



ÄRZTEGESELLSCHAFT
DES KANTONS BERN
SOCIÉTÉ DES MÉDECINS
DU CANTON DE BERNE

N° 6 / décembre 2010
www.berner-aerzte.ch

Contenu de ce numéro:

Communications du secrétaire 2

Défis pour les soins hospitaliers 4

Campagne dans les médias de l'ASMAC Berne 5

MEDPHONE: nouvelle centrale d'appels pour les urgences et nouvelle adresse 7

«Je ne représente qu'une solution intermédiaire» Interview avec Dr M. Schaufelberger, BIHAM 9

Appel à la raison adressé aux membres du Parlement 11

Quatre principes



Mon code PIN est le suivant: 1 – 2 – 4 – 6 – 3 – 5. Ce sont 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. Et voici les principes que contient pour moi le point 4: la garantie de la qualité des soins doit avoir le pas sur les objectifs d'économies, il faut rechercher des solutions associatives dans un esprit de partenariat et assurer notre indépendance en politique corporative et notre autonomie entrepreneuriale. Les thèses de l'économiste américaine Elizabeth Teisberg sont de plus en plus à l'avant de la scène dans le débat sur les soins intégrés en relation avec la sélection des risques, les primes différenciées et les franchises, la coresponsabilité budgétaire et les structures de réseaux: les réformes du système de santé ne doivent pas s'orienter en fonction des objectifs d'économies, mais procurer des avantages aux patients. Voici ce que ceci peut signifier:

- Réseaux orientés en fonction des besoins des patients;
- Concurrence entre les caisses maladie;
- Nouvelles technologies de l'information au service de l'amélioration des prestations de santé pour le bénéfice des patients;
- Recherche concomitante, mesure et publication des résultats qualitatifs en aval.

C'est une culture de la communication équilibrée qu'il nous faut. Pas celle des quotidiens populaires. Elle doit nous conduire à des solutions associatives dans un esprit de partenariat. Exemple: le lancement réussi de l'augmentation de deux centimes de la valeur du point tarifaire limitée au plan régional dans l'Oberland bernois. Ce fut un projet commun de la Société des médecins et d'une importante assurance maladie dans le canton de Berne. De telles coopérations témoignent de la valorisation de notre travail. Elles ne sont malheureusement que trop rares. Les contre-arguments du Conseil fédéral restent pour nous totalement incompréhensibles. Pour nous, ce qui est toujours pertinent, c'est que ce qui n'est pas possible au plan national ne doit pas nous empêcher de poursuivre notre quête de telles solutions win-win au niveau du canton!

L'autonomie entrepreneuriale des médecins, hommes et femmes, est-elle encore recherchée? Pour moi, il y a vingt-cinq ans, l'autonomie entrepreneuriale et l'indépendance corporative allaient de soi. C'était évident. Tout comme la participation aux services de garde. Mais les temps ont bien changé: de nos jours, les jeunes médecins de premier recours sont à la recherche d'autres formes de cabinets médicaux et d'autres modes de travail. Les raisons en sont multiples: charge excessive des travaux administratifs, insécurité des investissements financiers, manque d'échanges avec ses confrères et collègues en pratique libérale individuelle, toujours moins de libertés entrepreneuriales du fait des restrictions juridiques, incertaines perspectives de gain. Tous ces facteurs les dissuadent de se mettre à leur compte en cabinet privé individuel. Notre relève donne la préférence aux cabinets collectifs, aux réseaux et aux «maisons des médecins». Nos futurs successeurs sont à la recherche de possibilités de travail à temps partiel ou en équipes. Ils veulent des échanges avec d'autres confrères et collègues. Ils souhaitent déléguer certaines activités bien définies et se mettre en réseau avec d'autres groupes professionnels tels que les «nurse practitioners». Devant ces tendances. La Société des médecins ferait bien de s'engager activement en faveur des nouvelles formes de cabinets médicaux et des nouveaux modèles de soins!

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

Communications du secrétaire



Thomas Eichenberger, Dr en droit, Secrétaire de la SMCB

Modification de la loi et de l'ordonnance sur la santé publique au 1^{er} janvier 2011

La loi sur la santé publique (LSP) a dû être adaptée à la loi fédérale sur les professions médicales (LPMéd). Sous l'empire de la LPMéd, le législateur cantonal bernois se borne à indiquer que, depuis l'entrée en vigueur de la LPMéd, seules sont déterminantes les dispositions de cette loi fédérale pour l'exercice indépendant des professions médicales.

Dans ce contexte, il est fort intéressant de noter que le législateur fédéral a limité le domaine d'application de la LPMéd à l'exercice économiquement indépendant de la profession de médecin. La LPMéd n'est donc applicable que lorsque le ou la titulaire d'un cabinet médical privé exerce son activité de manière indépendante, c'est-à-dire en l'absence de certificat de salaire et dans son propre cabinet médical. Ainsi par exemple, au sens de la LPMéd, les actionnaires contrôlant un cabinet collectif revêtant la forme d'une société anonyme assument les risques entrepreneuriaux, mais pas les médecins qui y sont employés salariés.

La LSP reste applicable aux non indépendants au sens de la LPMéd. Il en résulte que celui qui, bien que dépendant, n'assume pas de risque entrepreneurial a besoin d'une autorisation d'exercer alors qu'il assume techniquement la responsabilité des patientes et patients qu'il soigne. Dans la très grande majorité des cas, ceci ne devrait concerner que les médecins salariés, également dans les cabinets collectifs.

C'est pourquoi en 2011, la SMCB se permettra plus souvent, pour certaines activités médicales et à la demande des associations de districts, de se renseigner auprès du médecin cantonal afin de savoir si certaines personnes jusqu'à présent non enregistrées ne devraient pas être titulaires d'une autorisation d'exercer et être astreintes aux services de garde.

Il en va de même pour les médecins qui établissent des factures, qui ne sont pas membres de la SMCB et qui n'ont pas adhéré à Tarmed en tant que non membres. Dans ces cas, il n'y a pas de droit à établir des factures à la charge de la LAMal.

Le législateur cantonal bernois a fait usage de la possibilité d'ancrer encore plus clairement au niveau de la loi l'obligation de verser une contribution de remplacement en cas de non prestation du service des urgences médicales ambulatoires. D'une part, il est précisé que la contribution de remplacement doit être versée dans tous les cas, c'est-à-dire indépendamment du motif de non prestation. D'autre part, la contribution à verser est fixée à CHF 500.– par service non assuré (période de vingt-quatre heures) et pla-

fonnée à CHF 15 000.– par an (correspondant à trente services par année).

L'ordonnance sur la santé publique (OSP) connaît également quelques modifications au 1^{er} janvier 2011. Un seul point nous paraît digne de mention: la notion de détermination des réfractions a été remplacée par celle de «mesures optométriques». D'après un arrêt du Tribunal fédéral, il n'est plus nécessaire de se procurer l'accord d'un ophtalmologiste avant toute détermination de la réfraction chez les enfants âgés de moins de seize ans. Nous avons cependant obtenu que la première acquisition de lunettes ou de lentilles de contact par des enfants âgés de moins de seize ans ne puisse intervenir qu'après un examen par un ophtalmologiste.

Décisions de l'Assemblée des délégués du 28 octobre 2010

Il y a lieu de mentionner les résultats suivants:

L'Assemblée des délégués a très clairement adopté (par trente-sept voix contre zéro et une abstention) les positions en matière de politique de la santé du Comité cantonal sur les soins intégrés (le texte en est encore une fois intégralement reproduit ci-après, page 3). Ces avis ont désormais un poids considérable. En effet, nous pouvons partir de l'idée que l'impul-



Les positions du Comité de la SMCB en matière de politique de la santé ont donné matière à discussion lors de l'AD.

Photo: Marco Tackenberg

sion donnée bénéficie de l'appui de la majorité de nos membres. Le Comité cantonal considère donc qu'il est légitime de fonder sur cette base la politique de la SMCB en relation avec la révision partielle en cours de la LAMal. Il s'agira également peut-être, ultérieurement, de déterminer la position de la SMCB dans l'éventualité d'une proposition de référendum. Certes, nous pensons avoir ainsi notablement déblayé le terrain. Le sujet reste toutefois critique dans le contexte politique que nous connaissons actuellement. Tous les acteurs doivent et devront faire preuve de souplesse...

Toute aussi marquante est l'initiative récemment lancée pour une caisse fédérale unique ou caisse de santé. Le vote consultatif de l'AD, intervenu après un intense débat entre les pour et les contre, a donné un résultat qui a surpris le Comité: une nette majorité des délégués s'est alors déclarée favorable à cette proposition osée. La raison en est essentiellement les critiques formulées contre une bureaucratie toujours plus envahissante. On se plaint également en particulier des changements d'assurés qui interviennent tous les ans. Le corps médical est de plus en plus désabusé vis-à-vis de la prétendue concurrence en relation avec la compensation insuffisante des risques. Certes, le dernier mot n'est pas dit sur cette proposition dont nous ne connaissons pas encore tous les tenants et aboutissants. D'autres débats auront lieu si cette initiative aboutit, avant que la SMCB ne se prononce définitivement.

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 décembre 2010

Positions du Comité de la Société des médecins en matière de politique de la santé en relation avec les soins intégrés



L'Assemblée des délégués de la Société des médecins du canton de Berne a adopté le 28 octobre 2010 les positions de son Comité en matière de politique de la santé sur les soins intégrés:

Par «réseau de soins intégrés», nous entendons un groupe de fournisseurs de prestations qui se sont rassemblés dans le but d'améliorer la coordination des soins médicaux. **Le Comité de la Société des médecins du canton de Berne accepte l'introduction des modèles de soins intégrés dans le canton de Berne, à condition que soit respecté le cadre suivant:**

1. Les conditions préalables à l'introduction des soins intégrés sont l'évaluation concomitante scientifique et la compensation des risques affinée et orientée en fonction de la morbidité.
2. L'encadrement médical des patients doit être assuré tout au long de la chaîne de traitement du réseau de soins intégrés afin d'assurer l'optimisation de la qualité des traitements. Les réseaux intègrent des prestataires de premier recours, des spécialistes, des hôpitaux ainsi que des structures d'encadrement en aval.
3. Les soins intégrés s'accompagnent d'un système de gestion et de contrôle de la qualité. L'accent est mis sur la qualité et sur le bien des patients et non sur les conséquences en matière de coûts.
4. Le libre choix du médecin au sein d'un réseau de soins intégrés doit être garanti. L'encadrement des patients peut être assuré aussi bien par un prestataire de premier recours que par un médecin spécialiste.
5. Toute responsabilité budgétaire au sens d'un budget global est rejetée.
6. L'éventuelle coresponsabilité budgétaire des fournisseurs de prestations doit reposer sur une base volontaire. Les réglementations en la matière, le cas échéant, doivent être éthiquement défendables. Toute éventuelle coresponsabilité budgétaire doit reposer seulement sur le réseau pris dans son ensemble et non sur un médecin pris individuellement. Le contrôle des coûts doit s'exercer sur une période de plusieurs années. Dans l'éventualité de l'application d'un bonus ou d'un malus, leurs montants doivent être limités. Les fournisseurs de prestations exigent d'être consultés lors de la fixation des primes.
7. Les différents modèles d'un assureur maladie donné pour l'assurance de base doivent être initialement introduits avec des primes identiques. Les incitations à adhérer à un modèle d'assurance de soins intégrés ne doit pas s'accompagner de différenciations financières, telles que des franchises différenciées. Ce sont bien plutôt les caractéristiques qualitatives qui doivent être déterminantes.
8. Il y a lieu d'établir une structure tarifaire au plan fédéral accompagnée d'un seuil inférieur pour la valeur du point tarifaire. La bonification des prestations doit faire l'objet d'une réglementation contractuelle entre les assureurs et les fournisseurs de prestations.
9. C'est le réseau lui-même qui règle la fonction de médecin de confiance dans les réseaux de médecins prodiguant des soins intégrés.

Défis pour les soins hospitaliers

Conséquences de la révision partielle de la loi sur l'assurance maladie (LAMal)

Résumé de l'exposé d'Annamarie Müller Imboden, Cheffe de l'Office des hôpitaux à la Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du canton de Berne, tenu lors de l'Assemblée des délégués de la SMCB le 28 octobre 2010.

C'est le 1^{er} janvier 2012 qu'entrera en vigueur la loi révisée sur l'assurance maladie, ce qui aura des conséquences notables sur les soins hospitaliers. Quelques-unes des règles du jeu subiront des changements fondamentaux. Ceci exige que tous les intervenants des soins de santé, les hôpitaux et les spécialistes de la santé, le secteur public, les assurances maladies, mais aussi les patientes et les patients, remettent en question leur façon de penser...

Ces changements touchent concrètement trois aspects:

Tout d'abord, la loi sur l'assurance maladie prescrit comment les cantons devront procéder à leurs planifications hospitalières. La planification des hôpitaux est à la base de la liste des hôpitaux, laquelle à son tour pose la condition préalable pour que les prestations hospitalières soient prises en charge par l'assurance obligatoire des soins. Ceci concerne donc les hôpitaux prenant en charge les maladies aiguës, les cliniques de réadaptation, les cliniques psychiatriques et les maternités. Jusqu'à présent, les cantons bénéficiaient d'une relative liberté en relation avec les listes d'hôpitaux. Désormais, la Confédération fixe un cadre précis:

À l'avenir, les cantons devront coordonner leurs planifications entre eux. Ceci paraît sensé, mais ce ne sera pas simple à mettre en œuvre en raison du sacro-saint «esprit de clocher cantonal». Certaines prestations hautement spécialisées ne devront pas seulement être coordonnées: elles devront en plus être planifiées en commun par les cantons. Nul ne s'étonnera que ça ne se fasse pas dans le plus parfait esprit de concorde! Ce printemps, les médias ont rapporté des querelles autour de l'attribution ou de la non attribution des transplantations cardiaques ou de la thérapie par faisceaux de protons. L'Hôpital de l'Île à Berne, et donc le canton de Berne, sont directement concernés par ces décisions.

Tout d'abord, les cantons doivent appliquer des critères de planifications clairs et précis en ce qui concerne les autres prestations hospitalières: la planification doit répondre aux besoins et assurer la prise en compte de l'accessibilité géographique et sociale.

Par ailleurs, il y a lieu de veiller lors de leur sélection à la qualité et à l'économicité des fournisseurs de prestations.

En second lieu, les patientes et les patients auront le libre choix parmi tous les hôpitaux figurant sur les listes, et ceci dès 2012. Que l'hôpital figure sur la liste du canton de domicile du patient ou sur celle du canton du fournisseur de prestations. Le législateur a voulu ainsi favoriser la concurrence entre les cantons. Il a laissé subsister un petit lot de consolation: si les coûts du traitement hospitalier en dehors du canton sont plus élevés que dans le canton de domicile, alors le patient traité doit payer lui-même la différence. Exceptions: cas d'urgence ou nécessité médicale, à confirmer par le médecin cantonal.

Nul ne connaît aujourd'hui les conséquences éventuelles du libre choix de l'hôpital. Même si l'on peut partir de l'idée qu'il n'y aura pas de tourisme hospitalier à grande échelle à partir de 2012, le libre choix de l'hôpital entre en contradiction frontale avec le crible que l'on impose à la planification par les cantons.

On perçoit encore moins bien les conséquences du troisième élément: le nouveau mode de financement des hôpitaux. Les nombreux systèmes de tarification, différenciés d'un canton à l'autre et d'un hôpital à



Dès 2012, les patientes et les patients de toute la Suisse pourront choisir dans quels hôpitaux figurant sur une liste ils iront se faire soigner.

Photo: Marco Tackenberg

l'autre passent par-dessus bord. Il n'y aura plus dès 2012 qu'un seul et unique système forfaitaire pour les séjours stationnaires dans les hôpitaux figurant sur les listes. Le législateur espère ainsi instaurer plus de transparence, plus de concurrence et, par voie de conséquence, faire baisser les coûts. Une seule différence subsistera: entre les séjours stationnaires pour maladies aiguës, les séjours pour réadaptation et les séjours pour traitements psychiatriques. Dans le domaine aigu, c'est le système des forfaits par cas Swiss DRG qui s'appliquera. Les systèmes de facturation pour la psychiatrie et la réadaptation ne sont pas encore fixés.

Ce qui est déjà décidé par contre, c'est que la part des coûts d'investissements est comprise dans les forfaits, tout comme les coûts de formation initiale et continue du personnel de santé non universitaire. À l'avenir, les hôpitaux devront donc procéder à l'entretien, à la rénovation et au développement de la totalité de leurs infrastructures au moyen des revenus qu'ils auront obtenu en appliquant le système de tarification. Ils se verront confronté à une considérable pression des coûts, car les assurances feront tout pour décerner aux hôpitaux les «moins chers» le maillot jaune de roi du peloton. C'est bien la baisse du niveau qualitatif et des prestations qui nous menace, en l'absence d'engagements contraignants en matière de formation et en l'absence de strictes normes de qualité.

Il est également décidé que le canton de domicile devra participer au financement des forfaits à concurrence d'au moins 55%, quel que soit l'endroit où le traitement a eu lieu. Dans le cas théorique d'un canton qui ne compterait aucun hôpital sur sa liste, il devrait tout de même cofinancer la totalité des traitements hospitaliers de ses habitants. La seule condition, c'est que l'hôpital qui prodigue le traitement figure «quelque part» sur une liste. Cet «élément de cofinancement» promet au canton de Berne des coûts supplémentaires annuels de plusieurs centaines de millions par an, dès 2012. Il n'y a pas d'échappatoire. Est-ce que cela va vraiment encourager la concurrence?

Campagne dans les médias de l'ASMAC Berne

Pourquoi l'ASMAC monte-t-elle aux barricades en ces temps incertains alors que les conditions sont favorables tant du point de vue de la législation que dans le contexte de la convention collective de travail?

Et pourquoi donc cette campagne autour de la situation professionnelle des médecins assistants et des chefs de clinique connaît-elle un succès si notable? Lars Frauchiger, Président de l'ASMAC Berne nous en expose les raisons.

Lars Frauchiger, Dr méd., Président de la section de Berne de l'ASMAC, membre du Comité de la SMCB

Semaine de cinquante heures, au maximum une semaine de travail d'affilée, puis 83 heures de repos, au maximum sept services de piquet par mois et des règles pour régir les congés de maternité et de paternité. Ce ne sont là que quelques-unes des dispositions de droit du travail les plus importantes pour les médecins assistants et les chefs de clinique, telles qu'elles figurent dans la loi sur le travail et dans la convention collective de travail (CCT). Avec l'introduction de la loi sur le travail des médecins assistants et chefs de clinique et avec la conclusion de la convention collective de travail, il a été possible de poser ces dernières années les fondements de conditions de travail correctes. Mais le respect de ces prescriptions n'est pas garanti. Plusieurs facteurs en sont responsables: la pression pour des économies ne cesse d'augmenter dans le domaine de la santé, le financement des prestations et des soins est incertain. Dans le secteur hospitalier, l'introduction des DRG ne fait qu'accroître

les contraintes exercées sur les hôpitaux. Nombre d'entre eux sont menacés de fermeture. Toute cette pression agit en fin de compte sur les postes de travail dans ce secteur. Nous autres médecins commençons déjà à la ressentir.

Cercle vicieux

Aujourd'hui déjà, la durée maximum de travail de cinquante heures par semaine n'est pas respectée dans nombre d'hôpitaux et de cliniques. De plus, en cas de service pendant les fins de semaine, il faut fréquemment travailler douze jours d'affilée. Souvent on ne pense pas lors de la planification des services aux absences des consœurs et confrères pour formation continue, vacances, maladie, etc. Le surcroît de travail qui en résulte a presque toujours pour conséquence le non-respect des dispositions légales. L'insuffisance toujours constatée des effectifs (trop faibles ou

postes non repourvus) impose constamment des heures supplémentaires. Dans la situation actuelle de disette financière, les cliniques se voient contraintes de compenser ces heures supplémentaires au lieu de les rémunérer. Résultat: de nouvelles heures supplémentaires en raison de l'insuffisance des effectifs. Un véritable cercle vicieux menace de s'instaurer.

Malheureusement, les efforts des cliniques désireuses d'offrir de bonnes conditions de travail se voient étouffés au plan politique. C'est ainsi que d'urgentes réformes structurelles dans le paysage hospitalier ne peuvent être entreprises en raison d'une planification hospitalière à la fois boiteuse et trop tardive. Et puis le gouvernement impose des économies aux hôpitaux, sans autoriser les réformes indispensables. Il n'est pas suffisamment tenu compte de l'afflux croissant des patients.

L'introduction des DRG devrait augmenter la transparence et l'efficacité. Dans ce contexte, les hôpitaux sont soumis à une

**Sa, 17.52 Uhr. Nach zehn Arbeitstagen bald Wochenende.
Nur noch eine Chemotherapie überprüfen, drei Röntgenbilder beurteilen, dem Vorgesetzten rapportieren, bei fünf Patienten vorbeigehen und einen Versicherungsbericht schreiben.**

Assistenz- und Oberärzte sind regelmässig zehn Tage am Stück im Einsatz. Das ist ungesund für Ärzte und Patienten.

Wir finden: 7 Arbeitstage am Stück sind genug!
Petition auf www.wir-bleiben-dran.ch
VSAO Bern – Ihre Ärztinnen und Ärzte der Zukunft

Assistenz- und Oberärzte gehen auf die Strasse: Gratis-Blutdruckmessen und Kurzfilm mit Popcorn – Donnerstag, 16. September, 12 bis 21 Uhr, Waisenhausplatz Bern

C'est avec ces textes d'affiches, et d'autres semblables, que l'ASMAC attire l'attention sur les conditions de travail précaires dans les hôpitaux.

considérable pression des coûts, car c'est l'hôpital le plus économe qui va battre la mesure... C'est ainsi que l'hôpital s'en sortira mieux s'il viole les dispositions du droit du travail. On ne peut exclure des conséquences négatives sur la qualité des soins du fait des durées excessives de travail, de l'insuffisance de la formation continue par manque de temps et, en fin de compte, de la baisse de la motivation.

Ce sont actuellement plus de 60% de femmes qui terminent leurs études de médecine par l'examen d'État. La part des femmes dans les cliniques est aussi en augmentation, mais autant qu'attendu. Il semble que nombreuses sont les femmes qui prennent une autre orientation professionnelle à l'issue de leurs études. Les raisons en sont notamment les conditions de travail qui rendent quasiment impossible toute vie de famille digne de ce nom à côté de l'exercice de leur métier. Même si l'on appliquait avec conséquence la semaine de cinquante heures, il manquerait encore des modèles alternatifs de travail et de carrière. Il nous faut plus de postes à temps partiel pour pouvoir répondre aux besoins de nos consœurs (et aussi, de plus en plus, à ceux de nos confrères). Nous ne pouvons pas nous permettre d'ignorer ces besoins: la pénurie de médecins est d'ores et déjà une réalité et peut à peine être compensée par les médecins venus de l'étranger.

En fin de compte, les temps sont durs pour le corps médical (et pas seulement pour les membres de notre association). Notre campagne dans les médias est un premier pas en vue d'attirer l'attention sur les insuffisances dans nos conditions de travail. Des actions au plan politique (référendums, etc.), voire même des mesures de lutte, pourraient suivre.



Les stands de l'ASMAC dans certaines villes choisies, ici à Thoune, ont éveillé un vif intérêt de la part de la population.

Campagne médiatique

Dans une première phase, nous avons procédé à un sondage représentatif auprès de la population du canton de Berne. Une notable majorité des personnes interrogées étaient de l'avis que le nombre de jours de travail d'affiliée devrait être limité à cinq. Plus de 90% des sondés ont montré de la compréhension pour d'éventuelles mesures de lutte des médecins des hôpitaux pour le respect de la semaine de cinquante heures. Ils estiment que douze heures de travail d'affiliée sont synonymes de baisse de la qualité et sont considérées comme dangereuses.

C'est afin d'accroître la pression sur le gouvernement que nous avons formulé nos exi-

gences sous la forme d'une pétition: respect de la loi sur le travail, planification raisonnable des services et compatibilité de la profession de médecin et de la vie de famille.

Les éléments clés de notre campagne ont été des stands dans certaines villes, des annonces, un court-métrage, des affiches, des opérations de relations avec les médias et des entretiens avec des parlementaires. Nous avons recherché le soutien de la population et nous l'avons obtenu, ainsi qu'en attestent les dix mille signatures au pied de notre pétition.

Ensemble avec la population du canton de Berne, nous autres médecins voulons nous battre pour des soins de haut niveau qualitatif valorisant le travail des fournisseurs de prestations.



Les membres de la SMCB ont la parole!

Êtes-vous préoccupés par les actuelles propositions et évolutions en politique de la santé? Êtes-vous interpellés par les décisions de la SMCB en matière de politique corporative? Donnez votre avis au Comité! Écrivez-nous!

Vos critiques, recommandations, demandes pressantes, etc... peuvent nous parvenir par courrier électronique adressé à info@bekag.ch, ou par courrier postal à la Société des médecins du canton de Berne, Bolligenstrasse 52, 3006 Berne. Nous ferons en sorte que votre voix soit écoutée: les avis que nous recevrons seront publiés dans doc.be et postés sur notre page web.

MEDPHONE: nouvelle centrale d'appels pour les urgences et nouvelle adresse

De nouveaux secteurs couverts et le nombre croissant des appels ont contraint le centre médical d'appels MEDPHONE à consentir de nouveaux investissements dans ses infrastructures techniques et d'exploitation. Les clientes et les clients bénéficient désormais de temps d'attentes plus courts. Les médecins de garde profitent d'un meilleur soutien grâce au tout nouveau système informatique.

Markus Gubler, Service de presse et d'information de la SMCB



Trois cent soixante-cinq jours par an et vingt-quatre heures sur vingt-quatre, le centre d'appels pour les urgences médicales propre aux médecins propose à tous les patients et appelants des conseils médicaux et des indications pour s'aider soi-même, prodigués par des spécialistes de la santé expérimentés. En cas d'urgence, MEDPHONE indique rapidement le médecin ou le médecin-dentiste de garde de la région. MEDPHONE collabore avec les services de sauvetage et avec les hôpitaux régionaux. Il permet de soulager efficacement les médecins dans l'accomplissement de leurs tours de garde obligatoires.

Le nombre des appels a plus que doublé depuis 2007. Le seuil des 70 000 appels par an a été franchi en 2009. Nombre de régions de notre canton, voire même cer-

taines zones hors du canton (la ville de Lucerne, Malters, Wolhusen et Willisau) ont adhéré à MEDPHONE l'année dernière, ce qui a contribué à la forte augmentation du nombre des appels. Entre-temps, ce sont plus de 1400 médecins qui traitent les urgences médicales par le biais du centre d'appels, couvrant ainsi 80% de la desserte médicale du canton. MEDPHONE s'est désormais affirmé en tant que prestataire de pointe en matière de conseils médicaux et de coordination du service des urgences médicales.

La constante augmentation du nombre des appels a fait que l'ancien système IT est parvenu à ses limites et a dû être développé. Le Conseil d'administration et la direction ont décidé l'adaptation de la centrale d'engagement aux exigences actuelles et aux possibilités techniques. L'amélioration de l'infrastructure d'exploitation faisait également partie du projet: le déménagement s'imposait. C'est à mi-septembre 2010 que MEDPHONE s'est installé dans le quartier bernois du Mattenhof, au 45 Brunnhofweg. Les nouveaux locaux d'exploitation sont vastes, clairs et assurent une ambiance de travail agréable. Il est plus facile dans un tel environnement de garder la tête froide dans les situations

critiques. Monika Bütikofer, directrice de MEDPHONE en est absolument convaincue.

À côté de la prise de possession des nouveaux locaux, MEDPHONE a pu accroître sa capacité de prestations grâce au recours à la technique informatique la plus moderne. Les médecins de garde se voient ainsi offrir plus de fonctionnalités et plus de soutien: à l'avenir, la centrale d'engagement peut faire suivre les urgences reçues automatiquement par télécopie, ou envoyer des itinéraires pour les engagements directement au médecin de garde, par SMS. Les collaboratrices de MEDPHONE ont maintenant accès par le biais de l'interface électronique à une base de données de connaissances médicales, très complète. Elles peuvent ainsi saisir les tableaux cliniques avec plus de précision et prendre plus rapidement les mesures qui s'imposent. Les patients de leur côté bénéficient désormais de temps d'attente moins longs et de liaisons plus rapides, notamment aux heures de pointe. Un avantage qui peut être décisif en cas d'urgence.

À tout ceci s'ajoute le fait que la nouvelle centrale téléphonique facilite la planification des engagements: les plans de servi-



Dans le canton de Berne, ce sont déjà plus de 1400 médecins, hommes et femmes, qui ont adhéré à MEDPHONE.

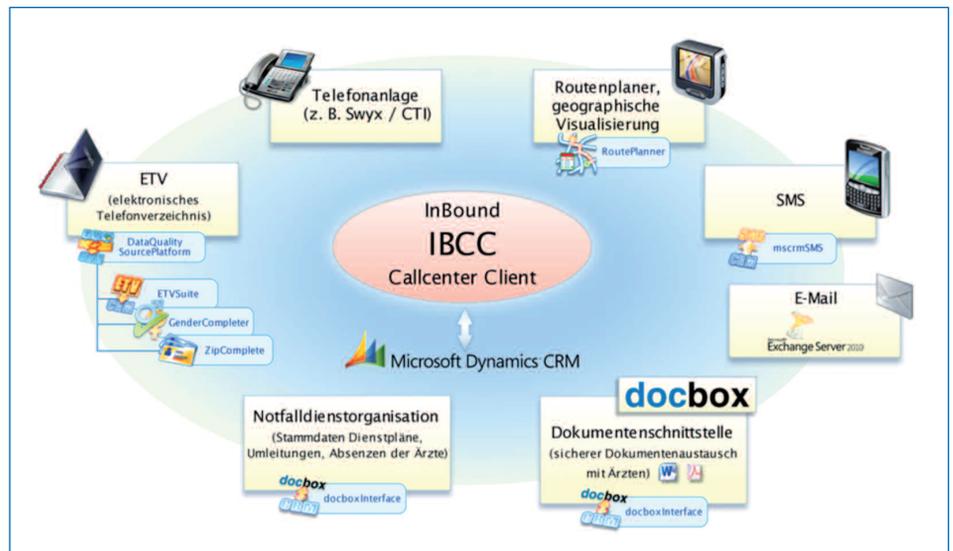
Photo: Martin Bichsel



MEDPHONE a répondu à plus de 70 000 appels d'urgence en 2009.

Photo: Martin Bichsel

ce sont gérés de manière centralisée et constamment tenus à jour. Tous les médecins de garde concernés peuvent consulter leurs horaires de présence en ligne, ce qui facilite grandement les éventuels remplacements et substitutions. MEDPHONE a relevé les taxes d'appels à 88 centimes la minute à compter du 15 avril 2010, afin de faire financièrement face à ces développements tout en assurant à long terme au plan économique la liberté d'action de MEDPHONE. C'est cependant toujours le corps médical bernois qui supporte l'essentiel de la charge financière (plus de 70% des coûts). Les client-e-s et le canton de Berne ne supportent ensemble que moins de 30% des frais d'exploitation. Des négociations sont en cours avec le gouvernement cantonal en vue d'une meilleure participation aux coûts, dans un bon esprit de concertation. Les prestations du corps médical sont considérées positives par la Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale qui leur apporte son appui. MEDPHONE a l'espoir qu'il en résultera une amélioration de la couverture des frais.



MEDPHONE apporte son soutien aux médecins des urgences grâce à la technique informatique la plus récente.

publix.ch

Noch nie war die Praxisadministration so direkt und preiswert

Leistungen erfassen und abrechnen via Internet

Alles, was Sie brauchen, um mit der Ärztekasse abzurechnen, ist ein Passwort. Kostenlos und ohne Software-Installation, dafür inkl. Datensicherung, Medikamenten- und Tarif-Updates, Debitorenmanagement und noch vielem mehr.

Ä K ÄRZTEKASSE
C M 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

Mehr als ein Kurier.

Um all Ihre Bedürfnisse zu befriedigen, sind wir auf unsere Kuriere angewiesen. Dabei denken wir nicht nur an Sie, sondern auch an die Umwelt und kommen mit unserem Hybridfahrzeug bei Ihnen vorbei.

medics labor
professionell und persönlich

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

T 031 372 20 02
F 031 371 40 44
info@medics.labor.ch

«Je ne suis qu'une solution transitoire»

Le 1^{er} juillet, le Docteur Mireille Schaufelberger a repris la direction de l'Institut de médecine de premier recours de l'Université de Berne (BIHAM). Elle expose les raisons de cette évolution et ce qu'elle attend des autorités et de la Société des médecins à l'occasion d'un entretien personnel qu'elle a accordé à doc.be.

Markus Gubler, Service de presse et d'information de la SMCB

Doc.be: Vous avez repris la direction du BIHAM le 1^{er} juillet 2010. Quelle est votre première impression?

Votre question pourrait donner l'impression que je viens d'arriver à l'Institut. Or tel n'est pas le cas. J'y travaille déjà depuis six ans et j'y ai la charge de l'enseignement depuis quatre ans. J'en assume en plus la direction depuis le 1^{er} juillet. Ce type de fonctions multiples n'est pas inhabituel chez nous. Comme par le passé, nous sommes fort occupés dans un contexte d'effectifs insuffisants. Dans ma fonction de directrice de l'Institut, j'incarne une solution transitoire jusqu'à ce que la chaire soit repourvue. C'est un processus délicat, car la nomination d'un professeur ordinaire constitue également une 'décision politique'. Des attentes considérables sont placées dans le futur titulaire, homme ou femme: il ou elle devra être un chercheur ambitieux, tout en ayant ses racines dans la médecine de premier recours et d'excellentes connaissances de la desserte médicale de base dans notre pays.

Quelles ont été vos motivations pour accepter d'assumer la responsabilité d'un institut universitaire?

Il ne s'est pas agi d'une décision préméditée, mais bien plus le résultat d'une évolution. C'est en raison de mes fonctions de responsable de l'enseignement en médecine de premier recours que je siégeais dans différentes commissions de la Faculté de médecine. Je suis ainsi devenue l'interlocutrice toujours plus indiquée pour toutes les questions autour de la médecine de premier recours. Par ailleurs, en raison de mes activités, j'ai vécu et participé à l'évolution de l'instance facultaire pour la médecine de premier recours vers l'Institut universitaire de médecine de premier recours.

Comment concevez-vous désormais vos domaines d'activités?

Ils sont multiples: une partie de mon travail consiste comme par le passé en la direction de l'enseignement en médecine de premier recours. Je suis responsable des stages obligatoires de nos étudiants en médecine de premier recours, du recrutement des médecins formateurs et de la gestion des



Les médecins de premier recours sont mieux perçus grâce à la création du BIHAM.

Photo: zVg

contacts avec ceux-ci, ce qui me tient fort à cœur. Nous ne pouvons remplir notre mission d'enseignement en médecine de premier recours qu'ensemble et avec nos près de six cents médecins de famille, hommes et femmes. En outre, je suis responsable avec quelques-uns de mes confrères sur le terrain des cours en médecine de premier recours. C'est ainsi que nous avons pu introduire de nouvelles composantes didactiques dans le curriculum de médecine: nous avons lancé et co-développé un cours de communication avec des comédiens jouant le rôle de patients, ainsi qu'un cours pratique de consultations par téléphone.

En plus de la formation initiale, je m'engage également pour la formation continue et la formation postgrade. Nous organisons des cours spécifiques à l'intention des médecins assistants en formation postgrade en médecine de premier recours. Nous assurons le placement des postes d'assistants au cabinet médical et nous tentons de répondre aux questions et préoccupations des médecins assistants. Nous organisons la 'Journée du médecin de famille' pour les médecins de premier recours et les médecins formateurs. Son programme est d'ailleurs esquissé dans

le présent numéro de doc.be. Un autre volet de mon activité est celui de la direction de l'Institut. À côté de (trop) nombreuses tâches administratives, l'accent est mis ici sur les contacts et les échanges avec d'autres institutions médicales.

Quels objectifs poursuivez-vous? Où voyez-vous des potentiels d'amélioration?

L'excellente collaboration avec la Faculté de médecine et avec l'Université revêt pour moi une très grande importance. Leur appui nous a permis de réaliser déjà beaucoup de choses: aujourd'hui, tous les étudiants en médecine doivent obligatoirement suivre pendant plus de quatre années d'études un stage dans un cabinet médical de premier recours. Il y a des cours en médecine de premier recours et les médecins de famille sont responsables de cours tels que 'Premier secours' et 'Communication'. Il y a désormais des examens en médecine de premier recours, au niveau de la Faculté et au niveau fédéral. Quels que soient tous ces résultats au plan universitaire, nous devons veiller à ne pas perdre le contact avec l'activité quotidienne en cabinet médical. Notre force, nous la tirons des contacts étroits avec nos confrères praticiens. Nous devons soigner ces échanges et les développer encore. Je vois aussi un potentiel d'amélioration dans la formation continue. Nous devons créer des postes en rotation dans différentes cliniques pour les candidats médecins de premier recours et poursuivre l'encouragement de l'assistantat au cabinet médical.

Le BIHAM a été fondé au début 2009. Comment ce jeune institut s'est-il affirmé depuis lors? De quelle estime jouit-il aujourd'hui, auprès des étudiants et des médecins de premier recours?

La création du BIHAM a été une étape importante de notre développement. Elle lui a donné une impulsion nouvelle. Nous sommes mieux perçus, aussi bien par les étudiants que par les médecins de famille. Ce sont surtout les stages de médecine de premier recours, pendant lesquels six cents prestataires de base transmettent à la relève leurs connaissances et leur expérience en

tant que médecins formateurs qui nous ont fait faire un grand pas en avant. Tous les étudiants en médecine de l'Université de Berne savent maintenant ce que signifie la médecine de premier recours. Malheureusement, il reste quelques prestataires de base qui ne connaissent pas encore le BIHAM.

Andreas Rothenbühler, le Directeur de l'Institut, parlait dans doc.be 3/09 de mieux intégrer le BIHAM à la Faculté de médecine. La direction de l'Institut y est-elle parvenue?

Oui, comme je l'ai déjà évoqué, les relations avec la Faculté sont excellentes. Nous sommes représentés dans les instances importantes et nous pouvons faire état de nos idées et de nos conceptions.

Le BIHAM participe au programme 'Assistanat au cabinet médical' du canton de Berne. Quelle est votre conclusion? Où voyez-vous d'autres possibilités de collaboration étroite avec les autorités?

L'essai pilote de formation postgrade des médecins en cabinet médical (assistanat en cabinet médical) du canton de Berne a cofinancé chaque année six postes d'assistants au cabinet médical. Il a connu un grand suc-

cès. Les expériences ont été très positives, aussi bien pour les médecins assistants que pour les praticiens formateurs. Heureusement, ce projet qui devait se terminer à fin 2010 a été prolongé de deux ans: le canton s'est déclaré disposé à cofinancer de 2011 à 2012 chaque année neuf postes d'assistants au cabinet médical. Il en faudrait toutefois vingt-trois d'après une recommandation de la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS). C'est pourquoi nous sommes à ce sujet en relation avec les autorités cantonales et nous espérons en obtenir une décision favorable.

Dans le canton de Berne également, la situation est préoccupante en ce qui concerne les médecins de premier recours. Qu'attendez-vous de la représentation corporative du corps médical?

Nous avons urgemment besoin de décisions politiques en faveur de la médecine de premier recours. Cela ne sert à rien d'encourager et de perfectionner la médecine de premier recours en formation initiale et postgrade alors que les conditions de travail au cabinet médical se détériorent constamment. L'État doit maintenant, comme en

Grande Bretagne où le médecin de famille joue un rôle central dans le système de santé en sa qualité de 'gatekeeper', prendre position et agir de manière conséquente s'il veut conserver des soins de bases de haut niveau qualitatif. Pour cela, nous avons besoin du soutien de la Société des médecins du canton de Berne. D'ailleurs, nous collaborons avec elle depuis des années dans un esprit constructif.

Les médecins, hommes et femmes, ont de la peine à reprendre l'exercice de leur profession. Un modèle est censé les y aider et un postulat en ce sens a déjà été transmis (voir doc.be 4/10). Quel rôle le BIHAM pourrait-il jouer ici?

J'ai connaissance de ce postulat. L'idée de faciliter aux médecins la reprise de l'exercice de leur métier est bonne. Mais le problème ne sera ainsi que partiellement résolu, en raison de l'insuffisance de la relève. Nous sommes tout disposés à participer activement à ce projet, à condition que l'on nous mette les ressources nécessaires à disposition.

Dr Schaufelberger, un grand merci pour cet entretien!

**Hausärzte-Tag Bern: Donnerstag
10.02.2011 – Inselspital Bern, Kinderklinik**

Programm

09:00 – 09:45	Therapieoptionen der Demenz Prof. A. Stuck
09:45 – 10:30	Screening in der Hausarztpraxis Prof. M. Egger, Dr. M. Battaglia
10:30 – 11:00	Pause
11:00 – 11:15	Mitteilungen
	• Teacher of the Year 2011 • Das neue Weiterbildungsprogramm Allgemeine Innere Medizin Frau Dr. med. M. Schaufelberger
11:15 – 11:45	Ekzeme: Was abklären? Wie behandeln? Frau PD Dr. D. Simon
11:45 – 12:30	Angiologische Probleme in der Hausarztpraxis Frau Prof. I. Baumgartner
13:30 – 17:00	Workshops
12:30 – 13:30	Stehlunch
ab 17:00	Letzte Generalversammlung des VBH und Gründungsversammlung des VBHK

Workshops

13:30 – 14:10	1 Was muss der Hausarzt von der Zahnmedizin wissen? PD Dr. med. dent. M. Bornstein
	2 Probleme während der Hausarztpraktika aus Sicht der Studierenden Stud. med. M. Schaub / Dr. M. Schaufelberger
	3 Pädiatrie in der Hausarztpraxis Dr. med. R. Grüning
14:15 – 15:00	4 Supplementa, Vitamine: Nutzen und Kosten PD Dr. Z. Stanga, Dr. M. Leuenberger
	5 Wie integriere ich Studierende im 1. SJ in die Praxis Dr. M. Schaufelberger
	6 Lagerungsschwindel von otholithischer Dysfunktion Prof. D. Vibert
15:00 – 15:30	PAUSE
15:30 – 16:10	7 Herpes-Infekte Prof. K. Mühlemann
	8 Forschung in der Hausarztpraxis – Diskussion mitgebrachter Ideen Dr. P. Frey / Prof. D. Aujesky
	9 Urogynäkologie PD Dr. A. Kuhn
16:15 – 17:00	10 Laborwerte interpretieren Prof. D. Aujesky / Dr. M. Perrig
	11 Erhöhtes Kreatinin: Abklärungen und Management bei Niereninsuffizienz Prof. D. Uehlinger
	12 Nierensteine – neu ist nicht immer besser Dr. B. Roth
	Workshop 13: Immobilisationstechnik in der Praxis – praktische Übung D. Bühlmann, Leiter Operationspflege-Equipe, Klinik für orthopädische Chirurgie

Anmeldung

Universität Bern, Berner Institut für Hausarztmedizin, Murtenstrasse 11, CH-3010 Bern

Tel: + 41 (0)31 632 89 91 / Fax: + 41 (0)31 632 89 90 / E-Mail: contact@biham.unibe.ch / Webseite: www.biham.unibe.ch

Appel à la raison adressé aux membres du Parlement

Une nouvelle proposition a fait surface, peu de temps avant le vote final sur le paquet d'économies dans le domaine de la santé. Les deux Chambres l'approuvent, sans que l'on ait su clairement quelles en seraient les conséquences.

Thomas Heuberger nous montre comment les parlementaires ont failli lever le secret médical.

Thomas Heuberger, Dr méd., Délégué de la FMH



*Thomas Heuberger, Dr méd.,
Délégué de la FMH, membre du Comité de la SMCB, député Les Verts au Grand Conseil du canton de Berne*

Hippocrate l'a dit: «Je jure par Apollon médecin, par Esculape, Hygie et Panacée, par tous les dieux et toutes les déesses, et je les prends à témoin que, dans la mesure de mes forces et de mes connaissances, je respecterai le serment et l'engagement écrit suivant: tout ce que je verrai ou entendrai autour de moi, dans l'exercice de mon art ou hors de mon ministère, et qui ne devra pas être divulgué, je le tairai et le considérerai comme un secret... Si je viole mon serment et deviens parjure, qu'un sort contraire m'arrive!»

Nous autres médecins, nous avons failli subir 'un sort contraire', soit parce que les parlementaires ne connaissaient pas le texte du serment d'Hippocrate, soit parce qu'ils l'ont sciemment ignoré. En tout cas, ce n'est pas eux qui auraient eu à en porter la responsabilité. Celle-ci, et le «sort contraire», ce sont nous autres médecins et tout le corps médical qui auraient dû les subir.

«De quoi s'agit-il?» se demandera le lecteur bienveillant. La réponse se cache dans une abréviation cryptique: 42.3^{bis}. C'est pendant la dernière phase des débats interminables qui ont duré des années sur les mesures d'économies dans le système de santé, qu'a soudain surgi une nouvelle proposition de dernière minute dans le cadre de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des États sous la rubrique 42.3^{bis}. Les bruits selon lesquels cette proposition serait venue du conseil d'administration d'une grande assurance maladie n'ont pas encore été confirmés. Vu les intérêts en jeu pour les assurances, ce ne serait que fort plausible. En effet, la pro-

position vise à rendre caduc le secret médical et à le jeter par-dessus bord. On le sait depuis longtemps: le secret médical est une pierre dans le jardin des assureurs. Ils s'intéressent passionnément aux données qui figurent dans les dossiers médicaux. Pour les obtenir, les caisses maladie sont prêtes à violer la sphère intime des patientes et des patients.

Faire figurer les prestations sur les relevés d'honoraires

Pour le lecteur avisé, la phrase indigeste dans le plus parfait jargon politique chatouille désagréablement les oreilles: «Les fournisseurs de prestations doivent faire figurer dans la facture selon l'al. 3 les diagnostics sous forme codée, conformément à la classification internationale des maladies contenue dans l'édition suisse correspondante publiée par le département compétent. Le Conseil fédéral édicte des dispositions détaillées sur la collecte, le traitement et la transmission des données, dans le respect du principe de la proportionnalité.» Nous sommes donc sur le point: la proposition passe et c'est peut-être le reflet du poids des assureurs dans la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des États, qui se fera ensuite sentir dans les débats du Conseil national. Maintenant, à deux doigts du vote final, on ne discutera plus beaucoup. Presque tous les députés du Conseil national sont d'accord avec la proposition, sans en connaître les conséquences ou sans vouloir en tenir compte.

Le fait que cette proposition rende obsolète le secret médical est une chose. Le fait que le travail au cabinet médical soit rendu encore plus compliqué par l'introduction des codes de l'ICD-10 en est une autre. Revenons à ce merveilleux passage de jargon politico-médical.

En premier lieu: «Les fournisseurs de prestations», c'est-à-dire tous (...!) les fournisseurs de prestations du secteur des soins ambulatoires (y compris Spitex, physiothérapeutes, chiropraticiens, etc.) devront toujours faire figurer sur leurs factures un diagnostic précis, lisible électroniquement

d'après la classification internationale! Il est ainsi mis fin au secret médical, officiellement et sous peine de sanction pénale. Le secret médical est déclaré ainsi obsolète. On luttera désormais contre toute répétée résistance pour son maintien. On nous reprochera à l'avenir dans cette éventualité les motifs à la fois de l'hypocrisie et de la défense de nos intérêts particuliers...

En deuxième lieu: tous (...!) les fournisseurs de prestations devront faire figurer sur leurs factures les codes selon ICD-10. Elles seront ainsi lisibles électroniquement et pourront ainsi facilement être confrontées à toutes les autres données et codes numériques des patients: le patient transparent deviendra un citoyen tout aussi transparent...

En troisième lieu: tous (...!) les fournisseurs de prestations devront appliquer cette codification compliquée. C'est quelque chose qui prend du temps (et des nerfs!): au moins une minute. Avec trois mille factures par an, ce sont cinquante heures annuelles: tout le monde devra, de par la loi, sacrifier une semaine de travail non payée...

J'ai évoqué cette problématique avec vingt-quatre parlementaires que je connais personnellement. Un tiers d'entre eux m'a répondu qu'ils n'avaient pas réalisé les conséquences, que personne ne leur en avait parlé, qu'ils n'avaient pas la moindre idée de la signification de ce nouvel article. Le fait que l'ensemble du paquet LAMal ait ensuite été rejeté lors du vote final est une excellente chose dans le contexte que nous venons d'évoquer. Par contre, le fait que le Parlement ait travaillé pour rien pendant des mois est, lui, scandaleux, honteux et inacceptable, car le paquet d'économies aurait été urgemment nécessaire.

Ma conclusion: faites la connaissance de vos représentants au Parlement et gardez présents à votre esprit les mots du philosophe antique: «Quidquid agis prudenter agas et respice finem.» («Quoi que tu fasses, fais-le intelligemment et pense aux conséquences!» – Ésope, Fable 45). Le texte grec original est quelque peu différent, et c'est là que ça fait mal: «Réfléchis avant d'agir, pour que ça ne fasse pas trop de dégâts...»

Terre, eau, air, énergie ou feu – A la BEKB | BCBE, vous êtes dans votre élément.

Un bon concept de placement doit être compréhensible et durable. C'est avec cette recette que la BEKB | BCBE conçoit ses stratégies dans le Private Banking, avec cette approche qu'elle connaît un vif succès, comme l'illustre notamment sa distinction pour la meilleure proposition de placement décernée par le magazine économique «BILANZ» dans le cadre du Private Banking Rating 2010.

La terre représente l'immuable, à l'image du terroir. L'objectif est le maintien de la fortune à long terme. Les placements consistent en des investissements à revenu fixe; le rendement se compose en premier lieu des produits sur intérêts. Stratégie de placement axée sur la sécurité, sans actions.



L'eau symbolise une stratégie qui promet davantage de gain à moindres risques. Des produits courants sur intérêts et dividendes ainsi que des gains modestes en capital forment le rendement global. Stratégie de placement modérée, constituée à 20% d'actions.



L'air est choisi par les investisseurs qui souhaitent réaliser des objectifs plus ambitieux. Le rendement global comprend des produits sur intérêts et dividendes, ainsi que sur le gain en capital. Stratégie équilibrée, constituée à 40% d'actions.



L'énergie représente la force dynamique. L'objectif consiste à réaliser à plus long terme un gain en capital appréciable. Placement orienté sur la croissance, constitué à 60% d'actions.



Le feu exprime la passion et l'enthousiasme. L'objectif est de réaliser, à long terme, un accroissement significatif du capital. Ce sont les produits sur dividendes et les gains en capital qui composent le rendement. Placement orienté sur la plus-value, constitué à 90% environ d'actions.



Il nous importe de connaître la situation d'ensemble personnelle de nos clients, afin de trouver une solution individuelle pour chacun d'entre eux. Le conseil personnalisé et la collaboration avec les spécialistes en matière de gestion de portefeuille représentent les atouts de notre banque. Depuis 1996, la BEKB | BCBE propose un concept de placement qui repose sur cinq symboles simples: la terre, l'eau, l'air, l'énergie et le feu, qui matérialisent le rapport entre rendement et risque.

Analyse exhaustive

Une analyse ouverte et exhaustive des souhaits et possibilités individuels est une condition sine qua non pour procéder au bon choix stratégique. Nous débusquons les éventuels conflits d'intérêt et, en matière de stratégie de placement, nous nous focalisons sur la capacité à assumer des risques et sur la propension aux risques avant de considérer le rendement. Il nous importe que nos clients comprennent où et comment leur fortune est investie et quels risques sont inhérents aux placements. Ce faisant, nous renonçons à l'utilisation de produits compliqués et privilégions des investissements directs dans des actions, obligations et fonds de placement. De la sorte, il est possible de mettre en œuvre la stratégie de manière efficace et avantageuse et de mieux surveiller les risques.

Une bonne vue d'ensemble des placements

Un suivi de dépôt de la BEKB | BCBE donne une bonne vue d'ensemble de la fortune investie. L'analyse ne montre pas seulement la répartition de la fortune du client selon les classes de placement, mais permet aussi un suivi des diverses positions en titres. Ainsi, d'éventuels risques cumulés s'agissant de monnaies, régions ou entreprises individuelles sont reconnus. N'hésitez pas à saisir les opportunités que vous offre le check de dépôt de la BEKB | BCBE.

Nous vous soutenons volontiers dans le choix de votre élément.
Quelle stratégie de placement préférez-vous?

Cordiale bienvenue au
Private Banking de la BEKB | BCBE

Private Banking Banque Cantonale Bernoise SA
Téléphone 031 666 63 02, www.bcbe.ch

Nous vous conseillons volontiers.



B E K B

B C B E

Private Banking