



ÄRZTEGESELLSCHAFT
DES KANTONS BERN
SOCIÉTÉ DES MÉDECINS
DU CANTON DE BERNE

N° 5 / octobre 2011
www.berner-aerzte.ch

Sujets de cette édition:

Un regard critique sur
le «Managed Care» 2

Un nouvel élan pour le
service médical d'urgence 6

Assistance dentaire 24h/24:
un centre d'appel
à la rescousse 7

Entre autonomie profession-
nelle et assurance qualité 9

Tinguely vous salue 12

Voilà pourquoi les informa-
tions relatives aux coûts
des modèles de Managed
Care sont essentielles 13

«Les médecins sont des
PME typiques» 14

Le conseil juridique
de la Société de Médecine 16

Des slogans très parlants



Récemment, durant mon trajet quotidien entre Schwarzenbourg et Niederscherli, mon lieu de travail, j'ai compté vingt-deux (sic!) affiches de campagne électorale dans la zone de desserte d'une seule et même exploitation agricole. Et, en première page des quotidiens, les candidats surenchérisent avec des slogans tels que: «Deux entrepreneurs libéraux qui défendent des solutions non polluantes», «Un système de santé abordable pour tous», «Vraiment vert, vraiment juste», «M... agit», «Lutter pour la défense de l'environnement en vaut la peine!», «Les coopératives favorisent le logement abordable», «Ne votez pas pour moi... si vous voulez construire de nouvelles centrales nucléaires». L'environnement, la place financière, l'industrie, l'armée et le secteur de la santé sont, aux yeux des candidats, les thèmes qui nous interpellent le plus en tant que citoyens. De grands mots et des promesses électorales qui ne seront de toute façon pas tenues? «Bien sûr que si!» nous diront-ils.

Mais qu'en est-il à notre niveau? La polémique qui se répand sur le thème des «soins intégrés» dans les e-mails et les courriers des lecteurs ne reflète pas toujours la façon objective et active avec laquelle nous sommes habitués, en tant que médecins, à aborder les problèmes de nos patientes et patients au quotidien.

Pourquoi personne ne promet-il «un ciel bleu et ensoleillé»? Tout simplement parce que nous savons que le soleil et le ciel bleu cèderont leur place à la grisaille et à la bruine. Il en va de même, par exemple, en ce qui concerne le débat sur les changements dans le système de santé qui se poursuivra aussi, bon gré mal gré, après le projet de loi et le référendum sur les soins intégrés. C'est la raison pour laquelle la SMCB se prépare dès aujourd'hui aux revendications en rapport avec les «soins intégrés» qu'elle souhaite continuer à défendre à l'avenir. Pour comprendre les problématiques complexes ayant trait à la médecine et à la politique sanitaire, des analyses de fond s'avèrent nécessaires. Ce qui ne signifie pas que nous ne pouvons pas simplifier les conclusions de ces dernières ni communiquer de façon plus parlante pour vous aider à y voir plus clair. En faisant preuve d'une telle retenue, nous autres praticiens spécialistes et médecins de premier recours n'avons plus rien à gagner!

Dr méd. Beat Gafner
Président de la Société des Médecins
du Canton de Berne

Congrès à huis clos du comité directeur de la Société des Médecins du Canton de Berne 2011

Un regard critique sur le «Managed Care»

Pourquoi la logique économique ne convient-elle pas à la pratique médicale? Quels sont les dangers qui se cachent derrière le concept de «Managed Care»? Ulrich Oevermann, professeur de sociologie allemand, ainsi que le Dr Marianne Rychner, sociologue bernoise, ont abordé ces questions dans leurs exposés respectifs en tant qu'intervenants invités à l'occasion de cette édition du congrès à huis clos de la SMCB.

*Marco Tackenberg,
Service de presse et d'information*



Marco Tackenberg

Lors de son congrès à huis clos au château de Schadau à Thoun, le comité directeur de la Société des Médecins du Canton de Berne a eu droit à un véritable régal intellectuel offert par les intervenants invités: Ulrich Oevermann, professeur de sociologie honoraire, et le Dr Marianne Rychner, sociologue. Les deux orateurs ont souligné les raisons pour lesquelles la logique économique n'a pas sa place dans la relation entre patients et médecins, ainsi que les dangers qui se cachent derrière le concept de «Managed Care».

Dans une brève introduction, la sociologue Marianne Rychner a fait référence à la sémantique du concept de «Managed Care». L'expression anglaise «Managed Care» se traduit par «soins» ou «prise en charge» «orienté(e)s», «guidé(e)s» ou «contrôlé(e)s». Mais cela ne correspond pas à l'image que les médecins se font d'eux-mêmes ni à la recherche d'une guérison la plus complète possible dans le pacte de travail entre le médecin et le patient, qui doit être fondé sur la confiance pour que cela fonctionne.

Le fait que cet aspect important soit occulté n'est pas le fruit du hasard. Au contraire, cela révèle que le concept de «Managed

Care» se base sur une conception erronée, selon laquelle il faut partir du principe qu'un patient est en règle générale passif, qu'il demande des prestations de santé et qu'il doit être orienté de manière à ne pas trop en consommer. Cette conception technocratique (et l'allégation correspondante selon laquelle les patients n'auraient rien de mieux à faire que d'aller chez le médecin et de prendre des médicaments) est très loin de la réalité des consultations en cabinet, où les patients souffrent, ont la volonté de se rétablir et assument généralement leurs responsabilités, dans leur propre intérêt, à moins qu'il ne s'agisse d'hypocondriaques

problématiques du concept de «Managed Care» deviennent les instruments proprement dits de la réalisation de cette prophétie: le patient ne fait plus confiance à son médecin parce qu'il part du principe que ce dernier est plus intéressé par le profit que par sa guérison. Dans de telles circonstances, la probabilité qu'il se comporte de moins en moins comme un patient recherchant de l'aide mais comme un consommateur et un profiteur avide augmente effectivement. L'allégation aurait ainsi tendance à rejoindre la réalité.



Le séminaire de la SMCB s'est tenu cette année au Schloss Schadau près de Thoun.

Foto: Marco Tackenberg

– ce qui correspond dans ce cas à des signes cliniques qui doivent être traités de façon appropriée par un médecin. Et lorsqu'on suppose aussi, en plus de prêter aux patients une attitude passive de consommateur, que le médecin est purement à la recherche du profit – le modèle de «Managed Care» prévoyant des primes pour les cabinets de groupe qui ont travaillé à particulièrement bas prix – alors les implications



Ulrich Oevermann: «Les soins médicaux constituent un type de relation sociale tout à fait différent de la vente de produits, chose que les modèles économiques ne veulent pas voir en face.»

Photo: Marco Tackenberg

«Qu'est-ce qui vous amène?» – Analyse d'un entretien à l'aide de l'herméneutique objective

Le sociologue Ulrich Oevermann a assuré la deuxième partie de l'événement. Le professeur honoraire a souligné le lien entre les origines et la fonction des professions classiques et les développements actuels en matière de politique sanitaire. Pour illustrer la question qu'aborde justement la méthode d'herméneutique objective qu'il a développée, l'intervenant a fait référence à une formation continue qu'il a organisée et à laquelle quelques médecins praticiens avaient participé. Son objectif portait sur la question de la pertinence de diagnostic des deux ou trois premières minutes d'entretien avec le patient.

Cette formation continue avait pour objet l'analyse du début de consultations réelles faisant l'objet d'un procès-verbal. Le démarrage de la communication est, dans l'approche de l'herméneutique objective, très significatif étant donné qu'il marque, comme dans la vie elle-même, des séquences déterminantes pour se prononcer sur les options de traitement encore possibles dans le futur et écarter les autres. L'herméneutique objective analyse quel modèle spécifique caractérise la communication qui s'engage et selon quelle logique elle se poursuit. Il en est ressorti que la communication entre un médecin et

un patient commence chaque fois avec une formule du type: «De quoi souffrez-vous?» ou «Qu'est-ce qui vous amène?». Une telle entrée en matière, qui coule de source pour les médecins même s'ils n'en ont pas forcément conscience, renvoie tout naturellement la balle au patient: il a choisi le médecin pour que ce dernier l'aide à régler un problème, souvent existentiel, qu'il ne peut pas résoudre par ses propres moyens. Une telle prise de contact se différencie fondamentalement d'un entretien commercial, qui commence en général par: «Comment puis-je vous aider?». Si un vendeur de machines à laver, qui peut, contrairement au médecin, faire de la publicité, posait la question: «Qu'est-ce qui vous amène?» à un client potentiel, ce dernier serait énervé et se demanderait probablement: «Qu'est-ce qui lui arrive? Il ne veut pas me vendre de machine à laver, ou quoi?». Inversement, un nouveau patient serait également énervé par un médecin qui poserait une des questions suivantes: «Quel médicament puis-je donc vous prescrire?» ou: «Nous avons en ce moment un traitement thérapeutique en promotion, à un prix particulièrement avantageux. Avez-vous envisagé quelque chose de ce genre?». Ces expérimentations mentales montrent tout de suite ce que les modèles économiques refusent de voir en face concernant les soins médicaux. Il s'agit clairement ici d'un tout autre type de relation sociale que celle qui régit la vente de produits.

Ce qui se passe dans un cabinet médical, ou plutôt ce dont on y parle, est lié à l'histoire des origines des professions et de leur fonction sociale. Qu'est-ce qui caractérise donc la profession médicale?

La théorie sociologique classique de la professionnalisation

On parle généralement de trois professions classiques, dont les racines remontent au Moyen Âge: les médecins, les avocats et les théologiens. Ces professions classiques sont à l'origine de la création des universités. Au début, la recherche n'était pas considérée comme la mission essentielle des universités. Il était en effet plus important de créer un habitus, une attitude professionnelle adaptée à la situation, en l'occurrence à la guérison des maladies. Du point de vue actuel des sciences naturelles et de la médecine, la base des connaissances de la médecine ne s'était pas particulièrement étendue jusqu'à approximativement la fin du 19^e siècle, et pourtant la

médecine avait déjà une longue histoire derrière elle. Les professions ont dû s'appuyer de plus en plus sur des connaissances empiriques et méthodiques. A partir de 1850, chaque nouvelle thèse de qualité a pour ainsi dire donné naissance à une nouvelle discipline.

L'université comme établissement de recherche et d'apprentissage

Les choses n'ont évolué qu'au début du 19^e siècle, lorsque l'université d'envergure moderne proprement dite a vu le jour en Europe sous la forme d'un centre de recherche et d'apprentissage. En revanche, les formations universitaires des professions se sont en premier lieu appuyées sur une base ésotérique. La déontologie professionnelle à l'égard du client (serment d'Hippocrate) était depuis longtemps au cœur de la logique économique des professions classiques, dont le contrôle était assuré en interne, de façon autonome et à l'aide de l'organisation professionnelle. Sur ce fond historique et actuel, la théorie de la professionnalisation sociologique traditionnelle a surtout fait ressortir les caractéris-

L'herméneutique objective

L'herméneutique objective est une méthode d'interprétation sociologique développée par Ulrich Oevermann en lien avec la recherche sur la socialisation et la formation des années 70. Contrairement à d'autres herméneutiques, elle ne vise pas à exploiter le sens subjectif intentionné mais la reconstruction des structures de sens objectives et les significations latentes des expressions linguistiques. Puisque des règles universelles de l'action sociale sont en vigueur ici aussi, l'interprétation se réfère toujours au sens social des textes interprétés.

tiques institutionnelles de cette forme d'organisation: revenus élevés, considération sociale importante, orientation sur des valeurs sociales centrales, supervision et contrôle autonomes de la formation et de l'exercice de la profession, pratique à but non lucratif, interdiction de faire de la publicité, travail autonome et indépendant avec juridiction arbitrale correspondante.

Des professions soustraites aux mécanismes de marché

Ce point de départ est, pour l'essentiel, encore valable aujourd'hui. Les professions constituent une activité vitale pour le patient. Cette activité doit être autonome mais elle est en même temps si complexe et sensible qu'elle ne peut de fait être contrôlée ni par le marché, ni par une bureaucratie d'Etat ou

SUCHE NACH 4 ANTWORTEN AUF DIE 4 FRAGEN

1. Welche Position nimmt der Vorstand der BEKAG ein betreffs der Referendumsfrage an der a. o. Ärztekammer?
2. Muss das vor einem Jahr verabschiedete Positionspapier geändert werden?
3. Welchen Weg schlägt der Vorstand ein falls die Gesetzesvorlage im Parlament scheitert?
4. Welche „ethischen“ oder „sozio-kulturellen“ Gründe lassen uns die Haltung gegenüber Integrierter Versorgung revidieren?

En quête de réponses lors de cette édition du congrès à huis clos.

Photo: Marco Tackenberg

autre (malgré de nombreuses tentatives entre-temps). Ces professions constituent une sorte de catégorie à part, distincte de l'Etat et du marché. Le sociologue Talcott Parsons fut le premier, dans les années 50, à faire dériver cette théorie de façon systématique et à la développer.

En raison de la fonction spécifique et de la complexité de l'activité de leur organisation, les professions ne peuvent jusqu'à aujourd'hui être expliquées ni par les théories sociales utilitaristes, comme par exemple le néolibéralisme, avec leur paradigme de marché, ni par les théories sociales marxistes qui renvoient au centre de leurs préoccupations la notion de pouvoir et, en inversant les choses, la dynamique de marché. Pour ces théories sociales, la pratique professionnalisée a été par le passé et reste aujourd'hui difficile à digérer. Aujourd'hui, le fait que les médecins se laissent difficilement classer dans un schéma droite/gauche est un signe révélateur.

La présomption de monopolisation et sa réfutation

Le problème de ces premières théories classiques de la professionnalisation était

leur flanc découvert: on les soupçonnait d'être une idéologie de justification des professions afin de légitimer leurs privilèges. Après 1968, une réaction dissidente aux théories de la professionnalisation a vu le jour. On accusa la théorie de la professionnalisation (comme c'est encore le cas aujourd'hui dans le débat sur la politique sanitaire) d'avoir pour fonction la monopolisation d'un statut. Mais cette association

du reste désagréable, car:

1. on est stigmatisé en tant que personne dans le besoin et
2. on est obligé de faire preuve de reconnaissance.

Pour désamorcer ce deuxième point, les membres de l'Armée du Salut portent par exemple des uniformes. Ainsi, la reconnaissance forcée envers une personne étrangère-



Marcel Stampfli, membre du comité directeur (à droite), et la sociologue invitée Marianne Rychner (à gauche) développent de nouveaux points de vue dans le cadre d'un atelier.

Photo: Marco Tackenberg

d'idées est déjà en elle-même un concept obscur car la monopolisation part du principe qu'il y a au préalable une concurrence active, ce qui présuppose à nouveau qu'il existe bel et bien une concurrence capable de répondre de la même façon à un marché. Mais est-ce bien le cas? Cet argument nie finalement la compétence technique spécifique et la fonction de création d'un habitus spécifique, comme si les gens capables de réaliser des interventions médicales étaient poussés par le marché ou la recherche du profit, et comme si une formation spécifique ou la culture de la pratique étaient superflues pour le succès des interventions médicales extrêmement sensibles.

L'assistance dépend du contexte social

Au sens le plus large, les professions ont toutes pour objectif d'aider. Dans toutes les relations sociales dites diffuses comme la famille ou le mariage, l'aide est naturelle, sans avoir besoin de la décompter en détail. En revanche, l'assistance dans des relations sociales spécifiques, où chacun tient un rôle (comme par exemple entre un guichetier et une cliente, où la relation se limite aux rôles prévus), est finalement toujours une prestation exceptionnelle, et

ne n'a plus lieu d'être puisque cette dernière se présente à la personne dans le besoin sous l'habit d'un serviteur impersonnel d'une plus haute instance, ce qui dispense donc de l'obligation contraignante de lui témoigner une quelconque reconnaissance personnelle.

L'assistance présente un risque de dépendance

L'intervention médicale soulève donc aussi la question fondamentale de savoir comment il est possible d'aider en dehors des relations sociales diffuses sans occasionner de lourdes conséquences qui limiteraient l'autonomie. Parce que le patient ou la personne qui demande de l'aide ne peut plus s'aider tout(e) seul(e), une aptitude spéciale, voire un charisme reconnu, à résoudre le problème par le biais d'un diagnostic et d'une intervention s'avère nécessaire. Il faut alors trouver une solution au paradoxe quant à la manière d'apporter efficacement l'aide experte sans rendre contre-productivement le client dépendant, justement parce que l'aide est efficace, et lui faire ainsi perdre en autonomie plus que ce qu'il a préalablement regagné grâce à cette aide efficace.

Cette quadrature du cercle ne peut être résolue que si le patient, en se responsabilisant, peut transformer cette aide en prise en main personnelle en vue de s'aider lui-même et si le médecin est rétribué pour son activité, d'une part par des «honoraires» et d'autre part par une reconnaissance supra-individuelle généralisée pour son activité au service du bien commun.

se distingue en effet par la simultanéité d'éléments diffus et d'éléments spécifiques (où chacun joue un rôle).

Sous l'angle de l'expertise et du savoir méthodique, le médecin est acteur, dans le diagnostic le patient lui fait également face en tant que personne à part entière, et dans la pratique de l'intervention, le médecin est également une personne à part entière.

restaurant en restaurant, à l'image d'un vendeur de fleurs, où il dévisagerait les gens, attirerait leur attention sur leur pâleur ou leur obésité et leur proposerait de passer le lendemain au cabinet, ou même insisterait pour qu'ils s'y rendent.



Discussions animées pendant la pause déjeuner: le président de la SMCB Beat Gafner (au centre) en pleine discussion avec Marianne Rychner (à droite). Au premier plan: Heinz Zimmermann, membre du comité directeur.

Photo: Marco Tackenberg



Après le congrès à huis clos, Beat Gafner raconte le passé mouvementé du château de Schadau.

Photo: Marco Tackenberg

Nécessité et fonction du pacte de travail

A quoi distingue-t-on la pratique médicale? Le diagnostic est toujours réalisé au cas par cas et est donc inclassable dans des catégories toutes faites. Chez le garagiste comme chez le médecin, il faut de l'expérience et disposer d'une expertise complexe. Il s'agit néanmoins de deux choses différentes, lorsque l'on considère par exemple qu'un garagiste répare aussi à tout moment sa propre voiture ou celle des membres de sa famille, qu'il est fier de savoir le faire particulièrement bien, et qu'il fait peut-être en plus de la publicité. En revanche, les médecins sont extrêmement réservés lorsqu'il s'agit de traiter des proches et ne souhaiteraient pour rien au monde, à l'inverse d'un garagiste, se targuer du bon rétablissement de leur conjoint. Mis à part en cas d'urgence extrême, où le médecin n'a aucune autre possibilité, par exemple en cas d'accident, perdu au Pôle Nord avec sa conjointe ou son conjoint, cela ne se fait pas: c'est une loi tacite. La raison n'est pas que l'on ne pense pas être assez bon professionnellement, en termes d'expertise: la véritable raison est que la personne doit être impliquée dans le diagnostic et qu'en tant que proche, on est trop partial. L'intervention médicale

Il s'agit donc d'une unité contradictoire:

1. d'un savoir et de pratiques méthodiques et
2. d'une pratique dans le pacte de travail.

Alors que le premier point pousse en principe à la standardisation et à la routinisation, et comporte l'obligation de formation continue en permanence, le deuxième point n'est généralement pas normalisable.

En voici les trois raisons:

1. Un diagnostic implique toujours la compréhension d'un cas concret.
2. La thérapie doit toujours se rapporter aux antécédents concrets du malade.
3. Dans le cadre du pacte de travail, le patient raconte des choses si intimes au médecin qu'il ne les a racontées à personne d'autre, pas même à sa famille, modèle des relations sociales diffuses. L'interdiction pour les médecins de faire de la publicité est une condition préalable importante au demeurant, qui permet de garantir la confiance du patient vis-à-vis de son médecin. Le patient en souffrance recherche un médecin et non l'inverse. On se rend compte de l'absurdité du cas contraire en s'imaginant un médecin courir de

Conception erronée de l'activité médicale en tant que produit

Le pacte de travail se caractérise par la simultanéité de relations sociales diffuses et de celles où les rôles sont bien définis. Il existe d'innombrables exemples montrant que le médecin voit naturellement toujours la personne dans son intégralité, sans négliger les aspects où les rôles sont bien établis. C'est également le cas lorsque plus aucune guérison n'est possible, notamment lorsqu'il doit accompagner un patient en fin de vie. C'est aussi à cela que l'on reconnaît la différence radicale avec la conception erronée de l'activité médicale en tant que produit: aussi (et surtout) lorsque l'objectif réel échoue, le traitement professionnel basé sur la confiance est indispensable.

Les interventions d'Oevermann montrent clairement que la logique d'une pratique médicale professionnalisée est loin du modèle économique/bureaucratique de contrôle de gestion et d'évaluation, qui domine la politique sanitaire actuelle et érode constamment les fondements fonctionnels de la pratique médicale.

Un nouvel élan pour le service médical d'urgence

En vertu de la loi, la responsabilité de l'organisation du service des urgences incombe aux sociétés cantonales de médecine. Pour les médecins de premier recours dans les régions périphériques, notamment, le service des urgences est devenu un fardeau majeur. Dans le Pays-d'Enhaut, la Société vaudoise de médecine a testé un modèle inhabituel.

*Jean-Pierre Pavillon,
Service de presse et d'information*



Jean-Pierre Pavillon

Dans les régions périphériques, et tout particulièrement dans les régions montagneuses reculées, le service des urgences est devenu un défi majeur pour les sociétés médicales. Il n'y a que peu de médecins et la faible population locale ne permet pas que d'autres médecins viennent s'y installer. Ils doivent donc souvent être disponibles 24h/24, travailler jusqu'à dix jours d'affilée, 365 jours par an. Ce lourd fardeau dissuade les jeunes médecins de s'installer dans ces régions et rend la succession encore plus difficile qu'elle ne l'est déjà.

Dans la vallée de Château-d'Œx, la situation est typique. La moitié des médecins ont dépassé 60 ans, âge à partir duquel ils sont dispensés du service de garde par notre réglementation de l'exercice de la profession. Par solidarité vis-à-vis de leurs collègues, ils continuent à fournir des services qui deviennent pourtant de plus en plus pénibles pour eux.

A Lausanne, la situation est complètement différente. Sur 150 médecins généralistes qui devraient normalement prendre en charge le service de garde, une trentaine suffit pour fournir des soins pour la ville de Lausanne. Près de 120 médecins n'assurent

ainsi aucun service de garde, en dépit d'une obligation légale correspondante dans le canton de Vaud. De nombreux médecins dans les régions périphériques ressentent cela comme une certaine injustice.

Les médecins lausannois au Pays-d'Enhaut

A l'échelle cantonale, les responsables du service des urgences ont donc eu l'idée de demander à des médecins lausannois s'ils seraient disposés à assurer quelques week-ends de garde par année à Château-d'Œx. Ils reçoivent leurs patients au service des urgences de l'hôpital de Château-d'Œx et effectuent également des visites à domicile en cas de besoin. Ils disposent d'une chambre pour la nuit. Dans le Pays-d'Enhaut, la charge de travail est très différente et il ne serait pas correct de faire venir des médecins supplémentaires de Lausanne si ces derniers ne devaient s'occuper que de deux ou trois patients en contrepartie d'une faible rémunération. La Société vaudoise de médecine et le canton ont donc garanti la somme de CHF 1500.– pour un service de garde de 24 heures.

Deux courageux collègues, un médecin généraliste de 55 ans et un interniste et

endocrinologue de 60 ans, ont tenté l'expérience. D'un point de vue professionnel, tous deux ont trouvé l'expérience intéressante et enrichissante. Ils étaient aussi un peu surpris d'être confrontés à des maladies qu'ils ne rencontraient jamais en tant que médecins de ville, notamment dans le domaine de la pédiatrie et de la traumatologie.

Solidarité entre médecins

Si nous voulons continuer à proposer un service des urgences dans l'ensemble du canton, les médecins exerçant dans les régions reculées doivent être soulagés d'une façon ou d'une autre. La solution consistant à faire appel à des médecins dans les grandes villes dans lesquelles il y a suffisamment de praticiens est certes séduisante, mais atteint ses limites. Les cas de maladies en ville n'ont rien à voir avec ceux rencontrés dans les régions montagneuses, et certains collègues pourraient être déstabilisés dans un environnement qui n'est pas le leur. Par ailleurs, il est difficile de motiver des médecins qui ont toujours évité d'assurer le service de garde jusqu'à présent. Il faudra certainement un certain temps avant de trouver une solution, mais la mise en œuvre de cette solution à plus grande échelle pourrait être un bel exemple de solidarité entre médecins.



*Dans la région de Château-d'Œx, la moitié des médecins sont dispensés du service de garde en raison de leur âge.
Photo: Keystone*

Assistance dentaire 24h/24: un centre d'appel à la rescousse

Un service des urgences efficace constitue un défi majeur pour chaque section. Nul n'en est plus conscient que Claudia Güntert et Carla Mosele, propriétaires d'un cabinet dentaire dans le quartier de Neustadt à Lucerne, qui se sont plaintes de l'organisation du service des urgences de leur section. Résultat: elles ont été chargées de sa réorganisation. Leur proposition a été adoptée à une grande majorité par l'Assemblée des membres de la section. Depuis lors, le service des urgences de la section fonctionne à la perfection. Cette réussite est due à une excellente collaboration avec le centre d'appels Medphone.

Felix Adank,
Presse- und Informationsdienst

Claudia Güntert et Carla Mosele ont trouvé leurs deux semaines de garde annuelles particulièrement éprouvantes: outre les patients qui avaient réellement besoin de soins d'urgence, d'autres appelaient directement le numéro d'urgence du cabinet en pleine nuit parce qu'ils avaient précisément le temps de faire soigner une rage de dents. Ces patients se présentaient ensuite rarement aux rendez-vous. Et puis il y avait aussi des patients qui arrivaient au cabinet après 20 h pour se faire soigner, accompagnés de toute leur famille. Suite à de mauvais pressentiments, il n'était pas rare qu'elles se fassent accompagner par leur conjoint, voire qu'elles appellent Securitas pour ne pas rester seules, explique le Dr Mosele. Pendant les fêtes de Noël 2008, elles en ont vraiment eu assez lorsque les patients faisaient la queue jusque dans les escaliers, faute de trouver un autre praticien: elles ont adressé une lettre au comité de la SSO de Lucerne. Il fallait que les choses changent!

Des discussions nocturnes laborieuses

Au début, le comité directeur avait hésité à approuver un changement du service de garde: il a fallu de nombreux courriers pour qu'on les écoute. Et puis soudain, tout s'est accéléré: le comité directeur les a officiellement chargées d'élaborer une proposition à l'intention de l'Assemblée des membres pour organiser le service des urgences de façon plus professionnelle pour les patients et pour les membres.

Le service des urgences de la SSO de Lucerne est subdivisé en deux régions: Lucerne-Ville et Lucerne-Campagne. Chacun des services peut être contacté au moyen d'un numéro gratuit. Les dentistes de la SSO de Lucerne doivent assurer (jusqu'à un certain âge) au moins une semaine de garde par an. Avant la réorganisation, le dentiste de garde de la ville de Lucerne



Les collaborateurs de Medphone prennent le temps de s'occuper des problèmes spécifiques des patients: une approche professionnelle qui inspire confiance.

Photo: Martin Bichsel

devait être joignable 24h/24 et 7j/7. La nuit, c'est lui qui devait effectuer le tri parmi les patients venus de tout le canton et parfois des cantons voisins. Carla Mosele et Claudia Güntert ne voulaient plus devoir expliquer sans cesse au téléphone et au milieu de la nuit la différence entre une clinique dentaire ouverte 24h/24 et un service des urgences dentaires, et se sont mises à la recherche d'une solution.

Débat animé et victoire totale!

L'idée décisive est venue du canton d'Argovie: «Pourquoi ne pas faire comme les Argoviens qui travaillent avec un centre d'appels et en étroite collaboration avec l'Hôpital cantonal?» a suggéré un confrère. Carla Mosele et Claudia Güntert n'ont pas attendu qu'on le leur dise deux fois. Elles ont comparé les offres de plusieurs centres d'appels et ont finalement proposé deux centres d'appels à l'Assemblée des membres. Le débat s'est déroulé entre les

membres alors que beaucoup d'entre eux ne voulaient rien changer à une «organisation qui a fait ses preuves». Mais une fois venu le moment du vote, le résultat a été une victoire impressionnante, se réjouit Carla Mosele aujourd'hui encore. Le choix s'est porté sur une collaboration avec le centre d'appels médical Medphone, qui travaille aussi entre autres pour la SSO de Berne.

Réduction sensible des dérangements pendant la nuit

Depuis lors, tout est devenu plus simple pour les dentistes de la SSO de Lucerne: certes, ils assurent toujours un service de garde une fois par an, mais de 18 h à 8 h le lendemain matin, Medphone assure le tri des appels reçus et ne réveille le dentiste de garde qu'en cas de véritable urgence. Les urgences hors du canton ou les patients qui relèvent du service de chirurgie maxillo-faciale de l'Hôpital cantonal de Lucerne

sont référés à qui de droit. Le nombre de dérangements en pleine nuit a ainsi fortement diminué, selon le D^r Güntert et le D^r Mosele. Cette solution présente également des avantages pour les patientes et les patients: les collaborateurs du centre d'appels leur consacrent plus de temps et sont à l'écoute des problèmes de chacun. L'en-

vironnement professionnel inspire confiance à de nombreux appelants. Les appels sont enregistrés et documentés à des fins de contrôle qualité. La formation adéquate du personnel est déterminante: un briefing sur les directives en vigueur du service des urgences dentaires serait indispensable, selon le D^r Güntert.

Le D^r Mosele et le D^r Güntert sont très satisfaites de constater que la SSO de Lucerne fait désormais de la publicité pour le service des urgences dentaires: «Les centres de médecine dentaire font de la publicité agressive avec leur prétendue disponibilité 24h/24», alors qu'elles ont elles-mêmes constaté que le service des urgences n'est souvent pas réellement assuré: «Lorsque nous sommes de garde, nous soignons aussi souvent des patients des centres».



Claudia Güntert et Carla Mosele en ont eu assez d'expliquer en pleine nuit aux patients la différence entre une clinique dentaire ouverte 24h/24 et un service des urgences dentaires, et se sont mises à la recherche d'une solution.

Photo: mäd

La nouvelle organisation du service officiel des urgences dentaires a fait ses preuves, le D^r Mosele et le D^r Güntert en sont convaincues: les patients, ainsi que les membres, sont satisfaits. Pour l'avenir, les deux dentistes envisagent d'intégrer le service des urgences au sein du service de chirurgie maxillo-faciale de l'Hôpital cantonal de Lucerne: si le dentiste de garde pouvait assurer les traitements dans un fauteuil à demeure à l'hôpital, les problèmes de sécurité seraient enfin résolus.



0848 582 489
hilft an 365 Tagen im Jahr
gegen Zahnschmerzen.

Die SSO-Luzern sorgt rund um die Uhr für Ihre Zahngesundheit. Ist Ihr Zahnarzt nicht erreichbar, so hilft Ihnen unsere Notfallnummer für die Stadt Luzern und

Agglomeration **0848 582 489** und den Kanton Luzern **0848 585 263** ab 20 Uhr und an Wochenenden **0848 582 489**.

Schweizerische Zahnärzte-Gesellschaft
Société suisse des médecins-dentistes
Società svizzera odontoiatri
Swiss Dental Association

125 Jahre
Ans
Anni

Unsere Zahnärzte. Seit 125 Jahren.

www.sso-luzern.ch

Depuis peu, la SSO Lucerne fait de la publicité pour son service des urgences dentaires.

Illustration GGK

Entre autonomie professionnelle et assurance qualité

Comment les médecins de premier recours exerçant dans des cabinets de groupe vivent-ils leur quotidien professionnel? Et quelle attitude adoptent les médecins libéraux du canton de Berne vis-à-vis des cabinets de groupe? Isabel Gilgen, étudiante en sociologie, s'est penchée sur ces questions dans son mémoire de master. Doc.be publie en exclusivité les premiers résultats de son travail.

*Isabel Gilgen & Rainer Felber, D' méd.,
vice-président de la Société des Médecins*



Isabel Gilgen



Rainer Felber

Exercer une activité libérale était jadis monnaie courante chez les médecins. Cela leur permettait de décider eux-mêmes du type de traitement médical (Freidson 2001: 183-184). Cette aptitude à déterminer eux-mêmes leur activité clinique et à pouvoir effectuer eux-mêmes des évaluations sans devoir rendre de comptes (Harrison et Dowswell 2002: 209) a justement entraîné ma première question: comment les médecins de famille exerçant dans des cabinets de groupe vivent-ils leur quotidien professionnel? Quelles sont les répercussions des directives relatives à la gestion en raison de l'Evidence Based Medicine (EBM) et des normes de qualité sur leur autonomie professionnelle? Quelle attitude adoptent-ils vis-à-vis de la transparence de l'attitude médicale qui découle de processus internes tels que des discussions de cas ou les antécédents électroniques? Etc. L'étudiante en sociologie a réalisé six interviews à ce sujet avec des médecins de famille qui étaient tous, à l'exception d'un propriétaire de cabinet, employés dans de grands cabinets de groupe. Tous les cabinets avaient une certification qualité et travaillaient avec les outils d'assurance qualité correspondants.

Acceptation des cabinets de groupe

Dans une deuxième étape, il s'agissait d'examiner le niveau d'acceptation des cabinets de groupe parmi les médecins libéraux du canton de Berne. D'autres questions concernaient la situation professionnelle des médecins, ainsi que des facteurs potentiels déterminants pour la qualité dans le secteur de la santé. Un sondage a été réalisé à ce sujet en collaboration avec la Société des Médecins du Canton de Berne entre mi-août et mi-septembre 2010. Un des résultats clés de ce sondage sera présenté dans cet article¹.

Le questionnaire comprenait en tout 65 questions portant sur les thèmes suivants: renseignements sociodémographiques, attitude vis-à-vis des cabinets de groupe et des réseaux de médecins, qualité dans le secteur de la santé et mesures potentielles de réduction des coûts. Il a été envoyé par e-mail à 1598 médecins libéraux du canton de Berne. 405 personnes ont participé au sondage, soit un taux de réponse de 25,3%. Les femmes ont été représentées à raison de 26,5%, soit de façon représentative par rapport à la population totale. Il en va de même pour la répartition des tranches d'âges. Le taux de réponse était supérieur

à la moyenne chez les médecins généralistes et les médecins internes. En revanche, les spécialistes se sont montrés quelque peu moins réactifs au sondage. Les médecins les plus représentés ont été ceux des villes (environ 60%), suivis par ceux de la campagne (21,2%) et des agglomérations (21%). Environ 7% des personnes sondées exerçaient dans une région montagneuse du canton de Berne.

Les praticiens de groupe se sont sentis particulièrement concernés

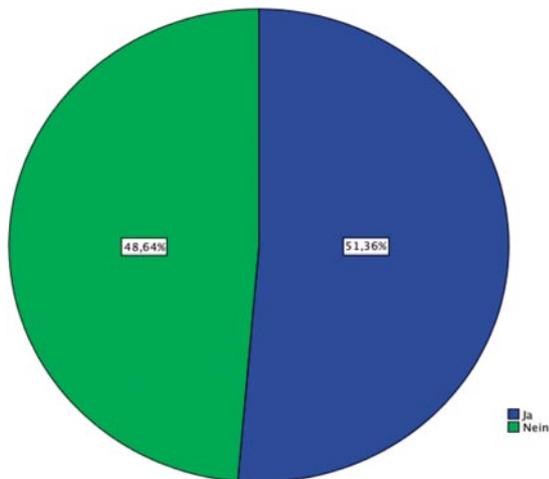
A peine plus de la moitié (51,4%) des personnes sondées exerçaient dans un cabinet de groupe, et 48,6% dirigeaient un cabinet privé. Etant donné qu'il y a de plus en plus de cabinets privés sous forme de cabinets de groupe dans le canton de Berne, il est probable que les médecins exerçant dans des cabinets de groupe se sentent particulièrement concernés par le sondage. Cette supposition est également soutenue par le fait que la plupart des praticiens libéraux ont envisagé de travailler à l'avenir dans un cabinet de groupe. L'interprétation des résultats est donc restée très descriptive d'une manière générale.

Cabinets de groupe en ville, réseaux de médecins à la campagne

Comme déjà mentionné, une petite majorité des personnes sondées exercent au sein d'un cabinet de groupe. Dans la plupart des cas, il s'agissait de cabinets de deux praticiens (environ 60%) et dans seulement 10% des cas, les cabinets de groupe comptaient plus de quatre médecins. Une grande majorité travaillent à leur compte (environ 90%; n=208). La situation professionnelle des personnes sondées n'est donc pas comparable à celle des médecins interviewés, qui sont tous employés dans des

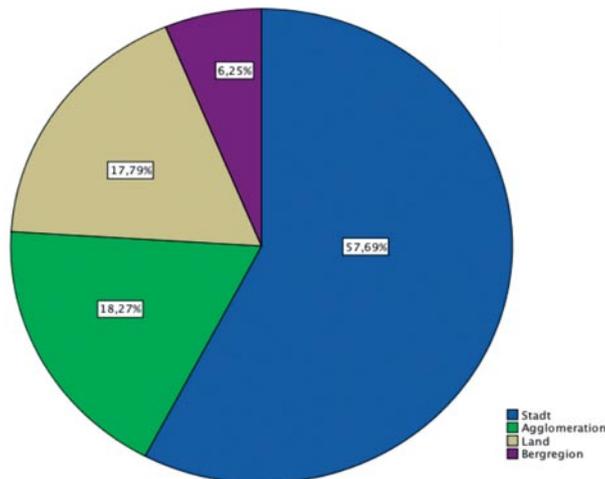
¹ Pour d'autres résultats, ainsi que des détails concernant la structure du questionnaire, cf. la synthèse sur le site Internet de la Société des Médecins du Canton de Berne.

Sind Sie in einer Gruppenpraxis oder
Gemeinschaftspraxis tätig?



Source: Gilgen 2011

Ort der Gruppenpraxis



Source: Gilgen 2011

cabinets de groupe de taille moyenne à grande. 62% des femmes ayant participé au sondage exercent au sein d'un cabinet de groupe. En revanche, 52,5% des médecins dirigent un cabinet privé. L'âge moyen des médecins dans les cabinets de groupe est un peu moins élevé (entre 46 et 55 ans par rapport à 51-60 ans chez les praticiens libéraux). Les médecins âgés entre 30 et 55 ans exercent majoritairement au sein d'un cabinet de groupe.

La plupart des cabinets de groupe sont installés dans une ville (57,7%), et seulement 17,8% à la campagne. 61% des médecins de campagne possédant un cabinet privé font partie d'un réseau de médecins (ville: 33,7%). Il est donc peu surprenant de constater que les cabinets de groupe sont plutôt un phénomène urbain, tandis que les réseaux de médecins sont plus répandus à la campagne.

Les cabinets de groupe attirent notamment les médecins plus âgés

L'objectif du sondage consistait entre autres à déterminer le niveau d'acceptation des cabinets de groupe chez les praticiens libéraux. Lors des entretiens individuels avec les médecins exerçant depuis peu d'années, le modèle des cabinets de groupe a été qualifié d'évidence. La littérature spécialisée mentionne régulièrement la féminisation du métier de médecin comme motif de sa popularité, également parce que ce modèle de cabinet répond tout particulièrement aux besoins des femmes

médecins étant donné qu'il leur permet de travailler à temps partiel.

Le sondage a révélé un élément surprenant: les cabinets de groupe ont trouvé un niveau d'acceptation assez élevé chez les médecins de plus de 60 ans (75% d'acceptation) et les plus de 65 ans (64% d'acceptation). Mais le sondage n'a pas permis de confirmer l'assertion résultant de deux interviews, selon laquelle les cabinets de groupe sont devenus une évidence chez les plus jeunes médecins; quoi qu'il en soit, il ne l'a pas non plus réfutée, les médecins de 30 à 40 ans n'ayant fourni que peu de réponses. Un autre résultat surprenant réside dans le fait que la plupart des femmes et des hommes exerçant dans des cabinets privés ont envisagé de travailler à l'avenir dans un cabinet de groupe. Bien qu'une majorité des femmes ayant participé à ce sondage exerçaient au sein d'un cabinet de groupe, on ne peut pas parler, au vu des résultats de cette étude auprès des cabinets de groupe, d'une poursuite de la féminisation de la médecine. Au contraire, il est probable que les cabinets de groupe soient plus adaptés aux besoins de changements de fond des médecins.

Des spécialistes sceptiques

Si on subdivisait les réponses par spécialité, cela montrerait que les cabinets de groupe ont trouvé un niveau d'acceptation élevé, notamment chez les médecins de premier recours (70% d'acceptation). Parmi les spécialistes autres que les médecins

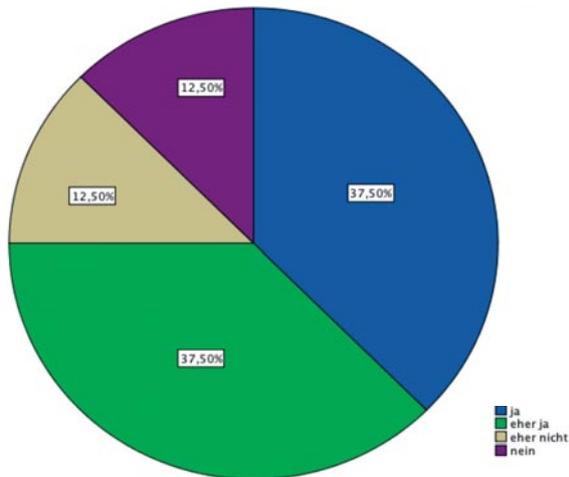
de premier recours, à titre de comparaison seuls 44% environ envisageaient d'exercer au sein d'un cabinet de groupe. Par ailleurs, on peut constater parmi les spécialistes une différence notable entre les réponses des hommes et celles des femmes: 65% des femmes envisageaient de travailler à l'avenir au sein d'un cabinet de groupe, contre seulement 34,7% de leurs homologues masculins. Les réponses étant toutefois relativement peu nombreuses chez les spécialistes, les résultats sont à évaluer avec précaution.

Un autre point intéressant concerne les différences régionales. En particulier, les praticiennes et praticiens exerçant à la campagne envisageaient de travailler à l'avenir au sein d'un cabinet de groupe (tout juste 70% d'acceptation). La plupart des cabinets de groupe étant installés en ville, il n'est pas étonnant que la demande soit plus importante à la campagne. On peut supposer que la charge de travail dans les régions périphériques sera plus importante, étant donné qu'elles comptent comparativement moins de spécialistes et que la «demande de médecine généraliste est assurée par relativement peu de médecins» (Jaccard Ruedin H. et al. 2007; cit. de Hänggeli et al. 2010: 65).

Risque de perte d'autonomie

Plus d'un tiers (36,5%) des praticiens libéraux n'envisageaient pas de travailler au sein d'un cabinet de groupe. Les hommes représentaient ici une part importante avec

Können Sie sich vorstellen, Ihren Beruf in Zukunft in einer Gruppenpraxis / Gemeinschaftspraxis auszuüben?



Source: Gilgen 2011

82%, dont plus de la moitié (52,8%) travaillaient en ville. 45,8% exerçaient en tant que médecins de premier recours, 51,4% se qualifiaient de spécialistes. Près de 90% craignaient que leur autonomie professionnelle ne soit trop limitée au sein d'un cabinet de groupe.

Un médecin sur trois travaille moins de 40 heures

Parmi les 208 médecins exerçant dans des cabinets de groupe, 53,8% (soit 112) sont des médecins de premier recours, 44,7% (soit 93) des spécialistes, et 3 des médecins agréés. Près d'un tiers d'entre eux travaillent moins de 40 heures par semaine (praticiens libéraux: 15%; n=197). Si on analysait les chiffres de plus près, on verrait qu'environ 64% des femmes médecins exerçant dans des cabinets de groupe (n=67) travaillent moins de 40 heures par semaine (hommes: 11,3%; n=141).

Satisfaction des femmes médecins

Dans les interviews individuels, la satisfaction professionnelle a été qualifiée de positive d'une manière générale. Les médecins exerçant dans un cabinet de groupe ont notamment déclaré vouloir se concentrer davantage sur leur «activité principale» et moins s'occuper des tâches administratives. L'objectif du sondage quantitatif était donc de vérifier si les médecins exerçant au sein d'un cabinet de groupe jugeaient leur situation professionnelle plus positive que celle des praticiens libéraux. D'une manière

générale, une majorité des personnes sondées ont qualifié leur satisfaction professionnelle de positive (61,5%; n=405). Les femmes médecins étaient généralement davantage satisfaites de leur travail: plus de 70% ont donné une réponse positive. Si on subdivisait les réponses en fonction de la taille du cabinet, cela montrerait que la satisfaction professionnelle augmente proportionnellement à la taille du cabinet de groupe. Même constatation en ce qui concerne l'évaluation des perspectives professionnelles. D'un point de vue politique, les cabinets de groupe sont en vogue, ce qui pourrait constituer une explication. Par ailleurs, les interviews ont montré que les grands cabinets de groupe permettent notamment aux médecins d'assumer p. ex. des fonctions dirigeantes. Cela devrait sans doute avoir des répercussions positives sur les perspectives professionnelles. Le nombre insuffisant de réponses ne permet cependant pas de déduire un quelconque rapport entre la taille du cabinet et la satisfaction ou les perspectives professionnelles.

Désaccord quant aux impacts des cabinets de groupe

Deux thèmes ont notamment suscité des divergences d'opinions majeures: plus de 60% des médecins exerçant dans des cabinets de groupe estimaient que leur modèle contribue à atténuer les coûts dans le secteur de la santé. Seuls 21% des médecins exerçant dans des cabinets privés partageaient cet avis. Un schéma sem-

blable s'est profilé en ce qui concerne la question de la qualité: près de 87% des médecins exerçant dans des cabinets de groupe ont répondu que cette forme de cabinet s'accompagne d'un niveau de qualité supérieur. Seuls 35,6% des praticiens libéraux étaient de cet avis. La plupart des personnes interrogées étaient cependant d'accord sur le fait que l'échange professionnel est particulièrement important pour les médecins exerçant dans des cabinets de groupe et qu'il est plus facile de concilier la famille, les loisirs et le travail avec ce modèle de cabinet.

Perspective

Le taux de réponses étant plutôt faible, les conclusions tirées des résultats doivent donc être interprétées avec prudence. Une certaine partialité se dégage par ailleurs du fait que plus de la moitié des participants exerçaient au sein d'un cabinet de groupe, raison pour laquelle ces médecins se sont sentis particulièrement concernés par le sondage. Malgré tout, des tendances novatrices peuvent être identifiées. Au final, l'étude fournit des résultats importants et parfois surprenants sur l'acceptation des cabinets de groupe. Elle constitue une base précieuse pour les futures décisions stratégiques en matière de politique corporative. La SMCB veut, conjointement avec Mme Gilgen, continuer à évaluer l'important volume de données de l'étude. Par la suite, nous allons à ce stade informer sur les résultats et les aspects notables en matière de politique corporative.

GILGEN, Isabel (2011). Entre autonomie professionnelle et assurance qualité. Perspectives dans le quotidien professionnel des médecins de famille exerçant dans des cabinets de groupe. Mémoire de master. Sous la direction du Dr Muriel Surdez. Université de Fribourg (CH).

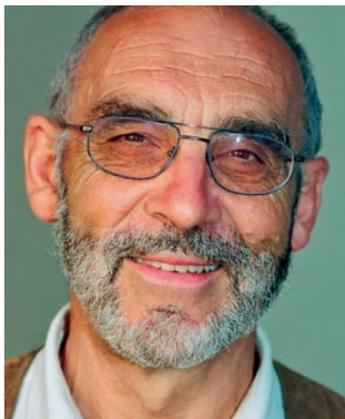
Bibliographie:

- FREIDSON, Eliot (2001). *Professionalism. The Third Logic*. Cambridge: Polity.
- HÄNGGELI, Christoph, LANG, Gabriela, KRAFT, Esther & BRADKE, Sven (2010). *Médecins libéraux*. In: KOCHER, Gerhard & OGGIER, Willy (Hg.). *Gesundheitswesen Schweiz 2010 – 2012. Eine aktuelle Übersicht (59-71)*. Berne: Huber.
- HARRISON, Stephen & DOWSWELL, George (2002). *Autonomy and bureaucratic accountability in primary care: what English general practitioners say*. In: *Sociology of Health & Illness*. 24, 2, 208-226.

Tinguely vous salue

Erreurs et tourments de toutes parts: le chroniqueur Thomas Heuberger effectue une comparaison stupéfiante dans son commentaire sur les débats actuels concernant la santé.

*Thomas Heuberger, D^r méd.,
membre du comité directeur et député Vert au Grand Conseil du canton de Berne*



Thomas Heuberger

La politique sanitaire est complexe! Les finances sont maigres, les compétences douteuses et la planification politique incompréhensible, ce qui réduit la fiabilité de la planification. Le comble, c'est que beaucoup abusent de cette confusion pour se mettre en avant.

Depuis 20 ans, le secteur de la santé est en réparation longue durée: les chantiers se succèdent sans jamais attendre d'en connaître l'impact. En cas de confusion, chaque politique sanitaire autodésignée met immédiatement en place un nouveau chantier. Au plus tard au troisième chantier, personne ne sait plus ce que sont l'impact, les effets secondaires, les complications, les nouvelles problématiques ou les dégâts collatéraux. Confusion totale! Quels sont les mots clés correspondants dans les débats suisses et bernois en rapport avec la santé?

- Initiative médecine de premier recours/ contre-projet: non compris par le Conseil fédéral et instrumentalisé pour les idées personnelles.
- Initiative Joder: l'idée de M. Couchepin, adoptée avec gratitude par son successeur.
- Modèle de «Managed Care»/Référéndum modèle MC: les médecins de premier recours sont pour, les spécialistes sont contre. Cela ne dissuade néanmoins pas la FMH de réaliser une consultation de base interne à la fédération. Dans quel but?
- Liste d'hôpitaux du canton de Berne:

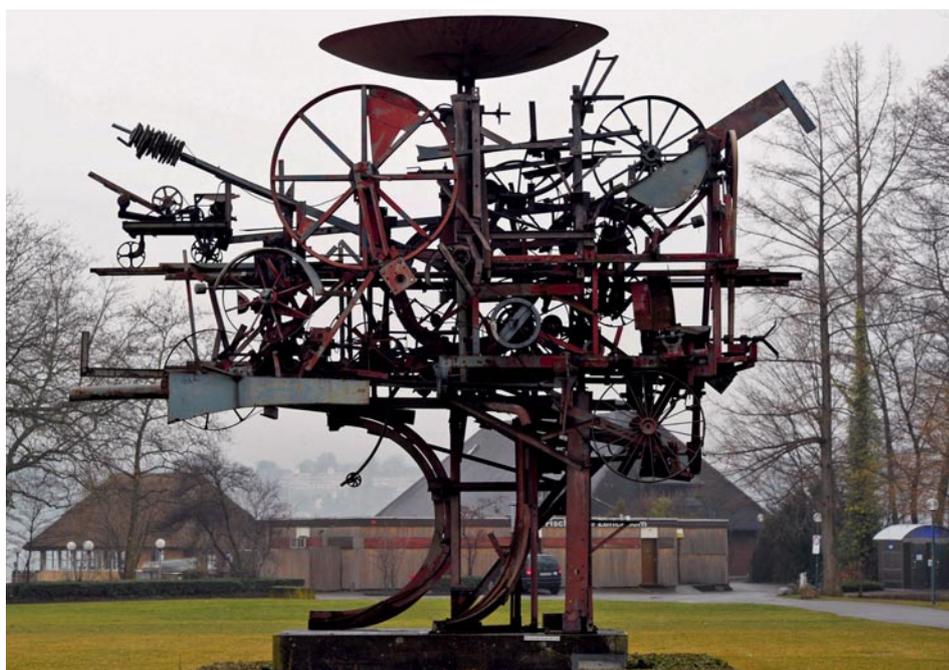
nécessaire ou inutile? Le Grand Conseil a récemment sabordé la limitation quantitative pour l'assurance de la qualité.

- Un hôpital est-il un prestataire de services ou bien une entreprise à but lucratif? La guerre de tranchées entre les hôpitaux privés et publics s'intensifie.
- L'assistance dans les cabinets et le financement correspondant: le rapport au Grand Conseil a été pris en compte de façon positive et optimiste. En novembre, deuxième acte de la tragédie: suite aux débats financiers, seule une solution minimale sera éventuellement financée en dépit de l'évidence, ce qui devrait minimiser son incidence.
- Quelle casquette le canton doit-il porter dans le paysage hospitalier: exploitant? propriétaire? organe de contrôle? prescripteur tarifaire? ou instance de recours? Pour les bureaucrates, les choses sont claires: de préférence toutes ces fonctions!
- DRG en tant qu'opportunité ou problème: dogme contre dogme, une guerre idéologique se profile.

- Moratoire des DRG: le frein de secours en cas de malformation décelée d'un système, bien qu'il n'y ait juridiquement plus rien à freiner.
- Polémique dans la révision de la LAMal: une tragédie à la Macbeth, et la dernière chute menace déjà. Le vote du référendum, qui entraîne dans le meilleur des cas un retard des révisions indispensables de la LAMal, et dans le pire des scénarios les rend impossibles pendant des années.

Le débat relatif à la politique sanitaire a pris une tournure bizarre: est-ce encore Tinguely ou déjà plutôt Kafka? Ou bien plutôt l'histoire postmoderne de l'euro?

Le système de santé ressemble de plus en plus à une œuvre de Tinguely, qui court, fait du bruit, émeut et émerveille. La vue d'ensemble est perdue depuis longtemps: personne ne connaît le mécanisme, l'objectif et l'impact, pour autant qu'il y en ait. Et attention si elle s'arrête: personne ne peut la réparer, elle rouille en silence.



Thomas Heuberger: «Le système de santé ressemble de plus en plus à une œuvre de Tinguely.»
Photo: Keystone

Voilà pourquoi les informations relatives aux coûts des modèles de Managed Care sont essentielles

Barème tarifaire très controversé, le TARMED a cependant apporté un acquis au corps médical libéral, des informations personnelles et efficaces. Les informations ne représentent cependant pas la totalité de la chaîne de traitement, un inconvénient pour les futures négociations de la valeur du point tarifaire

Peter Frutig, gérant de PonteNova



Peter Frutig

Près de 10000 médecins participent aujourd'hui dans toute la Suisse au recueil d'informations fournies par les médecins sur leur TrustCenter. Jusqu'à présent, plus de 100 millions de factures TARMED ont été entrées dans le pool de données. Le recueil d'informations fournies par les médecins a prouvé sa valeur à de multiples reprises. Des dévaluations de la valeur du point tarifaire ont ainsi par exemple été évitées à différentes reprises avec des arguments appropriés tirés du pool de données des TC. Et encore plus important, plus de 300 médecins bernois libéraux ont pu être défendus avec succès dans le cadre de procédures EAE.

Le pendant s'amenuise

Le pendant du recueil d'informations fournies par les médecins, le pool de données de santésuisse, s'amenuise. Assura est par exemple éliminée dès 2009, Sanitas le souhaite à partir de 2012, et on entend par des assureurs importants tels que Helsana que des considérations similaires sont toujours à l'ordre du jour. Selon la loi sur l'assurance-maladie (LAMal), les assureurs sont toutefois tenus de vérifier la rentabilité des prestataires de services. Que se passe-t-il donc si le pool de données de santésuisse n'est plus en mesure de le faire, faute de représentativité? Dans ce cas, les renseignements fournis par les médecins seront

d'autant plus importants. Une représentativité insuffisante pourrait entraîner davantage de réclamations de rectification de la valeur du point tarifaire. Le meilleur exemple, en l'occurrence le canton du Jura, fait déjà partie du passé. En raison du manque de données sur les coûts d'Assura, les coûts ont semblé être montés en flèche dans le Jura, la demande de réduction de la valeur du point tarifaire de la part de santésuisse était claire. Que s'est-il réellement passé? Les données manquantes d'Assura, avec de nombreux risques favorables, ont entraîné une augmentation statistique et non pas effective des coûts.

Bilan de la chaîne de traitement complète

Quels défis nous réserve donc l'avenir? Un suivi effectif des coûts, tant à l'échelle cantonale qu'au niveau des différents prestataires de services, ne peut être assuré de façon judicieuse que si les coûts de traitement sont reproduits sur l'ensemble de la chaîne de traitement. Ce n'est que de cette manière que les reports de coûts, par exemple des DRG, peuvent être démontrés. Aujourd'hui, le contrôle EAE est effectué par le biais du pool de données de santésuisse. Mais que se passera-t-il en cas de dissolution de ce dernier? L'obligation de contrôle conformément à la LAMal demeurera, par conséquent les différents assureurs devront prendre cela en main. Les grands assureurs contrôlent d'ores et déjà les coûts sur l'ensemble de la chaîne de traitement et prennent également en compte les informations relatives aux médicaments en tant qu'indicateur de morbidité. Des informations relatives aux coûts reproduites sur l'ensemble de la chaîne de traitement sont aussi disponibles chez les médecins, les données de modèles de soins intégrés (Managed Care). Ces informations sont essentielles pour les médecins libéraux, à la fois au niveau individuel et à l'échelle cantonale. Outre les informations relatives aux coûts, elles joueront un rôle majeur dans le cadre des futures négociations concernant la valeur du PT. Qu'en

est-il de ces données dans le canton de Berne? Actuellement, la situation est malheureusement peu réjouissante. Dans le canton de Berne, il y a certes maintenant quelques réseaux de médecins, mais seulement une partie d'entre eux mettent ces données à la disposition des médecins libéraux bernois. De par la collaboration avec des sociétés d'exploitation d'autres cantons ou d'autres formes d'organisation, leurs données sont perdues pour les médecins libéraux bernois. Cela pourrait constituer un avantage décisif dans le cadre des futures négociations concernant la valeur du point tarifaire. Jusqu'à présent, les «offensives» de santésuisse ont toujours été parées avec succès. Mais que se passe-t-il lorsque certains assureurs ou groupements d'assureurs prennent eux-mêmes en main les négociations concernant la valeur du point tarifaire?

Mise en réseau régionale

Avec son ressort PonteNet, PonteNova offre à tous les réseaux suisses encadrés par un spécialiste MC de premier plan des contrats de caisses parfaitement comparables, et d'autres prestations de services plus avantageuses que la moyenne. Nous pouvons proposer à l'ensemble des réseaux des contrats avec l'ensemble des assureurs compétents. Par ailleurs, des soins intégrés efficaces constituent une thématique régionale impliquant des connaissances optimales des caractéristiques locales, ainsi qu'une bonne mise en réseau, ce qui présuppose à son tour des partenaires locaux. PonteNova est en mesure de proposer cela avec son ressort PonteNet. Avec environ 600 médecins libéraux bernois, il s'efforce depuis longtemps de défendre les intérêts des médecins libéraux.

«Les médecins sont des PME typiques»

Lors de la dernière assemblée des délégués, Toni Lenz a été élu nouveau président des PME bernoises. Doc.be s'est entretenu avec le nouveau président sur ses motivations personnelles, les objectifs de l'association et l'importance de la Société des Médecins au sein de l'Union des arts et métiers.

Markus Gubler,
Service de presse et d'information

Pourquoi vous investissez-vous en faveur des PME bernoises?

Lenz: Les préoccupations des PME m'ont toujours intéressé. J'interviens depuis de nombreuses années au sein de diverses fonctions en faveur des intérêts des PME. Entre 1989 et 2004, j'ai été président du CO de l'exposition OGA (Oberemmentalische Gewerbe- und Landwirtschaftsausstellung). Trois ans plus tard, je faisais partie du comité d'organisation des festivités du 125^e anniversaire des PME bernoises, ce qui m'a permis de nouer contact avec les responsables des PME bernoises.

Qu'est-ce qui vous a convaincu de vous mettre à la disposition de la présidence des PME bernoises?

Plusieurs raisons ont joué un rôle: d'une part, je peux compter sur le soutien professionnel du bureau et du directeur Christoph Erb. J'ai l'opportunité unique d'agir avec les personnalités au comité de direction. J'avais déjà remis ma succession professionnelle et politique sur les rails avant l'élection et je peux désormais répartir mon temps progressivement. Je souhaite à présent le consacrer aux intérêts des PME bernoises. Et enfin, ma femme accepte également mes absences répétées pour remplir mon engagement.

Quels sont les objectifs politiques du nouveau président?

Il est encore trop tôt pour certains points clés. En tant que nouveau venu, je commencerai par m'initier aux procédures en cours et m'efforcerai d'identifier les besoins de base. Je lutterai personnellement contre les conditions cadres de plus en plus restrictives. Chaque étape d'un entrepreneur est soumise à une loi ou à une ordonnance quelconque et les prescriptions relatives aux étapes intermédiaires sont en cours.

Un autre objectif principal (ce n'est pas nouveau) doit consister à accroître l'intérêt des places d'apprentissage. Les jeunes (et notamment leurs parents) doivent de plus en plus être convaincus par les excel-



«Outre leurs préoccupations spécifiques, les médecins ont les mêmes problèmes et défis que les boulangers, les menuisiers, les administrateurs fiduciaires et les négociants en combustibles», pense Toni Lenz, le nouveau président des PME bernoises. Photo: mäd

lentes perspectives d'un apprentissage professionnel.

Quelle est selon vous l'importance de la Société des Médecins au sein des PME bernoises?

Les médecins sont des PME typiques. Outre leurs préoccupations spécifiques, ils ont les mêmes problèmes et défis que les boulangers, les menuisiers, les administrateurs fiduciaires et les négociants en combustibles, pour ne citer que quelques exemples. Droit du travail, normes de construction, impôts et autres données, charges administratives, approvisionnement en énergie, infrastructure, formation,

etc. Les PME bernoises ont créé avec l'affiliation de la Société des Médecins du canton de Berne le ressort Santé. Son président, le Dr Jürg Schlup, est membre du comité directeur des PME bernoises. Entre-temps, de nouveaux membres ont rejoint ce groupe: les vétérinaires bernois et la société des médecins-dentistes. Dans le cadre de l'élaboration de positions en matière de politique sanitaire, des associations de pharmaciens et de droguistes s'y sont également associées. La répartition du travail est claire: les associations professionnelles s'occupent des préoccupations typiques de la branche. En tant qu'association faitière, les PME bernoises se chargent des préoccupations majeures des entrepreneurs et entrepreneurs, quelle que soit la branche à laquelle ils appartiennent.

Profil

Ce dessinateur-géomètre qualifié et ingénieur ETS fait partie de la direction de Flamol Mineralöl AG. Il est marié, a quatre enfants majeurs et quatre petits-enfants. Il habite à Langnau. Il aime passer son temps libre dans et sur la mer.

Selon Jürg Schlup, l'ancien président de la SMCB, vous seriez très ouvert vis-à-vis des questions relatives à la politique sanitaire. Que veut-il dire exactement?

Les PME bernoises ont considérablement renforcé leur engagement dans le domaine des conditions cadres relatives à la poli-

tique sanitaire. Nous faisons preuve d'une certaine réserve en ce qui concerne les différents intérêts des organisations membres et évitons de prendre position en faveur de l'une ou de l'autre. Nous intervenons essentiellement lorsque cela offre de meilleures opportunités de développement à l'ensemble de nos membres. Pour une gestion plus efficace des hôpitaux, contre les tendances en faveur d'une médecine d'Etat, et pour renforcer la médecine à domicile.

Qu'attendez-vous de la Société des Médecins en tant que membre des PME bernoises?

La collaboration est excellente, grâce notamment à l'engagement prudent du Dr Jürg Schlup au sein de la direction de notre association. Je serais heureux de pouvoir poursuivre cette collaboration en tant que président des PME bernoises. Il est encore trop tôt pour des mesures concrètes. Les premiers points communs seront abordés lors du tour de table au Conseil d'Etat, où

je peux soumettre nos revendications en matière de politique sanitaire à M. Perrenoud, directeur de la santé publique.

Quels sont selon vous les principaux défis à moyen et à long terme pour les PME bernoises?

Les conditions cadres (infrastructure, directives, impôts, énergie, etc.) pour les PME doivent être améliorées. Pour atteindre de tels objectifs, le regroupement d'un maximum d'organisations de la branche s'avèrera précieux. Les PME bernoises sont un interlocuteur important pour la politique et un élément vital de plus en plus stable de l'économie.

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: Claudia Bernet, Berne

Impression: Druckerei Hofer Bümpliz AG, 3018 Berne
Edition octobre 2011

Données RoKo

Vous pouvez encore transmettre vos données RoKo jusqu'au **15 décembre 2011**, comme d'habitude sur papier ou par voie électronique. Si vous avez des questions, le secrétariat de la SMCB vous assistera volontiers (031 330 90 00).



Für Sie sind wir am Puls der Zeit.

Damit Sie Ihren Patienten noch mehr bieten können, leihen wir Ihnen unsere neusten Monitoring-Geräte. Und diese können auf verschiedenste Weise die Herzaktivität überwachen. Dass unsere Fachleute auch noch die Ergebnisse auswerten, ist selbstverständlich.

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

Beratung der Ärztekasse: Das Rezept gegen das Chaos



Einfache Gemüter halten Ordnung,
Genies fragen die Ärztekasse

Die effiziente und konsequente Leistungserfassung und Abrechnung ist mitentscheidend, ob die Buchhaltung am Jahresende rote oder schwarze Zahlen zeigt. Die Ordnung in den Patientendossiers spart Zeit und bringt Sicherheit. Das erfolgreichste Rezept gegen das Chaos im Praxisbüro ist die Ärztekasse.

Beratung + Service + Software = Ärztekasse

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

Le conseil juridique de la Société de Médecine



Oliver Macchi, Dr. jur., conseil juridique
de la Société des Médecins du Canton
de Berne

«A la fin de l'année, je cède mon cabinet de médecine générale. Malheureusement, je n'ai trouvé aucun successeur. Pendant combien de temps et où dois-je conserver les dossiers médicaux?»

Oliver Macchi, Dr jur., conseil juridique de la Société des Médecins du Canton de Berne: «En principe, les dossiers médicaux doivent être conservés tant qu'ils présentent un intérêt pour la santé des patients, pendant une durée minimale de 10 ans pour les adultes et de 20 ans pour les enfants (c.-à-d. les patients âgés de moins de 18 ans). Les dossiers médicaux concernant le déroulement des naissances doivent également être conservés pendant au moins 20 ans.

Ces durées sont réglementées par la loi sur la santé et l'ordonnance sur les droits des patients du canton de Berne. Les dossiers de traitement doivent être conservés de manière à ce que le patient puisse y avoir accès, tout en conservant le secret professionnel. En raison de la fermeture de votre cabinet et étant donné que vous ne pouvez plus y conserver les dossiers, veuillez vous adresser à notre secrétariat, qui vous communiquera une adresse.

Pour vos questions juridiques, veuillez adresser une demande écrite à info@berner-aerzte.ch ou appeler le 031 330 90 00.

Newsletter de la SMCB: un support d'information très tendance

Depuis peu, vous recevez des courriers électroniques de la part de la SMCB. La nouvelle newsletter de la SMCB vous informe de temps en temps sur les principales nouveautés en matière de politique sanitaire, vous transmet des communiqués de presse, ou attire votre attention sur des offres actuelles de formation continue et de perfectionnement. Pour modifier les renseignements vous concernant ou pour des questions techniques concernant la newsletter:

info@berner-aerzte.ch
ou par téléphone au 031 310 20 99.



ÄRZTGESELLSCHAFT
DES KANTONS BERN
SOCIÉTÉ DES MÉDECINS
DU CANTON DE BERNE

Bölgigenstrasse 52
CH-3008 Bern
T 031 330 90 00
F 031 330 90 03

berka@hin.ch
www.berner-aerzte.ch

Die Schweizerische Gesellschaft für Notfall- und Rettenungsmedizin SGNOR sucht InstruktorInnen und Instruktoren für Dienststärkurse

###USER_title### ##USER_last_name###



Schweizerische Gesellschaft für Notfall- und Rettungsmedizin SGNOR
Société Suisse de Médecine d'Urgence et de Soins de
Societas Svizzera di Medicina d'Urgenza e di Salvataggio SSMUS

Die SGNOR bietet seit 2005 den Dienststärkurse an, der in 2 x 2 Tagen die niedergelassenen Grundversorgenden befähigen soll, die Zeit bis zum Eintreffen des Spezialteams positiv zu nutzen. Dabei wird vor allem auf die Tatsache geachtet, dass niedergelassene Grundversorgende in aller Regel allein als Fachkraft auf dem Platz sind.

Damit der Dienststärkurse seine Aufgabe erfüllen kann, braucht er InstruktorInnen und Instruktoren, die das spezifische notfallmedizinische Wissen mitbringen, jedoch auch aus eigener Praxiserfahrung wissen, was Grundversorgende wirklich anwenden können. Der Notfallkurs für Grundversorgende ist als notfallmedizinischer Kurs für den Facharzttitel "Allgemeine Innere Medizin" von der Plattform Rettungswesen der FMH im Auftrag des SIVF FMH akkreditiert.

Die InstruktorInnen im DAK der SGNOR ist eine hervorragende Möglichkeit, notfallmedizinisch wieder etwas mehr „tun“ zu können – und dabei im Kontakt mit den jungen Kolleginnen und Kollegen auch viel dazu zu lernen.

Wir appellieren an Sie, das InstruktorInnen-Team des DAK SGNOR zu verstärken.

Am **22. Oktober 2011** findet der nächste, ganztägige InstruktorInnenkurs DAK in **Oltten** statt. Der Kurs ist für die Teilnehmenden **kostenlos**, vergütet werden die Reisespesen Wohnort – Kursort SBB 1. KL Halbtax retour.

Dienststärkurse DAK der SGNOR:
[Flyer Dienststärkurse DAK der SGNOR \(pdf-Datei, 133 KB\)](#)

Falls wir Ihr Interesse wecken konnten, und Sie mehr über eine Tätigkeit als Instruktorin / Instruktor DAK SGNOR wissen möchten, stehen wir gerne für weitere Auskünfte zur Verfügung:

Gabriela Kaufmann-Hostettler
Geschäftsführerin
Tel. 031 332 41 10/11
Mail: info@gkaufmann.ch