



doc.be

Le magazine de la
Société des Médecins
du Canton de Berne

N°6
Décembre 2017

Sujets de cette édition

**Jürg Schlup, le président
de la FMH, à propos de
l'enveloppe budgétaire**

**Entretien avec Nicole
Thönen et le docteur Marc
Jungi sur le rôle et l'activité
des CMA dans le cabinet**

**Modifications pour
MEDPHONE**

Un plafonnement pour la santé?



Un groupe d'experts mis en place par la Confédération propose d'introduire en Suisse des enveloppes budgétaires globales afin de plafonner les dépenses de santé. Ces enveloppes budgétaires serviraient à maîtriser la hausse des coûts. Toutefois, l'expérience acquise dans d'autres pays montre qu'une enveloppe budgétaire comporte trois inconvénients de poids :

Sur le plan juridique, une telle enveloppe est contraire à l'article 117 de la Constitution fédérale qui oblige la Confédération à instaurer une assurance-maladie. Or, une assurance se caractérise justement par le fait qu'elle fournit une prestation définie en cas de survenance de l'évènement redouté. En ce sens, une enveloppe budgétaire est incompatible avec la nature même d'une assurance, comme le déclarait récemment le juriste de Saint-Gall Ulrich Kieser.

Sur le plan économique, l'enveloppe budgétaire soulève des questions auxquelles nos pays voisins n'ont pas su répondre en vingt ans. Sur quels critères doit s'appuyer l'enveloppe budgétaire? En général, la hausse des salaires et la croissance économique servent de valeurs de référence. Le besoin en soins médicaux, comme donnée de référence, disparaît une fois de plus.

Mais surtout, l'enveloppe budgétaire nuit au rapport de confiance entre médecins et patients. Comme le démontre l'exemple de l'Allemagne et de l'Italie, les patients ont, dans le cas d'un budget plafonné, très vite le sentiment d'être exposés à l'arbitraire. Ce qui ne surprend pas quand on sait par exemple que le report des rendez-vous sur le trimestre suivant est un mécanisme courant dans de tels systèmes. Les patients se rendent bien compte que, parallèlement au traitement, les médecins ont l'aspect économique en tête, encore bien plus que ce n'est déjà le cas actuellement.

Ainsi, la proposition du groupe d'experts d'introduire des enveloppes budgétaires vise à dévaloriser encore un peu plus la profession. Il serait préférable de réformer le système de manière à conforter les médecins dans leur professionnalité.

Marco Tackenberg
Responsable du service de presse et d'information

Contenu

- 4 «Les politiques veulent l'enveloppe budgétaire»**
Le président de la FMH, Jürg Schlup, met en garde contre un état d'exception dans la politique de la santé.
- 6 «Est rentable celui qui se tient à distance des malades»**
Un colloque réunissant les principales organisations suisses de la santé expose les conséquences qu'auraient des enveloppes budgétaires pour les patients.
- 9 Rôle et importance des CMA dans les soins médicaux de base**
Quelles sont les tâches dont se chargent les coordinatrices en médecine ambulatoire et comment sont-elles rémunérées selon le tarif? La journée de réflexion 2017 de la SMCB a permis d'élaborer des recommandations concrètes.
- 12 «L'ampleur de la demande nous a surpris»**
Dans une interview, Nicole Thönen et le docteur Marc Jungi expliquent pourquoi la formation continue de coordinatrice en médecine ambulatoire est rentable pour toutes les parties prenantes.
- 16 La relève n'a que l'embarras du choix**
Une nouvelle fois, la SMCB est présente au MEDIfuture et s'engage pour la relève.
- 18 Dynamique numérique sans limite?**
La numérisation ouvre d'innombrables champs d'application en médecine. La raison pour laquelle les besoins des patients doivent rester au premier plan était le thème du congrès Hplus de cette année.
- 21 Nouveau tarif à la minute et nouveau numéro de téléphone**
La centrale d'appels d'urgence des médecins MEDPHONE a dû augmenter son tarif à la minute.
- 22 Réinsertion dans la vie active pas à pas**
L'association medical women switzerland (mws) promeut avec le projet «Etrier» le retour à la profession de médecin après une pause pour raisons familiales.

Concerts du 50^e anniversaire de l'orchestre des médecins

DINER DANSANT Concert du jubilé

Apéro – Concert – Repas – Bal
Kursaal Arena Berne
Samedi 3 février 2018 à partir de 18 heures

Concert avec musique dansante (sans repas)
Kursaal Interlaken, Theatersaal
Samedi 27 janvier 2018 à 20 heures

Fier de ses 50 dernières années, l'orchestre des médecins fête son anniversaire. Venez fêter avec nous ce jubilé! Le programme de concerts avec musique dansante ne vous fera plus tenir en place. Nous jouerons Bach et Piazzolla, Dvorak et Strauss, Brahms et Tchaïkovski, Tico-Tico et Haydn ...

Prévente

Internet:
www.kulturticket.ch

Téléphone:
0900 585 887 ou 0900kultur
(lu-ve 10h30-12h30,
1.20 franc / min. à partir du réseau fixe)

Points de vente:
Tonträger music & more
(Schweizerhofpassage Berne)
Centre Paul Klee
Thun-Thunersee Tourisme
Interlaken Tourisme

www.medizinerorchester.ch



Mentions légales

doc.be, organe de la Société des Médecins du Canton de Berne; éditeur: Société des Médecins du Canton de Berne, Postgasse 19, 3000 Berne 8 / paraît 6x par an; responsable du contenu: comité directeur de la Société des Médecins du Canton de Berne; rédaction: Marco Tackenberg, Simone Keller et Markus Gubler, service de presse et d'information de la SMCB, Postgasse 19, 3000 Berne 8, T 031 310 20 99, F 031 310 20 82; tackenberg@forumpr.ch, keller@forumpr.ch, gubler@forumpr.ch; annonces: Simone Keller, keller@forumpr.ch; conception / layout: Definitiv Design, Boll; impression: Druckerei Hofer Bümpliz AG, 3018 Berne; photo de couverture: Marco Zanoni

« La classe politique veut l'enveloppe budgétaire »

Le président de la FMH, Jürg Schlup, met en garde les délégués de la SMCB contre un état d'exception dans la politique de la santé. Les défis ne peuvent être relevés que si le corps médical fait bloc sur les questions importantes.

Texte : Marco Tackenberg, service de presse et d'information

Photo : Marco Zanoni

Les médecins se disputent l'argent. Les médecins coulent la réforme tarifaire. Les médecins amputent le compromis. Même le magazine Weltwoche, d'habitude si fier de ses positions à part, emboîte le pas. Il réclame d'urgence un changement de cap car, en raison de la hausse des primes, de plus en plus de citoyens se rapprochent du gouffre. Jürg Schlup, président de la FMH, commence son exposé par une petite revue de presse. Il montre comment la consultation de la base concernant le nouveau tarif – en juin 2016, la majorité des médecins refusaient le projet de réforme – a eu, sur le plan médiatique, un effet désastreux sur le pouvoir de négociation de la FMH.

Devant ce déversement de haine, la classe politique ne reste pas silencieuse : la conseillère aux Etats reproche à la FMH une attitude de refus. On exhorte le Conseil fédéral de menacer d'intervenir dans le tarif. Et pour la première fois certainement dans l'histoire des vœux de Nouvel An, la conseillère fédérale Doris Leuthard déclare le 1er janvier 2017 que la hausse des coûts met à mal la solidarité dans le secteur de la santé.

M. Schlup retrace l'évolution des partis siégeant au Conseil fédéral qui sont désormais tous en faveur d'interventions en vue de maîtriser et baisser les coûts. Et pire encore : leurs revendications vont toutes dans la même direction qui reviendrait à une

restructuration du système de santé. Ainsi, une initiative parlementaire demande que le corps médical mette gratuitement à disposition du Conseil fédéral les données nécessaires à la fixation par l'Etat des tarifs et des prix. Jürg Schlup : « La politique nous dicte, à nous médecins, le tarif. »

« C'est vous qui mettrez en œuvre l'enveloppe budgétaire, et non le PDC ou le Conseil fédéral ! »

« Qui met l'enveloppe budgétaire en œuvre ? »

Un gros morceau commence notamment à prendre forme dans le système politique : la politique veut définir une enveloppe budgétaire. Et ce budget sera calculé strictement. Une coalition allant du PS au PDC se positionne en faveur d'un plafonnement des coûts. Tandis que le PDC demandait, lors de son congrès en août 2017, des mesures pour mettre un frein aux dépenses, le PS veut limiter les primes à 10 % du revenu. M. Schlup prévient les médecins présents dans la salle : « C'est vous qui mettrez en œuvre l'enveloppe budgétaire, et non le PDC ou le Conseil fédéral ! »

L'ancien président de la SMCB expose la manière dont la pression sur le corps médical pourra être accrue grâce aux économies sur les coûts. Voici son raisonnement : la stratégie « l'ambulatoire avant le



L'ancien président de la SMCB Jürg Schlup expose la manière dont la pression sur le corps médical pourra être accrue grâce aux économies sur les coûts.

stationnaire» fait baisser les coûts dans leur ensemble, on parle d'environ 30 %. Mais comme le secteur ambulatoire, contrairement au secteur stationnaire, est entièrement financé par les primes, ce transfert fait grimper la charge des primes à 57 %. Ce qui est judicieux tant d'un point de vue médical qu'économique s'avère être un piège pour les prestataires.

Un piège, car le Conseil fédéral a déjà réfléchi à ce point et exige désormais que la hausse prévisible des primes aille de pair avec l'exploitation des réserves d'efficacité. Pour ce faire, le Département fédéral de l'intérieur a chargé un groupe d'experts d'étudier la question. Ce dernier a publié à l'automne 2017 un rapport qui, d'emblée, postule qu'il existe un potentiel d'augmentation de l'efficacité de l'ordre de 20 % dans l'assurance-maladie obligatoire, sans pour autant réduire la qualité. Cet argument selon lequel il serait soi-disant possible d'économiser 20 % connaît une carrière surprenante. Bien que d'innombrables rapports prétendent qu'il y aurait une marge de 20 % dans le système, on ne trouve aucune étude sérieuse à ce sujet. Il s'agit en fait d'une moyenne provenant de la littérature sur l'effet des modèles de managed care.

Pay-for-Performance

Telle que présentée dans le rapport, la voie dans laquelle s'engagent les mesures risque de se transformer en une pilule amère pour le corps médical. Il y est dit explicitement: «En raison des incitatifs placés aux mauvais endroits, il faut également contrôler les quantités ou les coûts totaux pour que

le système de santé reste finançable. A long terme, il faudra supprimer autant d'indications et d'interdictions que possible en faveur d'une systématique incitative appropriée (dans le meilleur des cas: rémunération pour chaque unité de santé gagnée).» On reconnaît dans ces mots la volonté d'intervenir de plus en plus dans la compétence du médecin. A l'avenir, la médecine devra fonctionner selon les principes de la production industrielle: *pay for performance*.

L'analyse de Jürg Schlup est la suivante: «Le corps médical a perdu de son poids politique en raison de ses querelles internes. Une large alliance des partis politiques en profite pour étendre la mainmise de l'Etat.» Quel remède le «médecin en chef» de la Suisse conseille-t-il? Selon Jürg Schlup, les défis ne peuvent être relevés que si le corps médical fait bloc sur les questions importantes. Cela concerne avant tout l'autonomie tarifaire qu'il faut retrouver. C'est la seule façon d'éviter un tarif imposé par l'Etat.

« Est rentable celui qui se tient à distance des malades »

Tant le monde politique que les médias réclament des enveloppes budgétaires pour la médecine. Des experts expérimentés en matière de budgets plafonnés ont répondu à l'invitation des principales organisations suisses des professionnels de la santé, en participant au colloque « Conséquences des enveloppes budgétaires pour les patients » qui s'est tenu à Berne.

Texte : Marco Tackenberg, service de presse et d'information

C'est une surprenante manifestation que l'économiste de la santé Willy Oggier présente. Pour une fois, l'organisation de médecins FMH, l'association des caisses maladie Santésuisse, les organisations professionnelles de pharmaciens, les hôpitaux, sans oublier l'Organisation suisse des patients, se retrouvent pour participer ensemble à un colloque – et sont d'accord sur le point principal : les enveloppes budgétaires à l'échelle nationale présentent de sérieux inconvénients.

Le juriste Rainer Hess, au service du système de santé allemand depuis bientôt quarante ans, parle de l'expérience acquise dans son pays au sujet des budgets plafonnés. Certes, l'Allemagne ne connaît pas d'enveloppe budgétaire au sens d'un « frein aux dépenses défini concernant tous les secteurs de santé sans distinction ». Toutefois, avec le « principe de stabilité du taux de cotisation », on a essayé de maîtriser la quantité des prestations fournies, ce qui a échoué. A la place s'est développée une épouvantable culture : « Le médecin a l'aspect économique en tête, encore bien pire que ce n'était déjà le cas auparavant. Les patients ont dû parfois consulter des médecins totalement inconnus. De même, le report de rendez-vous sur le trimestre suivant est

un mécanisme courant dans de tels systèmes. » Au niveau mondial, l'Allemagne se trouve en tête pour de nombreuses interventions chirurgicales sans que ce soit indiqué d'un point de vue médical. Selon Rainer Hess, il s'agit là d'une conséquence de la mercantilisation du système de santé. Les indications thérapeutiques sont élargies pour des raisons de budget. Ce sont là les évolutions indésirables typiques que la Suisse doit impérativement éviter. R. Hess démontre de manière compréhensible qu'il faut un système homogène pour qu'une enveloppe budgétaire puisse fonctionner. Or, avec ses profondes différences régionales, ses agglomérations urbaines et ses zones rurales, la Suisse ne s'y prête guère. De plus, la politique de la santé est en Suisse encore essentiellement l'affaire des cantons qui, qu'ils soient urbains ou ruraux, poursuivent des intérêts très différents.

Economiste en finances publiques et de la santé, Volker Ulrich de Bayreuth admet ouvertement que sans une certaine forme de pilotage des quantités, on ne pourra vraisemblablement pas maîtriser les coûts. Mais quelles que soient les valeurs de référence, elles comportent des pièges et des dangers. Si on indexe le budget à la croissance économique, le secteur de la santé est alors frappé de plein fouet en cas de récession. Et pourquoi la santé devrait-elle impérativement croître dans les mêmes proportions

que l'économie? C'est un mauvais critère, accepté par défaut, faute de mieux. Car si l'on différencie, comme en Allemagne, selon des critères géographiques, certains länder du sud font alors valoir qu'ils ont érigé des structures de soins pour des patients provenant de toute l'Allemagne. Les Bavarois disent: «Il est vrai que notre population est plus jeune et en meilleure santé que celle du Mecklembourg-Poméranie-Occidentale, mais nous avons de tout autres structures de soins!» Si l'on s'engage dans de telles rémunérations régionales, on risque d'obtenir des structures inefficaces. Plus grave toutefois est la critique de l'enveloppe budgétaire qui circule sous forme d'une mauvaise blague: «Avec l'enveloppe budgétaire, c'est celui qui réussit à se tenir à l'écart de la prise en charge des malades qui est rentable.»

Incompatibilité de l'enveloppe budgétaire pour une assurance

Le spécialiste en droit de Saint-Gall, Ulrich Kieser, verse un élément fondamental dans le débat. L'article 117 de la Constitution fédérale oblige la Confédération à instaurer une assurance-maladie. Or, sur le plan juridique, une assurance se caractérise par le fait qu'elle fournit une prestation définie en cas de survenance de l'évènement redouté. En ce sens, une enveloppe budgétaire est incompatible avec la nature même d'une assurance. U. Kieser tire un premier bilan: «L'enveloppe budgétaire ne peut pas restreindre l'obligation de prestation.» Chose que le Tribunal fédéral n'a cessé de confirmer. Quelle serait alors la conséquence, une fois l'enveloppe budgétaire épuisée? La demande de prestation du patient ne pouvant en aucun cas être limitée, il faudrait donc procéder à une correction par le biais de l'indemnisation du prestataire, ce qui, en revanche, ne peut avoir lieu que dans le cadre du principe de l'égalité devant la loi et de l'interdiction de l'arbitraire. Sur le plan juridique, c'est un vaste champ qui s'ouvre!

Oliver Peters, directeur général adjoint au CHUV, le centre hospitalier universitaire vaudois, apporte un contre-argument. De son point de vue, l'enveloppe budgétaire a «plutôt fait ses preuves» au CHUV. Si l'on compare l'évolution des coûts, elle est inférieure à celle de Berne. O. Peters considère l'enveloppe budgétaire comme un instrument utile permettant de contrôler la hausse des quantités. Pour qu'il soit efficace, il faudrait toutefois intégrer tous les prestataires. Les risques potentiels de rationnement pourraient être évités par exemple à l'aide d'obligation d'admission.

Christian Camponovo, directeur de la Clinica Luganese Moncucco à Lugano, aboutit à une appréciation totalement contraire. A son avis, l'enveloppe budgétaire n'a pas conduit, au Tessin, à une réduction des coûts, mais a créé bien plus de problèmes supplémentaires pour les patients et les prestataires. Il ajoute à l'intention de Lausanne d'un ton caustique: «Plus un hôpital est proche du canton, plus les négociations du budget sont faciles...»

Une hypothèse erronée conduit à demander une enveloppe budgétaire

Quel bilan peut-on tirer? Que ce soit la demande d'un plafonnement des dépenses de santé via une enveloppe budgétaire ou l'initiative populaire du PDC pour mettre un frein aux dépenses de santé, elles partent de la même hypothèse: à savoir qu'en Suisse, nous ne pouvons plus nous permettre les dépenses de santé en hausse. Ce qui est faux comme l'ont expliqué par exemple les deux économistes de la santé, Pius Gyger et Fridolin Marty, dans le journal NZZ du 5 mai 2017: «Une hausse de la part des prestations de santé dans le PIB n'est pas (...) préoccupante du point de vue du financement. Nous pouvons très bien nous le permettre.» Cela ne signifie cependant pas que le système n'a pas besoin de réformes. Mais il y a des propositions de réforme qui sont mauvaises, et une enveloppe budgétaire avec toutes ses incertitudes d'ordre juridique, social et économique fait partie de cette catégorie. Les expériences décrites par les experts présents au colloque laissent supposer que les effets de l'enveloppe budgétaire sur l'évolution de l'ensemble des coûts ne sont pas prouvés. Néanmoins, des dysfonctionnements sont manifestes. A l'intention des prestataires, Jürg Schlup, président de la FMH, déclare: «C'est vous qui mettez en œuvre l'enveloppe budgétaire, et non le PDC ou le Conseil fédéral.»

Cet article a été écrit suite au colloque de la FMH et d'autres organisations portant sur l'enveloppe budgétaire, dans le cadre d'une coopération de doc.be et du Swiss Dental Journal SSO.

Enveloppe budgétaire

Par définition, une enveloppe budgétaire est une limitation fixe des dépenses de tous les secteurs de la santé sans distinction. On parle également souvent de «plafonnement du budget». Une enveloppe budgétaire est définie ex ante, donc au préalable, selon différents critères tels que la démographie, l'estimation des besoins, la hausse des revenus et la croissance économique. Elle doit permettre de maîtriser la quantité des prestations facturées. Les prestataires qui dépassent le budget sont alors sanctionnés: leur rémunération est réduite en conséquence. Si toutefois ils se situent en dessous du budget convenu, ils peuvent bénéficier de gratifications. L'exemple de l'Allemagne montre que c'est spécialement ce dernier point qui fait surgir des discussions éthiques.



Rôle et importance des CMA dans les soins médicaux de base

Quels sont les actes médicaux dont les coordinatrices en médecine ambulatoire (CMA) orientation clinique peuvent se charger? Comment rémunérer leur activité sur la base du tarif? Comment se démarquent-elles d'autres champs professionnels non médicaux? Ces questions et bien d'autres points étaient au cœur de la journée annuelle de réflexion de la Société des Médecins du Canton de Berne.

Pour Reto Egloff, président du comité directeur de la CPT, et Christoph Engel, responsable Achat des prestations de Visana, une prise en compte du travail des CMA dans le tarif n'est réaliste qu'à certaines conditions.

Texte: Marco Tackenberg, service de presse et d'information
Photos: Martin Bichsel

La machine se met lentement en marche: dans le canton de Berne, le membre du Grand Conseil Hans-Peter Kohler a déposé en 2016 la motion «Délégation d'actes médicaux aux assistantes et assistants médicaux (AM)», une offensive saluée et soutenue tant par le Conseil exécutif que par le Grand Conseil. La FMH promeut également la formation continue ciblée et la délégation en cabinet. Elle s'engage en faveur d'une tarification appropriée des prestations fournies en cabinet. Il y a deux ans déjà, le canton de Zoug édictait, dans son ordonnance sur la santé publique, des règlements concernant l'activité des assistantes médicales agissant sur ordre et sous la responsabilité d'un médecin.

La responsabilité incombe toujours au médecin

Les deux médecins Adrian Göldlin et Marc Jungi de Sanacare démontrent quelle est la mission d'une CMA orientation clinique dans le cabinet médical. Ils ont élaboré des processus de traitement comme guide pratique pour la délégation des prestations

du médecin. Il est primordial d'intégrer les patients. Ils doivent comprendre que médecin, AM et CMA ne forment qu'une seule et même équipe soignante. Parmi les facteurs de réussite, A. Göldlin et M. Jungi comptent une répartition claire des compétences, une communication directe avec toutes les parties prenantes, la disponibilité du médecin en cas de questions. En dernier lieu, l'ensemble de la responsabilité est clairement du ressort du médecin. La CMA est responsable de l'éducation et de l'autogestion du patient. Pour le moment, ces processus exigent encore beaucoup de temps. Il faut élaborer des manuels et des dispositifs. Pour un petit cabinet, ce n'est pas rentable, des réseaux composés de plusieurs cabinets seraient souhaitables.

La question du salaire

Avec Nicole Thönen et Marianne Schenk, la présidente et la vice-présidente de la SVA, Association suisse des assistantes médicales en cabinet, présentent leur point de vue sur la façon dont une CMA orientation clinique peut alléger la charge de travail du praticien en se chargeant du suivi des patients atteints de pathologies chroniques. Cependant, si une AM investit du temps et de l'argent dans une formation continue, il est normal qu'elle veuille aussi voir le résultat sur sa feuille de paie.

Et c'est ici que commencent les problèmes. Comment le médecin facture-t-il les prestations de sa CMA orientation clinique ? Sur ce point, les avis divergent : peut-on utiliser les positions tarifaires 00.1430/1410 « Traitement et prise en charge ambulatoires non médical de patients oncologiques, diabétologiques, hématologiques » ou 00.1370 « Prise en charge, suivi et surveillance au cabinet médical » ?

Compris dans le tarif – ou non ?

Alors que le service tarifaire de la FMH le déconseille, l'Association des médecins de famille et de l'enfance mfe a donné son accord. Les représentants des assureurs, Reto Egloff, président du comité directeur de la CPT, et Christoph Engel, responsable Achat des prestations de Visana, restent réservés quant à l'appréciation de cette question. Selon eux, l'indemnisation de la CMA est, d'une manière générale, comprise dans le tarif. Mais comme ce tarif ne correspond plus à la réalité, il est nécessaire d'agir. Dans la foulée, les représentants des caisses avertissent qu'au regard de la hausse des coûts de santé, au total, cela ne doit pas coûter plus. Pour R. Egloff et C. Engel, une prise en compte du travail des CMA dans le tarif n'est réaliste qu'aux conditions suivantes : s'il est démontré preuves à l'appui que cela ne conduit pas à un accroissement du volume des prestations et n'entraînera aucune hausse des coûts. Pour ce faire, il faudrait lancer un projet encadré scientifiquement réunissant médecins et assurances maladie.

Carlos Quinto, qui apporte le point de vue du département Santé publique et professions médicales de la FMH, souligne que la FMH est également pour une tarification appropriée des prestations des CMA. Le projet de révision du tarif TARCO prévoit quatre positions dans le domaine non médical. La position AM.0004 (« Prestations non médicales dans le cadre du chronic care délégué en cabinet, par période de 5 minutes ») convient tout spécialement pour les AM/CMA. Le fait que de nombreuses prestations des AM sont déjà prises en compte dans les positions concernant les médecins (via la Prestation Technique, PTI ou PT) ne facilite pas la création de positions tarifaires spécifiques.

Cinq résultats de la journée de réflexion

Un mot à propos de la journée de réflexion proprement dite : le président de la SMCB, Beat Gafner, a travaillé pendant des semaines à l'orientation thématique de cette journée, notamment en menant des entretiens préliminaires et en invitant des intervenants externes. Lui-même n'a malheureusement pas pu prendre part à cette journée de réflexion, en raison d'une hospitalisation non prévue survenue à cette période. De par les réunions antérieures, le comité de direction de la SMCB avait toutefois intériorisé son credo et savait ce qui importait au président : élaborer des recommandations concrètes pour le canton de Berne.

1. Faire connaître la profession de CMA

Dans le canton de Berne, le profil de la profession de CMA est encore trop peu connu des médecins. Pour cette raison, la SMCB informera ses membres dans les prochains mois sur les compétences et les domaines d'intervention des CMA. doc.be interviewera notamment Nicole Thönen de la SVA et s'entretiendra avec des médecins de leur expérience au quotidien en cabinet. Dans un second temps, il conviendra également d'informer les patients sur l'activité des CMA.

2. Sonder les possibilités tarifaires, lancer des projets

Pour que l'intervention des CMA en cabinet soit correctement prise en compte dans les tarifs, il faut disposer d'arguments fondés. A cette fin, la SMCB entend sonder les options tarifaires avec les assureurs. Une étude scientifique devra livrer, pour le canton de Berne, les bases empiriques concernant les conséquences de l'intervention de CMA. Il s'agit de déterminer dans quelle mesure les CMA peuvent contribuer à garantir les soins médicaux de base. Les assureurs, la SMCB et la SAP pourraient financer conjointement cette étude. L'étape suivante sera de convoquer une table ronde : y sont invités les deux assurances-maladie CPT et Visana, des réseaux de médecins, l'Association suisse des assistantes médicales en cabinet SVA et la SMCB. Il est prévu de faire appel à l'Institut bernois de médecine de premier recours BIHAM pour le suivi scientifique.



Afin de définir plus précisément le rôle et l'importance des CMA dans le domaine des soins médicaux de base, cinq champs d'action ont été élaborés lors de la journée de réflexion 2017 de la SMCB.

3. Recommandations salariales CMA pour 2019

Depuis les années 1990, les recommandations salariales pour les assistantes médicales ne font plus l'objet d'une publication nationale, mais sont émises par les sociétés cantonales de médecine. Ces recommandations servent de base aux entretiens de recrutement et aux négociations salariales. A partir de 2019, la SMCB veut en outre publier des recommandations salariales pour les CMA.

Sur la question de l'indemnisation tarifaire, les participantes et participants à la journée de réflexion sont d'accord sur le fait que la CMA ne doit pas facturer elle-même ses prestations à l'AOS. Une telle demande n'aurait aucune chance sur le plan politique. La facturation des prestations des CMA via le propriétaire du cabinet est en revanche souhaitée.

4. Encourager le travail d'équipe en cabinet (précision de la notion d'interprofessionnalité)

L'interprofessionnalité joue un rôle de plus en plus important dans le secteur de la santé. La coopération de différentes professions peut être un facteur positif permettant de garantir l'assurance qualité et le contrôle des coûts. On entend par profession au sens strict les métiers avec une formation initiale académique. Parmi leurs caractéristiques, on peut entre autres citer un savoir scientifique approfondi dans un domaine spécifique et une large autonomie dans l'exercice de la profession. La coopération

avec des professions non académiques telles que les CMA est à distinguer de la notion d'interprofessionnalité. La SMCB voit dans l'AM une co-équipière faisant partie intégrante de l'équipe du cabinet. Même si les médecins et les CMA ne collaborent pas au sens de l'interprofessionnalité, la SMCB est d'avis que les deux formes de coopérations peuvent aider à l'avenir à garantir les soins médicaux de base.

5. Définir les modes de financement de la formation

Manifestement, la nécessité de discuter du financement de la formation continue de CMA existe. L'idée d'un cofinancement par la SMCB est proposée. Ces CMA soutenues financièrement permettraient de constituer un pool auquel les membres de la SMCB pourraient recourir en cas de besoin. La SMCB va approfondir cette idée.

En conclusion, le train est en marche. La coordinatrice en médecine ambulatoire orientation clinique a le potentiel pour alléger la charge de travail du praticien et ainsi contribuer à garantir les soins médicaux de base. Pour ce faire, il y a toutefois encore quelques aiguillages à régler, la question tarifaire n'étant pas la moindre.

« L'ampleur de la demande nous a surpris »

Depuis février 2015, les assistantes médicales (AM) de Suisse peuvent suivre une formation continue pour devenir coordinatrices en médecine ambulatoire (CMA). Nicole Thönen, présidente centrale de l'Association suisse des assistantes médicales en cabinet SVA, et le docteur Marc Jungi, médecin principal du cabinet de groupe Sanacare à Berne, expliquent dans l'interview pourquoi la formation continue de CMA est rentable, tant pour le médecin que pour le patient et l'AM.

Entretien: Simone Keller, service de presse et d'information
Photo: Marco Zanoni

doc.be: Madame Thönen, le secteur de la santé est en pleine expansion, les offres de formation sont de plus en plus nombreuses. Une formation continue encore récente est celle de coordinatrice en médecine ambulatoire. Combien de personnes ont, à ce jour, suivi la formation?

Thönen: Jusqu'à l'été 2017, 116 personnes avaient réussi l'examen final à l'échelle de la Suisse, dont 17 dans le canton de Berne. Concernant les deux orientations – clinique et gestion – on constate une très nette tendance en faveur de l'orientation gestion qui est choisie presque deux fois plus souvent. Pour la prochaine session d'examen fin novembre 2017, nous avons déjà 90 inscriptions, dont 12 pour le seul canton de Berne. L'ampleur de la demande nous a surpris. Nous avons dû chercher de nouveaux locaux, ainsi que des expert(e)s aux examens francophones puisque, pour la première fois, nous formons des CMA francophones.

Concrètement, quelles sont les tâches d'une CMA?

Thönen: L'orientation clinique est axée sur le coaching de patients atteints de pathologies chroniques, telles que diabète, maladies cardiovasculaires, affections pulmonaires, ou le traitement de plaies. Coaching signifie atteindre certains objectifs définis conjointement avec le médecin. L'orientation gestion comprend l'administration et l'organisation d'un cabinet, par exemple la planification du travail et des congés ou la conduite d'une équipe d'AM. Ceci implique une hiérarchie claire au sein du cabinet: les médecins transmettent ce qu'ils souhaitent à la CMA qui répartit les tâches au sein de l'équipe d'AM.

Jungi: Dans notre cabinet, nous employons des CMA aussi bien d'orientation clinique que gestion. Nous appelons les CMA orientation cliniques des coaches, car ce terme représente quelque chose pour les patients. Pour ce coaching, je pourrais aussi embaucher quelqu'un avec une autre formation, par exemple une Advanced Practice Nurse. Pour moi, en tant que responsable d'un cabinet



Nicole Thönen et Marc Jungi en sont convaincus: l'intervention des CMA génère une valeur ajoutée pour toutes les parties prenantes.

de médecine de premier recours, l'avantage d'une CMA réside dans le fait que, d'une part, elle connaît déjà les patients et, d'autre part, que je peux toujours l'affecter comme AM. En dehors des heures de coaching, elle effectue les tâches d'une AM. Notre CMA orientation gestion conduit et dirige l'ensemble de l'équipe d'AM; de ce fait, elle me facilite le travail en tant que responsable de cabinet, également au niveau organisationnel.

Une AM ne peut-elle pas se charger de la gestion administrative d'un cabinet?

Thönen: Si, il est tout à fait possible qu'une AM dotée d'une longue expérience ait une fonction de cadre dans un petit cabinet.

«En tant que CMA, il faut être inventive.»

Nicole Thönen

C'est-à-dire qu'une AM dans un cabinet individuel n'a pas besoin de la formation continue?

Thönen: Non, je ne peux vraiment pas confirmer vos propos. La formation transmet beaucoup de connaissances supplémentaires utiles qui permettent à la CMA d'assister le médecin de manière optimale. Moi-même, je travaille depuis dix ans dans un cabinet de groupe comme AM d'encadrement. Comme je n'ai pas terminé l'orientation gestion, je souhaite au moins refaire certains modules.

Monsieur Jungi, vous avez dit qu'une CMA orientation clinique continue à effectuer des tâches d'AM. Comment cela se passe-t-il concrètement au quotidien?

Jungi: Chez nous, chaque CMA a ses heures de consultation fixes et travaille entre 20 et 40 % dans l'accompagnement des patients. Le reste du temps, elle travaille comme AM. Pour les consultations, les CMA disposent d'un espace spécialement aménagé pour le coaching et dans lequel les CMA peuvent entreposer leur matériel.

Thönen: C'est presque du luxe pour une CMA! Pour moi, c'est un peu différent: je range mon matériel dans une armoire et sur un chariot qui me suit dans la pièce libre où se déroulent mes séances de conseil. En tant que CMA, il faut être inventive. J'entends souvent les médecins dire qu'ils ne forment pas de CMA car il leur manque les pièces pour les séances. Je n'accepte pas cet argument – quand on veut, on peut!

Jungi: C'est vrai. Quand on veut vraiment, on trouve toujours des possibilités de développer des approches innovantes, même si, éventuellement, les conditions cadres ne sont pas forcément optimales. Car expérience passe science.

Pour quelles raisons les médecins ne veulent-ils pas former de CMA?

Thönen: Un autre argument, principalement dans les petits cabinets, est qu'il n'y a pas d'AM pendant les séances de la CMA. Personnellement, je pense que c'est en fait une affaire de planification.

Lorsque nous avons manqué de personnel dans notre cabinet, j'ai proposé de placer une fois par semaine mes séances le soir. J'ai ainsi pu continuer le coaching sans pour autant manquer dans l'équipe des AM. Les coûts sont également un sujet qui revient souvent. Tous les médecins ne sont pas disposés à cofinancer la formation continue. Mais je suis convaincue que cet investissement est rentable, car une CMA génère dans tous les cas une valeur ajoutée pour le cabinet.

« Cette formation continue me permet d'offrir une perspective à une AM motivée. »

Marc Jungi

Jungi: Je ne peux qu'approuver. Dans notre cabinet, les CMA, tant orientation clinique que gestion, nous allègent considérablement la tâche. Cependant, je mettrais un autre aspect en avant: cette formation continue me permet d'offrir une perspective à une AM motivée. Auparavant, j'ai perdu plusieurs bonnes collaboratrices car elles ne voyaient pas de possibilités d'évolution.

Quelle valeur ajoutée offrent les CMA aux patients ?

Thönen: Notamment dans les zones rurales, l'intervention d'une CMA peut avoir un effet positif pour les patients. Un exemple: un patient, plus très jeune, devrait se rendre chez un diabétologue en ville. Ce n'est pas si simple. Il est donc bien plus pratique qu'il puisse aller chez son médecin traitant pour y être suivi par une CMA.

Jungi: La plupart des patients réagissent positivement vis-à-vis des coaches et atteignent leurs objectifs de traitement. Même si les coaches transmettent en partie les mêmes informations que moi, le médecin, les patients les assimilent différemment.

Comment l'expliquez-vous ?

Thönen: Les CMA reçoivent une formation poussée sur la façon dont elles peuvent appréhender le patient et répondre de manière adéquate à ses besoins.

De plus, les coaches utilisent d'autres moyens que les médecins et les séances du coach sont en général plus longues. De cette façon, le traitement est fortement personnalisé.

Monsieur Jungi, ne vous sentez-vous pas menacé dans votre rôle de médecin ?

Jungi: Non, en aucun cas. Pourquoi devrais-je me sentir menacé ? A cet effet, il faut que le médecin reconsidère les rôles. Il doit accepter la CMA comme professionnelle avec des compétences et lui accorder en conséquence sa confiance. Au regard de la future pénurie de médecins de premier recours, il est à mon avis impératif de déléguer des compétences à d'autres professionnels.

À propos de rôles: Madame Thönen, comment avez-vous vécu le passage d'AM à CMA ?

Thönen: Je n'ai eu que des expériences positives. Je n'ai par ailleurs encore jamais entendu qu'une CMA aurait soudainement été confrontée à des problèmes au sein de son équipe, simplement du fait qu'elle soit devenue CMA ou cheffe d'équipe. Les autres AM du cabinet profitent de la CMA et apprennent beaucoup d'elle.

Jungi: Non seulement les AM, mais aussi les médecins apprennent des CMA. De temps en temps, nous organisons des formations en interne réalisées par les CMA – ainsi, tout le monde profite de leur savoir.

« Au regard de la future pénurie de médecins de premier recours, il est à mon avis impératif de déléguer des compétences à d'autres professionnels. »

Marc Jungi

Comment le rapport entre le médecin et les patients change-t-il ?

Jungi: Pour ma part, ce rapport ne change pas fondamentalement. Les CMA forment, avec le patient et moi-même, une seule équipe soignante. Je le

ressens comme un enrichissement, car j'apprécie énormément de travailler en équipe. Grâce à la communication intensive, je suis bien informé sur le déroulement du coaching. C'est très important, car je reste responsable de la gestion du cas. Et puis je remarque que les patients ressentent le fait d'être suivis par une autre personne comme une plus-value.

Quels sont les facteurs de réussite pour le travail d'équipe entre médecin et CMA ?

Jungi: Les responsabilités doivent être clairement définies et le médecin doit être disponible en cas de questions. C'est la seule façon d'éviter les erreurs.

Thönen: Confiance et communication intensive sont des prérequis essentiels. Au début, il est primordial d'échanger tous les jours. Cela signifie également que le médecin doit investir plus de temps. Cet échange personnel permet d'instaurer et de consolider la confiance.

« Confiance et communication intensive sont des prérequis essentiels. »

Nicole Thönen

Pour quelles raisons Sanacare a-t-elle décidé de former des CMA ?

Jungi: Nous nous considérons comme une entreprise innovante ayant la volonté d'élaborer des solutions pour le secteur de la santé. La pénurie de médecins s'est annoncée dès 2012. En outre, des études de l'OCDE faisaient apparaître pour la Suisse un potentiel d'optimisation dans le suivi des patients atteints de pathologies chroniques. C'est pourquoi nous avons étudié en profondeur la question des formes alternatives de suivi adaptées à nos patients. Pour nous, trois facteurs étaient essentiels: garantir une haute qualité, offrir une perspective d'évolution à nos collaborateurs et créer un système adapté au secteur de la santé actuel.

Coordinatrice/coordonateur en médecine ambulatoire

Depuis février 2015, les assistantes médicales peuvent suivre une formation continue pour devenir coordinatrice en médecine ambulatoire (CMA). Deux domaines d'intervention sont prévus pour les CMA. De ce fait, l'examen professionnel propose deux orientations distinctes :

1. Les CMA orientation clinique travaillent en cabinet médical et accompagnent, sous la supervision d'un médecin, des personnes souffrant d'une ou plusieurs maladies chroniques. Dans les relations avec les caisses maladie et les assureurs, elles peuvent intervenir comme cheffes de groupe dans le cadre du Case Management.
2. Les CMA orientation gestion allient expérience clinique médicale et savoir-faire en gestion. Au sein du cabinet médical, elles occupent une fonction de cadre et sont chargées de la gestion des ressources humaines, des revenus, du marketing et de l'assurance qualité. Dans les relations avec les caisses maladie et les assureurs, elles peuvent intervenir comme cheffes de groupe dans le cadre du Case Management.

La formation se présente sous forme de modules et se termine par le brevet fédéral. Pour plus d'informations : www.odamed.ch

La relève n'a que l'embarras du choix

Pour la dixième fois, l'Association suisse des médecins assistant(e)s et chef(fe)s de clinique (AMSAC) a informé en novembre les jeunes et futurs médecins sur les nombreuses facettes de la profession. De plus en plus souvent, les conditions de travail sont déterminantes dans le choix d'une spécialité ou d'un employeur. Pour la première fois, MEDIfuture proposait l'orientation de carrière.

Texte : Simone Keller, service de presse
t d'information

Photo : Marco Zanoni

Dès le début, Angelo Barrile, conseiller national et vice-président de l'AMSAC, lance un appel aux futurs médecins : « On parle souvent de nous dans le débat public, mais nous n'y participons que très rarement – il faut que cela change ! » Au parlement, il intervient en faveur des intérêts de son groupe professionnel. Avec la motion « Temps de travail dans les hôpitaux. Pas de retour aux conditions de travail du XIX^e siècle ! », il veut empêcher que les temps de travail dans les hôpitaux ne continuent de s'allonger. Car comme le montre l'enquête actuelle auprès des membres de l'AMSAC, plus de la moitié des médecins assistant(e)s et chef(fe)s de clinique travaillent dans les hôpitaux davantage que le plafond légal.

Marcel Marti, responsable Politique et communication de l'AMSAC, développe les résultats de l'enquête : pour un poste à temps plein, les médecins assistants et chefs de clinique assurent un service de presque 56 heures par semaine, alors que le maximum autorisé est de 50 heures. Les heures fournies en plus ne sont très souvent pas signalées. La moitié des participants à l'enquête se sentent souvent ou la plupart du temps fatigués, un tiers même épuisés. Ceci n'est pas sans conséquence et peut avoir des effets négatifs sur la sécurité des patients. Vient s'y ajouter le fait que les médecins des hôpitaux ne consacrent désormais plus qu'un tiers de leur temps de travail aux malades. Le

reste disparaît dans des tâches administratives. L'AMSAC entend mettre fin à cette tendance et propose des solutions concrètes dans sa campagne « Plus de médecine, moins de bureaucratie ». L'une d'entre elles serait notamment de déléguer les tâches administratives à d'autres professions. L'AMSAC cite en exemple le codage des prestations fournies ou dicter les diagnostics.

Créer soi-même les postes à temps partiel

Cette année, l'édition de MEDIfuture attire plus de 300 participants de tout le pays dans la Champions Lounge du Stade de Suisse. Un coup d'œil sur la queue à l'entrée révèle une chose : l'avenir de la médecine est féminin. Selon l'Office fédéral de la statistique, les étudiants en médecine humaine étaient en 2016 majoritairement des femmes, 6106 contre 4392 hommes.

Le nombre croissant de médecins femmes modifie les exigences envers l'employeur et le poste. « Le partage de poste est-il possible en chirurgie ? » demande Lea Stoll, cheffe de clinique en chirurgie viscérale au Claraspital de Bâle. Son explication : quand on veut avoir un enfant et faire carrière comme médecin, il faut faire preuve d'un énorme engagement. Comme Lea Stoll voulait concilier son souhait d'avoir un enfant et son objectif professionnel, devenir chirurgienne, elle a créé elle-même son poste à temps partiel. Elle partage aujourd'hui son poste avec une collègue. Les deux chirurgiennes alternent d'une semaine à l'autre, mais restent joignables durant la semaine où elles ne travaillent pas. Car une communication intensive est l'alpha et l'oméga.



La brochure publiée par la SMCB «Un cabinet médical qui roule!» est très appréciée des jeunes médecins. Elle leur propose des informations concernant la création ou la reprise d'un cabinet.

Tout n'est pas planifiable

Lea Stoll est convaincue qu'à l'avenir, de tels modèles de travail seront davantage recherchés: «Il faut plus de postes à temps partiel, également pour les hommes. Cela signifie que nous devons reconsidérer le rôle du chirurgien homme travaillant à plein temps.» Aux femmes, elle donne le conseil suivant: «Soyez inventives et ayez toujours un plan B et un plan C à disposition.»

Oliver Kummer, spécialiste en gastroentérologie et en médecine interne générale, sait parfaitement que les plans ne sont pas toujours fiables. Au cours de sa carrière, plusieurs projets se sont terminés tout autrement que prévu et bien souvent il a eu le sentiment d'être le jouet de puissances supérieures. Par exemple, une étude à laquelle Oliver Kummer devait collaborer a été interrompue prématurément parce que l'un des volontaires était décédé. Il vise avec ses exemples à ce que le public prenne conscience que tout n'est pas planifiable, mais que c'est bien ainsi.

Mandelbärli et autres «petits cadeaux»

Outre les exposés et les discussions, un riche programme est proposé aux participants: une quarantaine d'exposants informent sur leur institution et se tiennent à disposition pour les questions et des entretiens. Les employeurs potentiels cherchent à s'attirer les faveurs des jeunes médecins avec divers «petits cadeaux». La SMCB est également présente comme représentante bernoise des associations professionnelles. Sur la bache tendue et bien éclairé, l'ours de la SMCB tente d'attirer l'attention

des participants sur l'organisation corporative qui distribue à l'occasion de délicieux mandelbärli bernois. Pour le vice-président de la société des médecins bernois, Rainer Felber, l'échange avec les futurs médecins est enrichissant et nécessaire: «Avec notre stand, nous nous engageons pour la promotion de la relève. Nous répondons aux questions concernant la profession de médecin et notamment l'ouverture d'un cabinet.»

Dynamique numérique sans limite ?

Tissus biologiques imprimés en 3D, médicaments personnalisés, mesure des données vitales via le smartphone : la numérisation ouvre d'innombrables champs d'application en médecine. Cependant, si l'on ne tient pas compte des besoins des patients, les innovations technologiques ne s'imposeront pas. C'est ce qui ressort du congrès de l'association des hôpitaux Hplus de cette année.

Texte : Markus Gubler, service de presse et d'information

Photo : Hplus Kongress, zvg

Hacking Healthcare : le titre de l'exposé d'introduction lors du congrès de l'association des hôpitaux Hplus semble condamnable. Cependant, l'intervenant rassure l'auditoire dès les premières minutes. Le docteur Stephan Sigrist, fondateur et directeur du think tank W.I.R.E, n'entend pas par piratage l'attaque criminelle du secteur de la santé et de ses organisations. Il s'agit bien plus de décomposer le système en ses différents éléments. Cette approche est nécessaire si l'on veut mieux comprendre les processus de la numérisation. Depuis de nombreuses années, S. Sigrist analyse les évolutions interdisciplinaires dans l'économie, la science et la société et travaille en priorité sur les conséquences de la numérisation.

La numérisation est le fruit de l'homme. Plus exactement, elle est le produit d'innovations techniques. Des individus et des organisations développent des technologies et génèrent en cela des données, utilisent des capteurs, mesurent le comportement humain, traitent ces données et les stockent de manière centralisée ou décentralisée. Selon la logique de S. Sigrist, la technologie constitue la base d'où émergent différentes possibilités d'application pour les organisations et individus.

Automatiser, virtualiser, connecter et réaliser

Stephan Sigrist distingue quatre dimensions différentes : automatiser, virtualiser, connecter et

réaliser. Et il livre aussitôt des exemples concrets : les processus automatisés permettent déjà maintenant aux patients de mesurer leurs données vitales avec le smartphone. Les cliniques testent des fauteuils roulants autopropulsés qui conduiraient les patients chez le médecin traitant par le chemin le plus direct. Des robots désinfectent les salles d'opération à la lumière ultraviolette. Les chirurgiens et les orthopédistes procèdent à des opérations-tests dans une salle virtuelle et perfectionnent ainsi leur savoir-faire. Les réalités virtuelles ont un effet positif sur la sensation de douleur chez les patients souffrant de douleurs chroniques. S. Sigrist présente en outre divers réseaux où les patients échangent via des applications leurs connaissances et expériences sur les maladies. Bientôt, il sera possible de produire des tissus biologiques ou des organes humains avec une imprimante 3D. La numérisation, S. Sigrist en est convaincu, offre une médecine plus efficace, d'une meilleure qualité et plus indépendante. Elle ouvre de nouvelles approches thérapeutiques et d'accompagnement exigeant moins de personnel. S. Sigrist parle même de la transition vers une médecine prédictive. À l'avenir, les données des patients feront partie intégrante du diagnostic médical et constitueront la base pour leur accompagnement et leur suivi thérapeutique. Si l'on suit les partisans de la numérisation, nous serions au seuil du système de santé parfait. S. Sigrist relativise toutefois quelque peu. Il n'y a encore qu'un nombre restreint de fournisseurs à avoir accès à des données répondant aux critères de qualité. Les difficultés techniques ne sont pas encore résolues. « Nous produisons beaucoup plus



A l'avenir, les données des patients feront partie intégrante du diagnostic médical et constitueront la base pour leur accompagnement et leur suivi thérapeutique. Le docteur Stephan Sigrist, fondateur et directeur du think tank W.I.R.E, en est convaincu.

de données que nous ne pouvons en stocker». Et pour le patient, l'évolution va trop vite. Il est dépassé. La croyance aveugle en la faisabilité de la technique masque les risques. Selon S. Sigrist, les technologies conduisent à une déshumanisation de la médecine. Dans ce scénario, l'empathie et le relationnel se perdent de plus en plus. C'est pourquoi Stephan Sigrist plaide pour une meilleure prise de conscience des besoins des patients, même s'ils peuvent être parfois contraires à l'intérêt médical. Ce n'est pas ce qui est techniquement faisable qui doit être mis en avant, mais ce qui, en fin de compte, sert le patient. Stephan Sigrist en appelle aux décideurs. Une vision réaliste du système de santé est nécessaire. Il recommande d'initier les changements par petites étapes. Justement : en piratant le système de santé !

Compétences en management numérique

Pour des entreprises telles que Novartis, technologie et numérisation offrent d'innombrables opportunités en termes de nouveaux modèles économiques, explique le docteur Monika Jänicke, CEO Novartis Suisse. Le comportement des consommateurs évolue à une très grande rapidité, passant de l'analogique au numérique. De nouveaux acteurs arrivent sur le marché, occupant tout d'abord des niches puis devenant des leaders mondiaux grâce à leur agilité. Pour Monika Jänicke, Apple, Facebook et Amazon en font partie. Il s'agit de tirer les leçons de ses *success stories*, car notre santé se numérise aussi de plus en plus. Les patients veulent communiquer et assumer la responsabilité en toute autonomie. Chez Novartis, le patient a toujours été

au cœur des activités. «En 2016, nous avons touché un milliard de patients avec nos produits.» Mme Jänicke considère l'innovation comme une compétence clé de son entreprise et voit Novartis comme un pionnier de la numérisation. Outre des microcapteurs dans les comprimés, le géant pharmaceutique travaille actuellement en coopération avec Google au développement de lentilles de contact pourvues de microprocesseurs. Ces lentilles corrigent non seulement les défauts de la vue, mais surveillent également le taux de glycémie des patients diabétiques. Pour ce faire, les processeurs analysent en permanence la composition du liquide lacrymal. Des innovations telles que celle-ci comportent des risques, souligne Monika Jänicke. Novartis investit des milliards dans la recherche et le développement – à l'issue incertaine. Novartis espère réaliser avec la numérisation d'importants gains de productivité lors du développement de médicaments. Son entreprise dispose d'un million de données de patients provenant de 3000 études qui, pour l'instant, n'ont pas encore été traitées de manière systématique, confie Mme Jänicke. Par ailleurs, Novartis investit dans des projets tels que Science 37 dans le but de créer des environnements hospitaliers virtuels mondiaux où les patients pourraient participer à des études cliniques. Si l'on trouvait plus rapidement des volontaires appropriés, cela réduirait considérablement les coûts de recherche et de développement, explique Mme Jänicke. De société pharmaceutique, Novartis se transforme de plus en plus en une entreprise se basant sur les données informatiques, ce qui se répercute sur l'organisation. «Nous devons nous défaire des structures hiérarchiques de management

et promouvoir de nouvelles culture de collaboration.
From me to we.»

La numérisation aide à guérir

Dans le cadre d'un engagement sociétal d'IBM Allemagne en Afrique, Bart de Witte devait mettre en place un registre des cancers du col de l'utérus en association avec l'OMS. Mais l'actuel directeur du département Digital Health d'IBM Allemagne a été obligé de repartir les mains vides. L'argent pour le dépistage du HPV et les diagnostics de laboratoire manquait. Rien qu'en Afrique, plus de 58000 femmes meurent tous les ans d'un cancer du col de l'utérus. Pour Bart de Witte, ces décès peuvent être évités. Grâce à la numérisation et à l'apprentissage automatique. IBM investit dans des ordinateurs superpuissants et l'intelligence artificielle. Elle utilise Big Data afin de laisser les machines apprendre. Il en résulte des algorithmes d'apprentissage toujours plus affinés dont la performance est supérieure à celle du cerveau humain. Selon M. de Witte, l'apprentissage automatique offre de nouvelles perspectives en termes de tableaux cliniques, notamment avec l'imagerie et la reconnaissance d'images. IBM a développé pour les smartphones un dépisteur de mélanomes qui détecte les cellules de cancer de la peau mieux que les dermatologues. Toutefois, l'objectif n'est pas de remplacer les médecins, mais de faire collaborer l'homme et l'algorithme. Les algorithmes doivent assister les médecins dans leur travail et améliorer la qualité du diagnostic et du traitement. A la fin de la première partie de son exposé, Bart de Witte se tourne à nouveau vers l'Afrique. L'innovation technique a désormais atteint un niveau qui permet de détecter le papillomavirus humain chez les femmes à l'aide d'un procédé d'imagerie. Outre la caméra, un smartphone et une connexion suffisent, explique B. de Witte. Coût de l'examen : cinq centimes. L'effet secondaire de ces examens à grande échelle est que le registre des cancers se met en place quasiment de lui-même.

Economie de plateforme

Selon Bart de Witte, la numérisation du secteur de la santé requiert une nouvelle façon de penser : il faut penser en plateformes. Les plateformes remplacent de plus en plus la main invisible comme principe d'organisation du marché. Cela exige de nouvelles stratégies commerciales. La pensée en réseau et la faculté de pouvoir jouer avec les réseaux deviennent de plus en plus importantes. Celui qui est étonnamment simple, attirera les clients sur sa plateforme et laissera la concurrence derrière lui. B. de Witte décrit l'image d'une boucle sans fin positive : la plus-value pour les clients existants augmente avec chaque nouvel utilisateur de la plateforme. De ce fait, la plateforme reçoit de nouvelles données qui permettent à l'exploitant d'améliorer l'algorithme pour attirer encore plus de nouveaux clients. L'économie de marché et les structures existantes en termes de soins médicaux ne s'excluent pas, B. de Witte en est convaincu. «Il s'agit d'utiliser de manière ciblée la recherche

actuelle, le personnel médical, le savoir médical présent ainsi que les réseaux de patients». A la fin de son exposé, Bart de Witte présente la façon dont IBM Allemagne accompagne les hôpitaux dans leurs démarches vers une plateforme. IBM Allemagne a conclu un partenariat avec le centre hospitalier universitaire du Schleswig-Holstein et créé un pôle d'innovation. Ce dernier doit servir de marché pour les innovations numériques et faire avancer certains projets tels que la chirurgie robotique ou la clinique sans clavier.

Un manifeste numérique pour la Suisse

La Suisse, l'Europe sont-elles préparées à cette révolution industrielle ? Fathi Derder, conseiller national PLR et membre du comité de direction de DigitalSwitzerland, brosse un portrait contradictoire de la Suisse. D'un côté, la Suisse se trouve en tête de l'actuel classement de l'indice mondial de l'innovation, de l'autre elle ne met pas, comparativement aux autres pays, suffisamment de capital-risque à disposition afin de financer les jeunes startups innovantes. A défaut d'alternatives, la Suisse devrait en fait miser systématiquement sur l'innovation, le savoir et la recherche. C'est la raison pour laquelle DigitalSwitzerland, l'initiative du Conseil fédéral et de l'économie en faveur de la Suisse, a rédigé un manifeste numérique, déclare F. Derder. Si l'on veut attirer les meilleurs talents en Suisse, il faut plus de capital-risque, des budgets de recherche plus importants et moins de réglementations concernant la création d'entreprise.

Les quelque 400 participants au congrès, qui s'est tenu au Kursaal de Berne, ont eu droit à un programme très varié. Outre les passionnés exposés en plénière, les nouvelles Knowledge Lounges interactives ont rencontré un écho positif. Elles ont contribué à intensifier le dialogue et l'interaction entre les participants et les experts, bien davantage que ne le permettaient les anciens ateliers, nous indique l'organisateur en réponse à notre question. Il tire un bilan positif : «Le congrès H+ 2017 fut un succès.»

L'article est paru dans le numéro 2/17 de VLSS Info. Nous le reproduisons avec l'aimable autorisation du magazine.

Nouveau tarif à la minute et nouveau numéro de téléphone

A la mi-novembre 2017, la centrale d'appels d'urgence des médecins MEDPHONE a dû augmenter le tarif à la minute pour ses services de conseil médical et d'intermédiaire dans le canton de Berne. La raison réside dans les actuelles mesures d'austérité du canton. Pour les clients disposant d'un compte prépayé, MEDPHONE a activé un nouveau numéro de téléphone.

Texte : Markus Gubler, service de presse et d'information

Jusqu'à présent, le canton de Berne subventionnait la centrale d'appels d'urgence MEDPHONE avec 200000 francs par an. Suite aux mesures d'économies, cet engagement n'est pas renouvelé. De ce fait, MEDPHONE a été obligé d'augmenter le tarif à la minute qui passe de 1.98 à 3.23 francs.

Désormais, les appelants bénéficient de temps d'attente non facturés. Si toutes les conseillères sont occupées, l'appel bascule dans une boucle d'attente gratuite jusqu'à ce qu'une collaboratrice devienne libre. Ceci est possible grâce aux nouveautés techniques de Swisscom.

Une autre innovation concerne les clients avec un compte prépayé. Jusqu'à présent, leurs appels étaient refusés par les serveurs de Swisscom et ne pouvaient pas être transmis à MEDPHONE. Ceci change dès le début de novembre 2017, MEDPHONE installant un numéro de téléphone, 0900 57 64 48, spécialement pour les utilisateurs avec compte prépayé. Les services de conseil via ce numéro, un numéro 0900 au tarif industriel, sont facturés 3.50 francs la minute.

MEDPHONE fait tout son possible pour proposer ses prestations au meilleur prix. Les frais d'exploitation de MEDPHONE sont à 75 % à la charge du corps médical. 25 % sont financés par

le tarif à la minute ainsi que des prestations pour des tiers. MEDPHONE coordonne par exemple l'assistance technique pour toute la Suisse de Fresenius Kabi, le fournisseur d'alimentation par sonde et perfusion. Afin que la centrale d'appels d'urgence soit encore plus attractive pour ce dernier, MEDPHONE a refondé son site Internet sur le plan technique et optique. Tant les patients que les clients trouvent désormais www.medphone.ch plus rapidement, car le site a également connu une optimisation du référencement.

Depuis la création de MEDPHONE en 2004, le volume des appels a plus que quintuplé. Actuellement, nous traitons environ 130000 appels par an. Les conseillères assurent le service d'urgence 365 jours par an et 24/24h. Elles disposent toutes de plusieurs années d'expérience dans différentes professions de la santé. Des investissements techniques réguliers garantissent le bon fonctionnement de cet important dispositif ainsi que la sécurité des données des patients cherchant de l'aide.

Réinsertion dans la vie active pas à pas

De nombreux médecins, hommes et femmes, éprouvent des difficultés à réintégrer la vie professionnelle après une pause pour raisons familiales. Pour cette raison, l'association medical women switzerland (mws) lance le projet « Etrier » et recherche des candidats et candidates intéressés.

Texte : Simone Keller, service de presse et d'information

Une étude publiée par l'AMSAC révèle qu'environ 10 % des médecins ne travaillent plus dans le domaine curatif quelques années seulement après avoir terminé leurs études. Cependant, selon une enquête de mws, les femmes médecins notamment aimeraient travailler avec des patientes et patients. C'est pourquoi l'association a lancé le projet « Etrier » : « Nous souhaitons réduire le manque de personnel médical en soins médicaux de base et encourager les nombreux médecins spécialistes en médecine interne générale ayant entièrement ou presque terminé leur formation, qui, pour des raisons familiales, ont dû interrompre leur activité, à oser se lancer dans la médecine de premier recours », explique Marianna Bodenmann-Zanetti, l'une des initiatrices et membre du comité de direction de mws.

Prendre en compte les besoins particuliers

Le projet s'inspire du programme d'assistantat au cabinet et propose un emploi à 50 % pendant un an. Cette période peut être comptabilisée pour la formation de médecin spécialiste au cas où il ne manque plus que six mois au candidat pour terminer sa formation. Le programme prend en compte les besoins particuliers des candidats à la réinsertion en proposant, outre les cours habituels dans le cadre des assistantats au cabinet, un coaching de groupe ou individuel. Lors des réinsertions professionnelles, le manque d'estime de soi constitue en effet le principal obstacle. Les médecins formateurs, spécialement formés à cette fin, apportent leur soutien aux candidats également dans d'autres domaines, tels que le manque de routine, l'évolution rapide des connaissances ou bien en cas de difficultés liées à la garde des enfants. Ce coaching spécifique vise à permettre une réinsertion réussie dans la profession.

Le projet pilote démarre en mars 2018 et est prévu tout d'abord sur trois ans. Divers cabinets formateurs se sont déjà manifestés, il manque encore des candidat(e)s intéressé(e)s. L'Institut d'enseignement médical de Berne supervise l'évaluation scientifique. Après la phase pilote, les résultats seront mis à la disposition de toutes les sociétés professionnelles pour les programmes ultérieurs. Cela devrait permettre que, sur le long terme, moins de médecins quittent la profession ou la réintègrent après une pause pour raisons familiales.

Le projet

Avec le projet « Etrier », l'association medical women switzerland, en association avec le groupe Medbase, promeut la réinsertion professionnelle dans le domaine des soins médicaux de base après une pause pour raisons familiales. Il est soutenu par l'Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue (ISFM), la Fondation pour la Promotion de la Formation en Médecine de Famille (FMF) ainsi que la Société Suisse de Médecine Interne Générale. Le prérequis pour prendre part au projet est d'avoir achevé (ou presque) une formation postgrade de médecin spécialiste en médecine interne générale, et d'être intéressé par la reprise d'une activité professionnelle dans le domaine des soins médicaux de base après une pause familiale. Les personnes intéressées peuvent contacter Marianna Bodenmann-Zanetti : marianna.bodenmann@medicalwomen.ch. Pour plus d'informations : www.medicalwomen.ch.

Ort der Taten: in der Laborzukunft angekommen.

Seien Sie gespannt.
Wir sind es auch.

Medics jetzt an der
Südbahnhofstrasse 14c
in Bern.



Medics Labor AG
www.medics.ch

professionell
und persönlich

DER SPRUNG IN DIE ZUKUNFT

Neue Perspektiven: Mit der Ärztekasse ist der Wechsel
zur elektronischen Krankengeschichte und Agenda einfach
und kostengünstig.

Beratung + Service + Software +
Schulung = Ärztekasse
www.aerztekasse.ch

A **K** ÄRZTEKASSE
CAISSE DES MÉDECINS
C **M** CASSA DEI MEDICI

Calendrier 2018

Société des Médecins du Canton
de Berne

1 mars

Assemblées des cercles médicaux,
pour tout le canton

15 mars

Assemblée des délégués,
l'après-midi

24 avril, 14 h

PME bernoises, assemblée ordinaire
des délégués, session de printemps

3 mai

Chambre médicale FMH, journée
complète à Bienne

7 juin

Conférence élargie des présidents
(président(e)s des cercles médicaux
et des sociétés spécialisées),
l'après-midi

14 juin

Assemblées des cercles médicaux,
pour tout le canton

16 août

Journée de réflexion, comité de
direction

20 septembre

Conférence élargie des présidents
(président(e)s des cercles médicaux
et des sociétés spécialisées)

17 octobre, 17 h

PME bernoises, assemblée ordinaire
des délégués, session d'automne

18 octobre

Assemblée des délégués,
l'après-midi

25 octobre

Chambre médicale FMH, journée
complète à Bienne

15 novembre

Assemblées des cercles médicaux,
pour tout le canton



B E K B

B C B E

Nouveau: fonds Prévoyance BCBE

Des formules
judicieuses et durables

Souscrivez
sans tarder
gratuitement
Pas de droits
de garde

bcbe.ch