètement démoli et vidé de son sens l'image de la profession de médecin. Pourquoi?

Dr méd. M. Ryter

Nur die bezahlten Rechnungen zählen



INKASSOMED

Umfassendes Forderungsmanagement im Gesundheitswesen

Eschenstrasse 12, 8603 Schwerzenbach
Tel. 0844 85 33 57, Fax 044 806 57 70
info@inkassomed.ch, www.inkassomed.ch

Viel Sicherheit für wenig Aufwand

Debitorenverluste durch zahlungsunfähige oder -unwillige Patienten gefährden die Existenz. Das sorgfältig ausgearbeitete System beginnt bereits mit der Bonitätsprüfung. InkassoMed ist Ihre Absicherung gegen Verluste.