



doc.be

Le magazine de la
Société des Médecins
du Canton de Berne

N°2
avril 2018

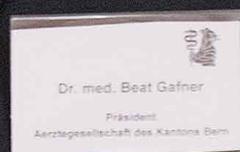


Sujets de cette édition

**Rapport annuel du
président pour 2017**

**Régulation des
admissions – quelle suite ?**

La médecine intelligente



Pas à pas vers le dossier électronique du patient



Trois exemples d'améliorations ou de précisions obtenus au comité consultatif eHealth Suisse, le centre de compétence et de coordination de la Confédération et des cantons, à propos du rapport « Stratégie Cybersanté Suisse 2.0 2018–2022 » du 1^{er} mars 2018 (www.e-health-suisse.ch)

Auparavant : les systèmes d'indemnisation et les structures tarifaires traduisent de manière appropriée les changements (coûts et augmentation de l'efficacité) qu'entraîne la numérisation.

Après : les acteurs responsables des structures tarifaires et des tarifs s'assurent que les économies et les coûts supplémentaires engendrés par la numérisation s'inscrivent dans les indemnisations.

Auparavant : avec ses instruments existants de promotion de l'innovation, la Confédération contribue au perfectionnement des systèmes primaires.

Après : avec ses instruments existants de promotion de l'innovation (par ex. Innosuisse), la Confédération peut soutenir le perfectionnement des systèmes primaires.

Auparavant : les institutions de soins et les associations professionnelles utilisent les instruments existants ou en créent de nouveaux, axés sur la pratique afin d'aider les professionnels de la santé à employer la numérisation de manière efficace dans leur travail quotidien (par ex. dans le cadre de l'assurance qualité). A cet effet, eHealth Suisse met les bases à disposition.

Après : eHealth élabore, avec les institutions de soins et les associations professionnelles, des bases leur permettant d'utiliser des instruments axés sur la pratique et interprofessionnels, existants ou susceptibles d'être créés, dans le but d'aider les professionnels de la santé à employer la numérisation de manière efficace dans leur travail quotidien (par ex. dans le cadre de l'assurance qualité).

Vous trouverez d'autres exemples et réponses aux questions les plus fréquentes dans le prochain numéro de doc.be. Pour tout le monde, le chemin menant à un DEP fonctionnel est encore très long, sinueux et pierreux. Mais il faut quand même l'emprunter pour ne pas perdre l'objectif des yeux !

Dr Beat Gafner

Représentant de la Conférence des sociétés cantonales de médecine CCM au sein du comité consultatif eHealth Suisse

Contenu

- 5 Des adieux et une valse**
Après huit ans d'engagement intensif, Beat Gafner passe le relais.
- 6 Décisions de l'Assemblée des délégués du 15 mars 2018**
Outre les ordres du jour statutaires, les délégués de la SMCB ont adopté plusieurs changements de personnel.
- 7 Rapport annuel du président pour 2017**
Quelles étaient les préoccupations de la Société des Médecins du Canton de Berne l'année dernière ?
- 13 Nouvelles têtes et vieux défis**
Avec Esther Hilfiker, Linda Nartey et Mark Kobel, ce sont trois nouveaux visages qui occupent des hautes positions dans le secteur de la santé bernois.
- 14 Régulation des admissions – quelle suite ?**
Fin 2019, la régulation actuelle des admissions de médecins libéraux prend fin. Qu'a apporté l'actuel règlement ?
- 18 Pourquoi moins est parfois plus**
Le temps d'un changement de perspective est venu : se focaliser moins sur les coûts et plus sur la qualité du traitement.
- 20 Soins de premier recours pour les demandeurs d'asile**
Un témoignage de Dr Hansueli Albonico.
- 22 Considérations sociologiques vues de lits d'hôpitaux suisses et allemands**
Les sociologues Ulrich Oevermann et Marianne Rychner expliquent comment les structures organisationnelles et les régimes de financement entravent la logique d'action des médecins.
- 26 Appel à participer à une étude de médecine de premier recours**
Des participant(e)s à une étude sont recherchés. Celle-ci porte sur l'amélioration du diagnostic de la pneumonie à l'aide de la procalcitonine et de l'échographie des poumons.

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, Bern; impression: Druckerei Hofer Bümpliz AG, 3018 Berne; photo de couverture: Hansueli Schärer



Des adieux et une valse

Texte : Sandra Küttel et Rainer Felber
Photo : Hansueli Schärer

On n'est pas habitué à une telle coulisse sonore lors de l'Assemblée des délégués. Des haut-parleurs retentit la valse « Suite pour orchestre de jazz n° 2 » du compositeur russe Dimitri Chostakovitch. C'est l'un des morceaux préférés du président sortant qui dirige sa dernière assemblée des délégués. Spontanément, une déléguée se lève et invite le président à danser. On ne peut imaginer plus beaux adieux !

Depuis son entrée en fonction le 1^{er} avril 2010 jusqu'au dernier jour sur ce fauteuil, le président de la SMCB Beat Gafner s'est consacré corps et âme à sa tâche. Son engagement était énorme, sa maîtrise des dossiers phénoménale. Il connaissait les moindres détails de tous les sujets touchant à la politique corporative.

Il appliquait sa devise « Nul n'est le serviteur de quelqu'un d'autre qui peut être son propre maître » (Paracelse) depuis qu'il faisait de la politique corporative. Beat Gafner s'engageait pour que la profession de médecin soit libérale, indépendante et libre.

La solidarité lui tenait à cœur : entre les médecins femmes et les médecins hommes aussi bien qu'entre les médecins de premier recours et les spécialistes, les jeunes et les plus âgés ou les médecins de ville et de campagne. Il martelait inlassablement que c'est uniquement ensemble que nous pourrions obtenir des résultats et il se désolait de la fragmentation croissante au sein du corps médical. Beat Gafner acceptait le débat. Même dans les discussions les plus tendues, il se battait à visage ouvert et gardait toujours son fair-play. Il lui importait de se séparer en bonne intelligence, aussi houleux que fussent les débats.

La promotion des femmes lui tenait aussi énormément à cœur : dès le début de sa présidence, il lança un projet visant à nommer davantage de femmes dans les instances. Et 2018, il est le premier président dans l'histoire bicentenaire de la SMCB à passer le relais à une femme.

Ses mérites pour le corps médical sont multiples : si aujourd'hui nous avons toujours la même valeur de point, contrairement à la plupart des cantons, et ne sommes pas menacés par une résiliation, nous le devons aux combats que Beat Gafner a menés au cours des huit dernières années. Durant la fusion de l'Hôpital de l'Île et de Spital Netz Bern, il existait des plans concrets d'abandon de sites à la périphérie. Beat Gafner s'est investi avec véhémence afin que les soins médicaux primaires puissent être maintenus en tant que prestation essentielle au sein du groupe Insel et que les hôpitaux des régions périphériques ne soient pas fermés. Son activité au sein des PME bernoises lui a permis de faire parvenir au Grand Conseil des informations capitales portant sur les thèmes de la politique de la santé.

Le programme d'assistantat au cabinet médical a également profité de ses relations politiques. En novembre, le Grand Conseil a approuvé une augmentation des places d'assistantat au cabinet, désormais au nombre de 35, ainsi qu'un fonds devant permettre de réduire les cotisations aux charges salariales pour les cabinets formateurs défavorisés. D'une manière générale, il attachait une importance toute particulière à la promotion de la relève. Ainsi, la participation de la SMCB comme unique société cantonale de médecine avec son propre stand à MEDIfuture, le congrès annuel de carrière de l'ASMACH pour les futurs et jeunes médecins, avait sa place réservée au programme annuel.

Au niveau national, Beat Gafner a essentiellement contribué à ce que la voix de la SMCB soit entendue, que ce soit à la Chambre médicale et à l'assemblée des délégués de la FMH, à la Conférence des Sociétés Cantionales de Médecine ou dans les projets MARS.

En signe de reconnaissance de son engagement pour le bien de l'association, les délégués ont décidé à l'unanimité de lui décerner le titre de membre d'honneur. Tel est le couronnement d'une assemblée des délégués particulière et d'une ère Beat Gafner bénéfique à bien des points de vue.

Décisions de l'assemblée des délégués

Lors de la première assemblée de l'année du 15 mars 2018, les délégués ont surtout approuvé des affaires statutaires.

Texte: Thomas Eichenberger, secrétaire juridique

1. Approbation des comptes annuels 2017

À l'unanimité

2. Décharge au comité cantonal pour l'exercice 2017

À l'unanimité

3. Fixation des cotisations des membres pour 2018

Comme jusqu'à présent, à savoir:

Catégorie 01
(membre indépendant, engageant sa responsabilité personnelle, avec autorisation de pratiquer)
Fr. 1'070.–

Catégorie 02
(membre salarié avec un statut de cadre)
Fr. 600.–

Catégorie 03
(membre salarié sans statut de cadre et ne se trouvant pas en formation postgrade)
Fr. 400.–

Catégorie 04
(membre en formation postgrade FMH)
Fr. 300.–

Catégorie 05
(membre domicilié et exerçant à l'étranger)
Fr. 150.–

Catégorie 06
(membre ne travaillant actuellement pas comme médecin)
Fr. 150.–

Réduction ROKO
Fr. 300.–

Réduction livraison de données (PonteNova)
Fr. 400.–

À l'unanimité avec 1 abstention

4. Adoption du budget 2018

À l'unanimité

5. Compétence octroyée au Comité cantonal d'exiger au besoin Fr. 100.– de chaque membre exerçant en libéral et Fr. 50.– de chaque membre salarié en vue d'alimenter le fonds dédié aux relations publiques.

À l'unanimité avec 1 abstention

6. Elections

a)
Election de l'organe de révision Hans Siegenthaler AG, Treuhand und Revisionen, Laupen

À l'unanimité

b)
Election d'un nouveau vice-président Dr François Moll

À l'unanimité avec 2 abstentions

c)
Election d'un nouveau délégué à la Chambre médicale Dr Beat Gafner

À l'unanimité*

d)
Election d'un nouveau membre du comité de direction Dr Doris Zundel-Maurhofer

À l'unanimité

e)
Nomination d'un membre d'honneur Dr Beat Gafner

À l'unanimité

* sous réserve du consentement de l'assemblée générale du CM Berne Regio

Rapport annuel du président pour 2017

Beat Gafner passe l'année écoulée en revue. Il souhaite à tous les nouveaux au sein du comité directeur de la SMCB, et plus particulièrement à la nouvelle présidente Esther Hilfiker, une bonne portion de fermeté et de ténacité dans la poursuite de leurs objectifs.

Texte: Beat Gafner

Photo: iStockphoto (p. 9), Martin Bichsel (p. 11)

Le monde eHealth, le groupement d'intérêts BeHealth et la numérisation, des attentes débordantes et des réalités modestes

On peut estimer que la numérisation ne nous concerne guère pour l'instant en tant que médecins du domaine ambulatoire, puisque les prestataires ambulatoires bénéficient de la liberté illimitée (?) d'entrer ou non dans la ronde des utilisateurs du dossier fédéral du patient. Je suis toutefois convaincu que la SMCB doit dès à présent créer les conditions qui offriront à l'avenir le plus de marges de liberté possible au corps médical pour que chacun d'entre nous puisse décider avec quels partenaires, communautés et communautés de référence, sociétés d'exploitation et sur quelles plateformes il entend participer à la réalisation du dossier électronique du patient (DEP). Aujourd'hui, eHealth, c'est: un splendide fronton – des piliers incomplets et branlants – des fondations instables et inachevées!

Mon «eCredo»:

1. Intégration sans entrave du corps médical libéral dans les communautés et communautés de référence. Sans entrave signifiant sans restrictions cantonales ou ayant trait à la spécialité;

2. Des mesures incitatives pour implanter des systèmes informatiques dans les cabinets médicaux;
3. Une prise en compte tarifaire correcte de la mise à jour et du suivi des données;
4. Les processus B2B doivent compléter le DEP sur des plateformes identiques;
5. Les éditeurs de logiciels mettent les interfaces et les systèmes informatiques à jour selon le dernier état de la technique.

Partant de la coopération au sein du comité de pilotage du projet BeHealth sous l'égide du canton, le groupement d'intérêts BeHealth (IG BeHealth) fut créé en mai 2017, en tant qu'association autonome, indépendante de la SAP du canton et avec la SMCB comme membre collectif. Tous les membres de l'IG BeHealth s'accordaient sur le fait qu'une alliance en vue de la réalisation d'une communauté de référence commune semblait souhaitable et devait être étudiée, le résultat étant que les deux associations IG BeHealth Berne et son homologue zurichois, l'association faîtière XAD ZH, veulent fusionner et constituer une seule communauté de référence appelée axvana AG. A cette fin, tous les membres de l'IG BeHealth adhéreront en février 2018 à l'association faîtière XAD, le comité de direction de la «nouvelle» XAD comprenant alors quatre membres supplémentaires provenant de Berne, dont l'auteur des présentes lignes.

Procès-verbal du comité consultatif eHealth Suisse

Mandaté par la Conférence des Sociétés cantonales de médecine CCM, l'auteur de ces mots a siégé au comité consultatif eHealth Suisse de l'OFSP. Résultat non négligeable de mon engagement: les thèmes du financement de départ et de la rémunération de la mise à jour des données par le corps médical sont à nouveau discutés dans les sphères de l'OFSP. Procès-verbal du comité consultatif eHealth Suisse du 6 décembre 2017:

« Il n'existe encore aucune mesure incitative, ni financière ni d'autre nature, pour que le médecin numérise son cabinet ou adapte les systèmes primaires. Il s'agit de faire la différence entre l'acquisition de systèmes primaires qui fonctionne sans mesures incitatives et l'interconnexion des systèmes qui nécessitent de telles mesures. Le système du DEP ne fonctionne que s'ils sont nombreux à y participer... Le financement de départ (de la Confédération et des cantons, note de B. Gafner) perd son sens si l'interconnexion n'est pas soutenue... En résumé, trois voies possibles pour la création d'incitations ont été nommées: 1) Financement via les points de tarif, 2) Mesures politiques, 3) Financement par les communautés et les cantons... Une voie sera recherchée avec les communautés et les éditeurs de logiciels dans le but de maintenir l'interopérabilité des services supplémentaires du DEP, l'objectif étant des prescriptions génériques. »

Nouvelle organisation du service d'urgence ambulatoire: Andreas Bühler, enquête et expertise

La conférence élargie des présidents en juin 2017 a montré que les cercles médicaux voulaient régler le service d'urgence ambulatoire au niveau régional et de façon autonome. Une solution cantonale couvrant tout le territoire n'est pas demandée à l'heure actuelle. A tel point que le CM Haute-Argovie a résilié le contrat avec MEDPHONE et en a conclu un avec les « Médecins mobiles », une organisation privée du canton de Bâle, pour couvrir le service de piquet. Le fait que la convention d'actionnaires avec MEDPHONE ait été maintenue traduit bien l'incertitude du CM. Les contacts que la SMCB avait noués avec l'organisation, également privée, « SOS Médecins Turicum » conjointement avec la SCM du canton de Zurich n'ont pas suscité d'intérêt. Au sujet du service d'urgence ambulatoire, je renvoie au doc.be 1/2018.

A plusieurs reprises, des problèmes concernant les urgences psychiatriques ont fait la une des journaux et l'objet de discussions au Grand Conseil bernois. Il est conseillé au CM Seeland d'améliorer la situation en tenant compte des recommandations de la SMCB concernant l'organisation des services d'urgence spécialisés.

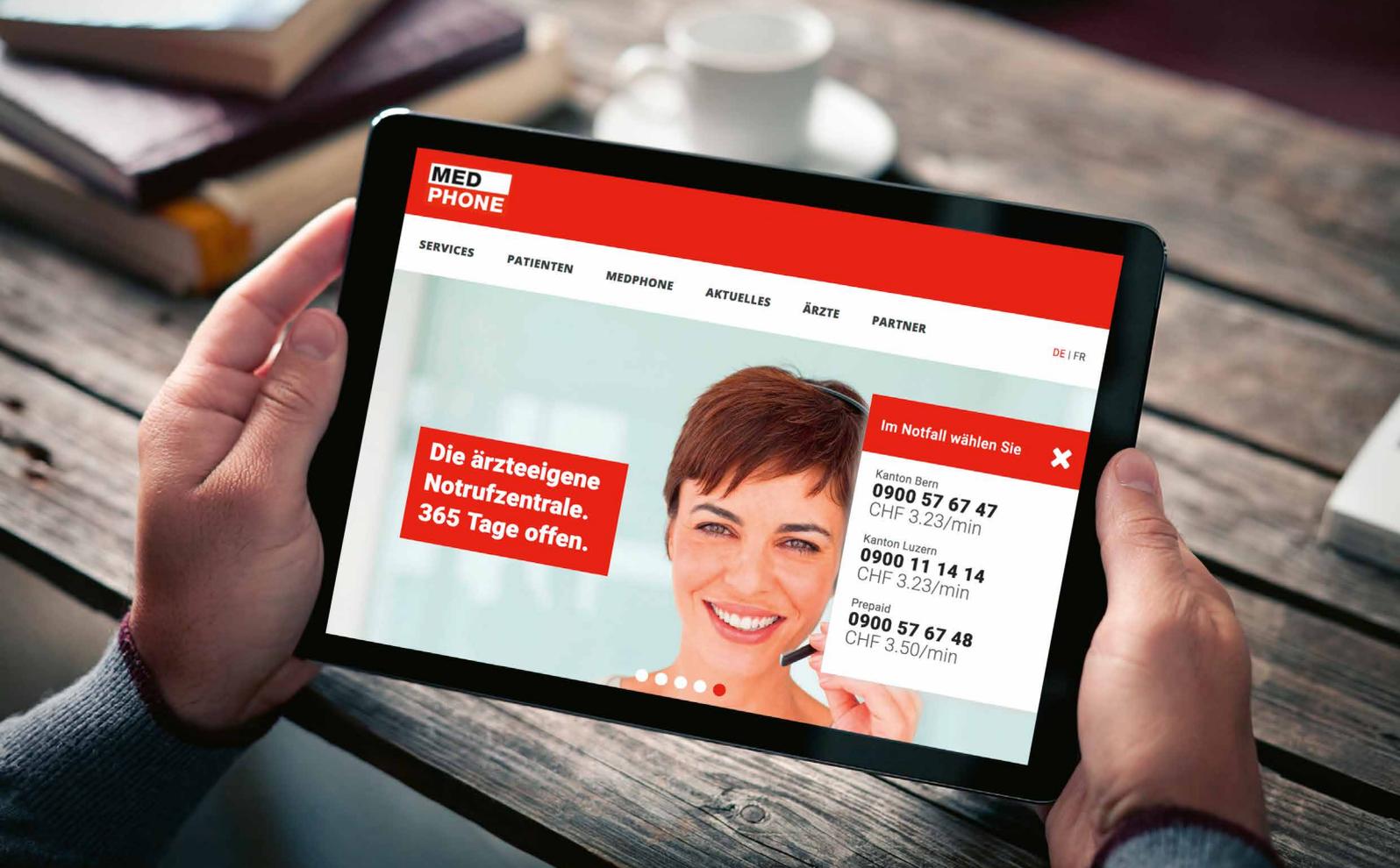
Initiative populaire pour des soins infirmiers forts

La SMCB regrette qu'il soit envisagé que les professions infirmières fassent leur entrée dans la

Constitution et relèvent d'une réglementation de l'Etat, que la formation soit explicitement réglementée au niveau tertiaire, qu'aucun monitoring des coûts ne soit prévu, que la pénurie de soignants ne sera en aucun cas améliorée, qu'aucun critère ne définisse quelles prestations seront exécutées de manière autonome et pour son propre compte.

Réponses aux consultations

- OFSP/bureau Bass: « Mesures contre le gaspillage de médicaments », réponse, un moyen efficace est la remise directe des médicaments durant la consultation;
- FMH: « Mobile Health (mHealth) – Recommandations I », en partie approbation, en partie rejet;
- ASSM: « Diagnostic de la mort en vue de la transplantation d'organes et préparation du prélèvement d'organes », pas de réponse;
- FMH: « Projet de révision de l'ordonnance OFo et du plan de formation pour la formation professionnelle initiale AM CFC », approbation en grande partie;
- FMH: « Procédure d'admission aux études de médecine dans les universités avec numerus clausus », approbation;
- FMH: « Consensus général de la Suisse et swiss-ethics », approbation;
- FMH: « Consultation HTA des parties prenantes pour le scope portant sur le thème Arthroscopies de ménisques dégénératifs du genou », prise de position par la société spécialisée;
- DFI: « Modification de l'ordonnance sur la fixation et l'ajustement des structures tarifaires de l'assurance maladie » (2^e intervention tarifaire du Conseil fédéral), rejet;
- SAP: « Introduction d'une caisse unique régionale », rejet;
- SAP: « Ordonnance sur les activités professionnelles dans le secteur de la santé (ordonnance sur la santé) », approbation en grande partie;
- SAP canton de Berne: « Vaccination dans les pharmacies, taille des conditionnements de médicaments remis dans le service d'urgence », approbation en grande partie;
- SAP: « Loi d'introduction concernant la législation fédérale sur l'enregistrement des maladies oncologiques (LEMO) », approbation;
- ASSM: « Suivi et traitement des personnes atteintes de démence », approbation;
- DFI: « Révision partielle de la loi fédérale sur l'assurance maladie (admission de prestataires) », rejet;
- DFI/OFSP: « Révision de l'ordonnance sur le dossier électronique du patient (formats d'échange électroniques) », approbation;
- DFI/OFSP: « Paquet IV d'ordonnances relatif à la législation sur les produits thérapeutiques », rejet en grande partie;
- DFI/OFSP/FMH: « Modification de la loi fédérale sur l'assurance maladie. Ajustement des franchises à l'évolution des coûts », rejet.



«MEDPHONE AG devrait devenir une plateforme interprofessionnelle», souhaite Beat Gafner.

Collaboration avec PonteNova AG, NewIndex AG et MEDPHONE AG

La «collecte de données canton de Berne» effectuée séparément par PonteNova est la compilation de données concernant les coûts la plus pertinente du canton de Berne, outre l'enquête sur les coûts d'investissement et de production «RoKo» et la collecte sur les coûts de facturation destinée à NewIndex. Toutes ces collectes de données sont obligatoires dans le canton de Berne et ancrées dans les statuts. Ce n'est que grâce à ces données que, jusqu'à présent, il a été possible, contrairement à de nombreux cantons, d'éviter une baisse de la valeur de point dans le secteur ambulatoire en cabinet. Exemple :

augmentation des frais de traitement ambulatoire en cabinet entre 2015 et 2016, sans médicaments, par patient: un modeste +1,76 %, mais uniquement les frais de médicaments: +4,28 %.

Ces données auront à l'avenir encore plus d'importance étant donné qu'il faut s'attendre en 2018 à ce que la SMCB doive à nouveau négocier seule avec les blocs tarifsuisses, HSH et CSS.

Projet, groupe de travail et évolution de «Remise directe des médicaments de la VBHK»

Le «Groupe de travail Remise directe des médicaments», décidé en septembre 2016 lors de l'assemblée des délégués de la SMCB avec pour mission d'évaluer les chances d'une réintroduction de la remise directe des médicaments par les médecins dans tout le canton de Berne, n'a refait parler de lui qu'au dernier trimestre 2017 en présentant un

rapport intermédiaire. Un rapport final du Bureau Vatter sur le sujet paraîtra en janvier 2018.

Tiers garant électronique

«Der Bund» avec la une «La ville de Berne achète des tablettes pour tous ses élèves» en 2016 et «Des ordinateurs à la place des tableaux noirs» en 2018. Il est plus que temps de s'intéresser à un traitement des factures médecin-patient-assureur entièrement numérisé et intelligent avec un Trust Center comme intermédiaire, MediData compris. Aussitôt dit, aussitôt fait. Réunion du comité directeur en mars 2017, rencontre avec MediData à l'été 2017 et prochaine rencontre en mars 2018.

Journée de réflexion 2017

La journée de réflexion 2017 était consacrée au sujet «Intervention pratique de la coordinatrice en médecine ambulatoire (CMA) en cabinet». L'intérêt portait essentiellement sur la question de savoir quelles sont les mesures permettant de déléguer réellement et de manière satisfaisante des actes médicaux à la CMA orientation clinique et quelles possibilités quant à la rémunération des prestations de CMA sont réalisables. Les représentants de deux assureurs, des représentantes de l'Association suisse, elles-mêmes travaillant comme CMA, des collègues ayant de l'expérience sur le sujet et le comité de direction de la SMCB ont discuté sur des points de vue en partie radicalement opposés. Le consensus obtenu prévoit que les discussions se poursuivront dans le canton de Berne en mars 2018 et que les cabinets de réseau, la SMC, les assureurs ainsi que l'Association suisse des assistantes

médicales en cabinet SVA présenteront ensemble des arguments pour les options tarifaires dans une étude scientifique. La SMCB veut faire avancer ce sujet et ne pas attendre plus longtemps un climat politique plus favorable mais plus incertain.

Changements au comité de direction et au secrétariat de la SMCB

Démission de Beat Gafner comme président lors de l'AD de la SMCB en mars 2018 – Election de sa successeuse Esther Hilfiker.

Démission de Heinz Zimmermann en tant que secrétaire scientifique – Successeur Aristomenis Exadaktylos.

Démission de Christian Gubler de la commission des soins hospitaliers – Successeur Aristomenis Exadaktylos.

Nomination au comité de direction concernant l'élection de François Trümpler-Moll comme vice-président de la SMCB en remplacement d'Esther Hilfiker, qui est la première femme à prendre, en mars 2018, la présidence de la SMCB. Je souhaite à tous les « nouveaux » une bonne portion de fermeté et de ténacité dans la poursuite de leurs objectifs.

TARCO et la 2^e intervention tarifaire du Conseil fédéral au 1^{er} janvier 2018

Le fait que le bureau Tarifs ait dû traiter parallèlement les deux projets, à savoir l'évolution du tarif de la FMH et les interventions dans la version TARMED en vigueur qui n'ont été connues avec certitude qu'en octobre 2017, a demandé des efforts considérables de la part de l'équipe de la FMH réunie autour d'Urs Stoffel, responsable du département. Nous tenons à le remercier vivement pour son engagement. Le travail continue en 2018 à la même cadence avec comme objectif de présenter en 2018 un projet de tarif révisé, bien soutenu par le corps médical, au Conseil fédéral.

Boycott de la collecte de données MA(R)S: Infolettres

Une entrée en vigueur inacceptable du règlement de traitement concernant MA(R)S avec une affectation des données qui n'est pas explicitée de manière suffisamment détaillée et des critères avec des définitions partiellement insuffisantes quant aux conditions dans lesquelles les données doivent être livrées aux intéressés – en premier lieu aux assureurs et administrations cantonales à des fins de surveillance et d'évaluation de l'activité du cabinet – fait que la SMCB continue son boycott dans le canton de Berne.

BETAKLI 2017

Une formidable participation avec plus de 300 personnes, un très bon écho de la part des médecins de premier recours provenant pour la plupart du canton de Berne. La combinaison de formation continue strictement axée sur la pratique, de convivialité, d'une collaboration et organisation très étroites avec l'hôpital universitaire et des médecins spécialistes de renom ainsi que d'entreprises

médicales choisies avec circonspection font des journées BETAKLI la session de formation la plus importante et la plus prisée du canton de Berne. Le rythme de l'organiser tous les trois ans a fait ses preuves. Tous les participants estiment qu'un intervalle plus court nuirait au charme des BETAKLI et que ces journées ne pourraient plus être réalisées de cette façon ni avec cette ampleur. Je renvoie au numéro spécial de doc.be « BETAKLI '17 » et à notre film promotionnel sur les BETAKLI 2017 que vous trouverez sur notre site Internet.

Service de presse et d'information de la SMCB

Pour le « renforcement de la communication interne de la société », un sujet récurrent dans toutes les grandes associations, il est notamment prévu de donner un coup de jeune au doc.be. C'est vrai qu'il se lit bien plus aisément et offre au lecteur une brise de fraîcheur. Les archives électroniques désormais disponibles s'avèrent on ne peut plus pratiques pour la recherche de textes.

Assemblée des délégués FMH, Chambre médicale FM

La Chambre médicale, le « parlement » du corps médical suisse, réunit au moins deux fois par an les organisations de base (sociétés cantonales de médecine, ASMAC et AMDHS), les sociétés spécialisées nationales, les organisations faitières (VEDAG, SMSR, OMCT, FMPP, FMCH, CMPR, SFSM) ainsi que les organisations associées ayant un droit de regard. La Chambre médicale représente l'ensemble des membres de la FMH. Le comité central de la FMH et de l'ISFN complète la Chambre médicale convoquée qui comprend plus de 200 membres.

L'assemblée des délégués de la FMH se compose des associations régionales VEDAG, SMSR, OCMT, ASMAC et AMDHS, FMPP, FMCH, CMPR, SFSM et mws (femmes médecins Suisse). Le comité central de la FMH y prend part en tant qu'invité. Siégeant quatre fois par an comme intermédiaire et conseil consultatif entre la Chambre médicale et le comité central, les 33 délégués discutent et votent les affaires et propositions provenant du comité central de la FMH, qui seront ensuite présentées à la Chambre médicale, ou transmettent les propositions de la Chambre médicale au comité central de la FMH. Les délégués de l'assemblée éponyme doivent être membres de la Chambre médicale.

Outre les ordres du jour statutaires, la rénovation du siège de la FMH a été décidée au lieu de la vente et de la recherche d'un nouvel emplacement lors de la session d'octobre de la Chambre médicale. Parmi les autres ordres du jour: modifications des normes des statuts, la révision de la loi sur la protection des données, TARCO et la 2^e intervention tarifaire, MARS et autres. Les procès-verbaux sont publiés dans le BMS.



Les journées BETAKLI offrent aux médecins de premier recours la possibilité d'un échange fructueux avec les médecins de soins primaires, les spécialistes, les cliniques hospitalières et la médecine universitaire.

Conférence des sociétés cantonales de médecine CCM, association des sociétés de médecine de Suisse alémanique VEDAG

Jadis une association combattive allant toujours de l'avant, fondée comme fer de lance dans les négociations tarifaires avec les assureurs pour le bien des sociétés cantonales de médecine, la CCM gît, de fait, à terre suite à des intrigues et n'est actuellement plus fonctionnelle. Après des démissions effectives ou annoncées de sociétés cantonales de médecine, elle devrait renaître sous de nouvelles structures. Mais je doute très fort. Une chose est sûre : à l'avenir, le canton de Berne devra à nouveau négocier lui-même ses valeurs de point. Le reste est incertain.

A l'heure actuelle où le particularisme ne cesse de progresser au sein du corps médical, la régionalisation, VEDAG, SMSR et OMCT, fête son retour, ce dont je ne me réjouis point. Un corps médical uni, se battant et agissant à l'échelle nationale, est reporté aux calendes grecques !

Comité directeur, conseil des prud'hommes et assemblée des délégués des petites et moyennes entreprises bernoises

Depuis des années, les prises de position des PME Bernoises en faveur de la base du corps médical s'avèrent être un moyen précieux et indispensable pour la SMCB d'intervenir dans le processus législatif de notre canton et d'imposer nos positions parfois intégralement, parfois partiellement ou sous la forme d'un compromis. A cet effet, la soumission de prises de position du comité directeur des PME

Bernoises au « groupe parlementaire Economie » du Grand Conseil bernois est d'une importance capitale. L'auteur des présentes lignes est président de la SMCB au comité directeur, président du groupe Santé et défend également les intérêts des associations cantonales de médecins-dentistes et de vétérinaires. Dans la mesure du possible, nos prises de positions sont élaborées en concertation avec la VBHK et d'autres associations bernoises.

Exemples de positions de la SMCB soutenues par les PEM en 2017 : déclaration de planification concernant l'introduction d'une autorisation d'exercer dans le canton de Berne, soutien des modèles de soins ambulatoires interprofessionnels, formation postgrade dans les cabinets de médecine de premier recours (assistantat au cabinet), financement de la formation postgrade, renforcement de la médecine complémentaire à l'université de Berne, 100 places d'études supplémentaires en médecine humaine, planification hospitalière conformément à la loi sur les soins hospitaliers, envoi de délégués de la SMCB à l'assemblée des délégués des PME Bernoises.

Varia

Les négociations avec la SAP, le BIHAM et la VBHK concernant le programme d'assistantat au cabinet ont été difficiles et longues. Grâce notamment à l'engagement tenace de notre vice-président Rainer Felber, elles ont pu être menées à bien, y compris l'accord du Grand Conseil en faveur de la base des médecins de premier recours.

La SMCB est membre du comité programme d'assistanat au cabinet du BIHAM, siège à la commission de la faculté de médecine de l'université de Berne (sans droit de vote) et dans le groupe de projet pharmacie (réintroduction de la branche unique pharmacie à l'université de Berne).

Un premier projet «Stratégie de la santé» de la SAP avec sept groupes de travail pour lesquels la SMCB a trouvé des participants après bien des efforts, a été interrompu au bout de trois réunions en raison du manque d'organisation. Une nouvelle tentative est prévue pour 2018.

Au sujet de la question de l'aptitude à supporter la détention, le comité de direction est d'avis que cela ne fait pas partie des tâches primaires dans le cadre du service d'urgence médicale. La SMCB privilégie une solution sur la base d'un pool.

La SMCB soutient l'évaluation en vue de la numérisation des processus en lien avec les examens périodiques d'aptitude à la conduite.

La SMCB est membre du «Sounding Board», un conseil consultatif de l'OCRN-POM.

Caisse de compensation pour allocations familiales du canton de Berne

Présidée traditionnellement par le président de la SMCB, la caisse de compensation pour allocations familiales est bien positionnée, prospère, saine et peu onéreuse.

En ce qui me concerne

Ma charge de travail au profit de la SMCB dans son ensemble s'élevait en 2017 à un total de 2064 heures, soit 46 heures par semaine de travail, en plus d'un cabinet de médecine de premier recours en région rurale avec 35 heures par semaine. Ce volume de travail se situe ainsi dans la moyenne des dernières années à compter de mars 2010.

La présidence d'une association de la taille de la Société des Médecins du Canton de Berne est sans aucun doute une expérience très intéressante, riche d'enseignements sur l'hétérogénéité des hommes dans leur façon de penser et d'agir. Ces huit dernières années m'ont permis d'acquérir une connaissance bien plus approfondie de la fascinante âme humaine et de ses contradictions imprévisibles, que ce ne fut le cas en trente ans d'exercice en cabinet rural de médecine de premier recours. Telle qu'elle est actuellement exercée, la présidence de la SMCB vous mène à vos limites personnelles en termes de résistance, du fait des deux activités, et de maintien des liens sociaux. Cependant, je ne regrette en rien cette expérience.

A la fin de ma présidence, je vous fais part de trois recommandations, anciennes mais toujours d'actualité:

- Il faut absolument endiguer le *repli sur soi* des sociétés spécialisées et des régions au niveau de la politique corporative et renforcer la cohésion cantonale. Aucune prise de position ni recommandation des organisations nationales de base et des associations faitières ne doit être reprise telle quelle. Discernement et regarder autour de soi, voilà ce qu'il faut faire. Au niveau national et intercantonal, je constate que la cause en est la défense croissante d'intérêts partiels. Ceci concerne aussi bien les sociétés spécialisées nationales que les associations faitières régionales. L'ensemble des membres de la FMH, donc nous, est représenté par les sociétés cantonales de médecine, l'ASMAC et l'AMDHS. Il est bon pour tout un chacun de jeter de temps en temps un œil dans les statuts. Et malgré tout, la Conférence des sociétés cantonales de médecine CCM, très importante pour le corps médical exerçant dans le secteur ambulatoire, perd par exemple de plus en plus du terrain.
- Le sempiternel sujet de la *gestion du service d'urgence* dans notre canton vous sort vraisemblablement par les yeux. Et pourtant, si vous ne vous en préoccupez pas, vous vous retrouverez un jour avec des obligations désagréables, et éventuellement onéreuses, venues d'en haut, à propos desquelles vous n'aurez pas le droit de dire quelque chose, ou si peu. Cela peut sembler drastique, mais c'est ce que je redoute. Il n'y a rien à objecter à de nouvelles formes et collaborations, également avec des prestataires privés, dans la mesure où vous, les cercles médicaux, conservez l'organisation et la surveillance dans vos mains et procédez à temps aux corrections nécessaires.
- Notre *MEDPHONE AG*, instrument de gestion appartenant entièrement aux cercles médicaux et à la SMCB, devrait plutôt encore gagner en importance grâce à vos efforts et votre soutien pour devenir la référence en termes d'information moderne et la plateforme interprofessionnelle! Mais cela ne fonctionnera pas si on dénonce les adhésions, les conventions d'actionnaires et les contrats pour des motifs financiers à la petite semaine.

Nouvelles têtes et vieux défis

Avec Esther Hilfiker, Linda Nartey et Mark Kobel, ce sont trois nouveaux visages qui occupent de hautes positions dans le secteur de la santé bernois. La nouvelle présidente de la SMCB, la nouvelle médecin cantonale et le nouveau président des pharmaciens du canton de Berne héritent des défis de leurs prédécesseurs.

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

Récemment, des changements de personnel ont eu lieu à la tête d'associations du secteur de la santé bernois. PraxisUpdateBern, le curriculum bernois pour la médecine de premier recours, réunit les trois nouveaux lors d'une table ronde. Ils prennent place à côté de Hans-Uwe Simon, doyen de la faculté de médecine de l'université de Berne, Stefan Roth, vice-président de la VBHK, et Sven Streit, responsable de la promotion de la relève au BIHAM.

Pour Linda Nartey, ce n'était pas un saut dans l'inconnu. Ce fut une transition fluide dans la nouvelle position, selon elle, vu qu'elle avait été médecin cantonale adjointe durant quatre ans. C'est pourquoi elle connaît déjà la plupart des dossiers.

Questionnée sur ses futures priorités, Nartey nomme en premier le fait d'assurer les soins médicaux primaires, la condition étant que la profession de médecin de premier recours devienne plus attrayante. La SMCB est représentée dans plus de 40 instances, explique Esther Hilfiker. Les dossiers s'empilent sur le bureau de la nouvelle présidente de la SMCB. Selon elle, la promotion de la médecine de premier recours fait partie des sujets urgents, outre la politique hospitalière et eHealth.

Mark Kobel, le nouveau patron des pharmaciens du canton, souligne l'importance de sa profession pour les soins médicaux de base. Les pharmacies sont des points d'accueil compétents, rapides et d'accès facile pour la population, pouvant alléger la charge de travail des médecins. Les pharmaciens suivent des formations ciblées en vue de

nouvelles prestations comme les vaccins, explique Kobel. Nartey est convaincue du fait que de nouveaux modèles de coopération entre pharmaciens et médecins sont nécessaires. Pour Hilfiker, l'interprofessionnalité réclamée est déjà une réalité aujourd'hui. Une opposition de la part des médecins est inutile, le Conseil fédéral ayant revalorisé la position des pharmaciens dans la prise en charge médicale de base. Cependant, selon Hilfiker, des questions capitales, telles que la responsabilité civile pour un traitement par le pharmacien et le monitoring des coûts via l'AOS, ne sont pas encore clarifiées.

La présidente de la SMCB, le président des pharmaciens et la médecin cantonale ne sont qu'au début de leur mission. Mais la table ronde a mis en évidence une chose : les nouveaux sont confrontés aux défis de leurs prédécesseurs.



Régulation des admissions – quelle suite ?

Fin 2019, le règlement actuel relatif aux admissions de médecins libéraux expire. Un bulletin publié par l'Obsan livre des éléments dans le cadre de la discussion sur la régulation des admissions. Son bilan : après la levée du gel des admissions, le nombre de médecins spécialistes a fortement augmenté.

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

La régulation des admissions de médecins est un thème récurrent de la politique. En 2002, le Conseil fédéral a promulgué une ordonnance sur la limitation de l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire. Initialement limitée à trois ans, elle fut plus tard prolongée jusqu'au 31 décembre 2009 pour les médecins de premier recours et jusqu'au 31 décembre 2011 pour les spécialistes. Après une période temporaire sans limitation, une forme plus flexible de la régulation des admissions fut introduite au 1^{er} juillet 2013 qui s'applique jusqu'au 30 juin 2019. Ce qui va ensuite venir est incertain.

Au regard de l'échéance de l'actuel règlement, l'Observatoire suisse de la santé (Obsan) a présenté un bulletin fin 2017. Ce dernier comprend de nouvelles analyses concernant les coûts et les consultations de médecins en cabinet. En résumé, il livre les résultats suivants :

Médecine spécialisée :

- Après la levée du gel des admissions (de janvier 2012 à juin 2013) et au cours des premiers semestres suivant sa réintroduction, le nombre de médecins spécialistes et leurs coûts AOS ont fortement augmenté.

- Toutes les spécialités ne sont pas concernées de manière identique par la levée du gel des admissions. Durant la période sans limitation des admissions, deux tiers des nouveaux spécialistes appartenaient à cinq domaines : psychiatrie et psychothérapie, ophtalmologie, anesthésiologie, gynécologie et obstétrique, dermatologie et vénéréologie.

Soins primaires :

Depuis 2011, on constate une légère augmentation de la densité de médecins de soins primaires. Dans le même temps, plusieurs mesures en faveur de la médecine de premier recours et des soins primaires ont été instaurées.

Coûts :

Les coûts AOS des spécialistes et des médecins de soins primaires n'ont pas évolué de la même manière entre 2006 et 2016. En médecine spécialisée, les coûts AOS ont nettement augmenté avec la levée des limitations d'admission. La hausse s'est avérée plus modérée durant le gel des admissions et la période de transition.

Consultations :

Sur l'ensemble de la période analysée (2006 à 2016), le nombre de consultations par assuré n'a que légèrement augmenté pour les deux catégories de médecins. On a constaté une forte hausse du nombre

de consultations en médecine spécialisée après la levée des limitations d'admission.

Temps partiel :

Le taux d'occupation des médecins est en recul. Entre 2008 et 2016, il a baissé dans l'ensemble du corps médical, passant de 9.0 à 8.8 demi-journées par semaine. Les données utilisées n'ont pas permis de prouver avec certitude une hausse du travail à temps partiel.

Ouverture de nouveaux cabinets :

Les nouveaux cabinets s'ouvrent principalement dans les régions urbaines. Dans les communes rurales, la densité de médecins est restée stable entre 2010 et 2016, tant pour les soins primaires que pour la médecine spécialisée. A partir de 2012, le nombre de cabinets de groupe a augmenté.

Obsan

L'observatoire suisse de la santé (Obsan) est une institution soutenue par la Confédération et les cantons. L'Obsan analyse les informations sur la santé disponibles en Suisse. Il apporte son soutien à la Confédération, aux cantons et à d'autres institutions du secteur de la santé dans leur planification, leurs prises de décisions et leur action. Pour de plus amples informations : www.obsan.ch



Il faut anticiper: de nouvelles mesures concernant un gel des admissions doivent tenir compte des futures évolutions; les seules données historiques ne suffisent pas.

Commentaire sur le gel des admissions du point de vue de PonteNova

Texte: Peter Frutig, PonteNova
Photo: iStockphoto

Depuis maintenant bientôt 15 ans, le Trust-Center PonteNova se penche quotidiennement et intensivement sur la question des coûts dans le secteur de la santé, et plus particulièrement chez les médecins libéraux. Si l'on veut établir des règles pour l'admission des médecins, il faudrait, de mon point de vue, prendre notamment en compte les réflexions suivantes.

Nous parlons de l'évolution des coûts et ne regardons pas vers l'avenir

Pour être en mesure de décider d'un gel des admissions ou de mesures similaires, il est à mon avis impérativement nécessaire de regarder vers l'avenir. L'analyse des données du passé permet tout au plus de déterminer si une mesure a eu un effet ou non. Dans tous les cas, il faut prendre en compte bien plus d'éléments que les simples données relatives aux coûts. Ces dernières ne peuvent pas livrer les raisons d'une hausse des coûts mais seulement révéler son existence.

Vieillesse et morbidité des patients

Nous savons tous que l'espérance de vie des femmes et des hommes ne cesse d'augmenter. Ce phénomène s'accompagne souvent d'une morbidité croissante, entraînant à son tour des visites plus fréquentes chez le médecin et donc des coûts de santé plus élevés. Le facteur morbidité doit donc impérativement être aussi pris en compte. Il conduit à un besoin plus élevé de prestations de soins primaires mais aussi chez les médecins spécialistes et constitue, de ce fait, un inducteur de coûts et de besoin. Des données sur l'estimation et l'évolution de la morbidité existent, des études et l'expérience d'autres pays démontrent leur validité. Par exemple, les données relatives aux médicaments fournissent de très bons indicateurs quant aux maladies et à leurs coûts. Un tel modèle serait notamment utilisé chez les assureurs maladie pour la future compensation des risques.

Cabinets de groupe et démographies des médecins

Comme le bulletin de l'Obsan l'écrit, de nombreux cabinets de groupe se sont créés ces dernières années, notamment dans le canton de Berne. Et ce, aussi bien pour les soins primaires que la médecine spécialisée. En ce qui concerne les soins primaires, ces cabinets se sont ouverts pour une bonne part dans les régions rurales.

Par contrainte, puisque c'est principalement dans ces régions rurales que le « vieillissement » des médecins est supérieur à la moyenne et que seuls de nouveaux modèles comme les cabinets de groupes, offrant la possibilité de travailler à temps partiel, sont en mesure de garantir les soins primaires.

D'ailleurs, le vieillissement du corps médical libéral représente un problème général qui, à mon avis, est à peine pris en compte jusqu'à présent. Même dans les zones urbaines, de nombreux médecins vont prendre leur retraite dans les prochaines années et ne trouvent souvent que difficilement un successeur. Une planification judicieuse des besoins n'est possible que si l'on connaît les besoins futurs.

Combien de médecins y a-t-il ?

Comme le constate également le bulletin de l'Obsan, le pool de données de l'association des caisses maladie santé suisse se base sur les numéros RCC, ne retient donc pas le nombre de médecins mais celui des cabinets. Pour pouvoir donner des chiffres corrects sur la densité de médecins, il faudrait recourir à d'autres indicateurs, par exemple les nombres d'employés à plein temps. Ceci vaut de la même manière pour les cabinets de groupe des spécialistes.

Flux des patients

Les flux de patients jouent également un rôle capital. Dans notre pays, de plus en plus de personnes ne travaillent plus sur le lieu de leur domicile mais dans des grands centres. En cas de besoin, nombre d'entre eux se rendent chez un médecin proche de leur lieu de travail, ne serait-ce que pour des questions de temps. Ce sont en général des personnes encore assez jeunes et en bonne santé. Il faudrait donc prendre en compte que la complexité des patients (morbidité) devrait être plutôt plus élevée dans les régions rurales. Sur la base des fournisseurs de prestations et des statistiques sur les assurés, on peut en outre observer qu'il y a aussi un bon nombre de personnes n'habitant pas dans le canton qui consultent des médecins du canton de Berne. Ce facteur est également pertinent pour la planification des besoins.

Hausse des admissions de spécialistes

Il est évident que les admissions augmentent lors d'une interruption, probablement de courte durée, du gel des admissions, les médecins n'ayant plus la possibilité de s'installer en libéral en cas de réactivation. Ici aussi, le simple nombre des nouvelles admissions (cabinets) a une faible valeur informative.

Le bulletin de l'Obsan énumère par ailleurs les spécialités médicales affichant la plus grande augmentation en termes d'admission. Pour pouvoir tirer des conclusions, il faudrait également connaître le besoin. Et on ne peut le connaître que si les pathologies à soigner sont connues, car ce sont elles qui déclenchent le besoin.

De même, il convient de prendre en considération dans l'évaluation des admissions le transfert incessant du secteur stationnaire vers le secteur ambulatoire. Sur la base du pool de données des médecins, on peut clairement mettre en évidence que ce transfert s'est produit dans un bon nombre de spécialités médicales, ce qui a conduit dans une certaine mesure à une flambée des coûts dans le secteur ambulatoire. De plus, l'introduction des forfaits par cas dans le domaine stationnaire a vraisemblablement entraîné un transfert partiel, notamment au niveau des soins primaires. Aujourd'hui, les médecins de premier recours effectuent des actes qui, avant DRG, relevaient des hôpitaux.

Conclusion

La régulation des admissions est un sujet extrêmement complexe qui ne peut être discuté sur la seule base de données historiques et d'hypothèses. De mon point de vue, les données utilisées aujourd'hui n'autorisent pas une appréciation des mesures prises jusqu'à présent ni de leur efficacité. Il me paraît très important que l'on sache où on veut en venir avant de réguler. La décision à ce sujet ne peut pas être prise uniquement sur la base du facteur des coûts, ce ne serait que du court terme. Si l'on veut discuter et, si nécessaire, adopter des mesures en vue d'une régulation des admissions, il faut intégrer à la réflexion des informations, données et analyses beaucoup plus détaillées et surtout axées sur l'avenir.



FACETTENREICHE PRAXIS- SOFTWARE MEDIWIN CB

Die Praxissoftware MediWin CB beinhaltet viele Optionen, die Sie nach Ihren Bedürfnissen nutzen können: Krankengeschichte, Agenda, Medikamentenverwaltung, Schnittstellen und noch viel mehr.

Beratung + Service + Software +
Schulung = Ärztekasse

www.aerztekasse.ch



Calendrier 2018

Société des Médecins
du Canton de Berne

2-3 mai

Chambre médicale
FMH, journée complète
à Bienne

7 juin

Conférence élargie
des présidents (pré-
sident(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 spéciali-
sées)

17 octobre, 17 h

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

18 octobre

Assemblée des délè-
gués, l'après-midi

25 octobre

Chambre médicale
FMH, journée complète
à Bienne

15 novembre

Assemblées des
cercles médicaux, pour
tout le canton

**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

Pourquoi moins est parfois plus

Augmentation des primes, traitements onéreux, prix élevé des médicaments – un sujet domine la discussion sur notre système de santé : les coûts. Le temps d'un changement de perspective est venu : se focaliser moins sur les coûts et plus sur la qualité du traitement.

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

Photo : Bruno Nöpflin

Les progrès de la médecine modifient les besoins et suscitent des convoitises. Médecins comme patients veulent en profiter. Une chose est évidente : plus il existe de possibilités, plus il devient difficile de trancher et de dire aussi parfois « non ». Soigner plus ne signifie pas toujours soigner mieux. Actuellement, des initiatives sont en cours dans le but de mettre un terme à l'excès et à l'inadéquation des soins.

Eviter certains traitements

La médecine intelligente est l'une de ces campagnes. Elle est née aux Etats-Unis où, en 2011, des voix se sont élevées pour alerter la population de l'excès de soins médicaux. Des médecins ont lancé l'initiative « choosing wisely » dont l'objectif est d'encourager la discussion entre corps médical, patients et grand public et d'aboutir, comme ils disent, à des décisions judicieuses. En Suisse, l'initiative « smarter medicine » poursuit les mêmes objectifs. Selon leur devise, moins de médecine peut signifier dans le cas de certains traitements plus de qualité de vie pour les personnes concernées. Depuis 2014, l'association publie les listes Top-5 comprenant à chaque fois cinq mesures médicales qui, en général, sont inutiles dans une discipline clinique précise. Cela signifie que médecins et patients devraient en parler et déterminer ensemble s'il ne serait pas préférable de renoncer au traitement vu que les risques qui y sont liés sont plus importants que le profit, l'effet secondaire positif étant l'économie de frais de santé.

Les listes se basent sur des conclusions scientifiques fondées et sont élaborées par des sociétés spécialisées reconnues. Un exemple : la Société suisse de chirurgie recommande de renoncer aux radiographies d'entrée ou préopératoires pour les patients ayant déjà été examinés au préalable et n'ayant pas d'antécédents particuliers. La raison : une radio du thorax par routine n'est pas indiquée pour ces patients. Seuls 2 % de ces radios entraînent une modification du traitement.

Vive l'intuition

Au centre d'une médecine intelligente se trouvent ce qu'on appelle les « décisions judicieuses ». Comment s'élaborent-elles ? Au vu de la profusion d'études scientifiques et de conclusions divergentes concernant une seule et même question, on peut facilement s'y perdre. Le psychologue Gerd Gigerenzer, professeur à l'Institut Max-Planck de recherche en éducation, conseille d'écouter davantage son intuition et de prendre des décisions instinctives. Bien sûr, les enseignements de la médecine fondée sur des bases probantes sont indispensables, mais pour prendre de bonnes décisions, il faut aussi de l'intuition et de l'expérience. G. Gigerenzer a constaté que, sous la pression de devoir se justifier, le personnel médical a tendance à prendre des décisions contraires à sa propre expérience et intuition, et pas toujours pour le bien du patient. Selon lui, la peur de décisions instinctives conduit souvent à une médecine défensive, c'est-à-dire : mieux vaut soigner une fois de trop que pas assez.



Le psychologue Gerd Gigerenzer en est convaincu: une bonne intuition ne peut être remplacée par «big data».

Différentes voies vers le même but

D'autres initiatives vont également dans le même sens. Le Swiss Medical Board par exemple évalue le rapport coûts-efficacité des prestations médicales remboursées et en déduit des recommandations de traitement. L'initiative Médecine de qualité et Peer Reviews défend la meilleure qualité possible des traitements dans les hôpitaux. L'analyse interclinique de cas entre collègues spécialistes (Peers) lui permet de mesurer la qualité et d'estimer le potentiel d'amélioration.

Faire disparaître les incitatifs financiers inappropriés

Selon Markus Trutmann, secrétaire général de la fmch, la condition de base pour une médecine exercée avec discernement est d'éliminer les incitatifs financiers inappropriés. Il faut des systèmes tarifaires modernes et des forfaits ambulatoires. C'est l'unique moyen de permettre à la médecine intelligente, qui se recentre sur des thérapies de haute qualité ciblées et efficaces, adaptées sur mesure au patient ainsi qu'en termes de quantité, de s'imposer. Tant qu'un médecin gagnera de l'argent en accomplissant certaines prestations mais n'en gagnera pas parce qu'il attend ou «ne fait qu'écouter», il effectuera ces prestations. Un exemple fréquemment avancé est l'arthroscopie du genou, dont l'efficacité est mise en doute dans les études internationales. Annamaria Müller, présidente de l'Office des hôpitaux du canton de Berne, parle d'une mauvaise répartition entre la responsabilité au niveau financier et celle au niveau des soins. «Celui qui fait quelque chose est rétribué. Tant qu'il en sera ainsi, l'incitation à l'excès de soins est grande.»

L'avenir dira si ces initiatives bénévoles auront un effet important et durable. Le système de santé suisse est un jeu de «pouilleux» permanent, a constaté l'ancien correspondant SRF au Palais fédéral, Hanspeter Trütsch, dernièrement lors d'un débat. Le sentiment général est que «celui qui bouge le premier a déjà perdu». Dans le système de santé suisse, on met l'accent sur l'autorégulation. Mais celle-ci ne fonctionne que si toutes les parties prenantes assument leur responsabilité.

Cet article se base en grande partie sur les exposés présentés à l'occasion des Trendtage-Gesundheit Luzern qui se sont tenus les 28 février et 1^{er} mars 2018. Vous trouverez de plus amples informations sur le site www.trendtage-gesundheit.ch.

Initiative «smarter medicine»

L'initiative «smarter medicine» a été lancée en Suisse en 2014. L'association de soutien s'appuie sur un vaste réseau : les organisations professionnelles et spécialisées du domaine médical (notamment la SSMIG, l'ASSM), mais aussi des associations de patients et de consommateurs (notamment l'OSP, la Fondation pour la protection des consommateurs) soutiennent l'orientation de la campagne. Ensemble, elles souhaitent sensibiliser le public au fait que, pour certains traitements, moins de médecine peut signifier plus de qualité de vie pour les personnes concernées.

Soins de premier recours pour les demandeurs d'asile

Migration is an expression of the human aspiration for dignity, safety and a better future. It is part of the social fabric, part of our very make-up as a human family.

Ban Ki Moon, 2013

Texte: Dr Hansueli Albonico

Photo: Stanislav Krupar

Avec la vague de réfugiés arrivant en Europe occidentale en 2015, la prise en charge médicale des demandeurs d'asile est devenue à nouveau d'actualité pour nous en Suisse. Début 2016, j'ai moi-même travaillé avec Médecins du Monde dans le camp de transit d'Idoméni dans le nord de la Grèce, ce qu'on appelait le goulot d'étranglement de la route des Balkans. A la maison, notre famille a accueilli un couple de réfugiés érythréens. Nous avons dû ouvrir en peu de temps notre cabinet de groupe pour une centaine de nouveaux demandeurs d'asile. Le défi médical était toujours maîtrisable, mais partout je me suis demandé si nos efforts ne pourraient pas être facilités en optimisant l'information, en coordonnant et en coopérant.

Avec l'intégration des réfugiés dans notre assurance sociale de base, la Suisse dispose de l'une des meilleures prises en charge médicale des réfugiés au monde. Toutefois, il reste de grands défis, notamment en raison de nos structures fédéralistes.

Dans le cadre de la conférence Swiss Public Health, qui s'est tenue le 15 novembre 2016 à Berne sur le thème «Personnes en fuite – un défi pour le système de santé suisse», la FMH a organisé sous la direction de Barbara Weil et Carlos Quinto une table ronde au cours de laquelle Birgit Laubereau a présenté les résultats de l'étude de l'institut INTERFACE «Soutien des médecins de premier recours dans le traitement de patientes et patients

issus de la migration». Lors de cette enquête auprès de 78 médecins de premier recours dans le canton de Lucerne, les quatre défis suivants ont été identifiés:

1. Problèmes de communication d'ordre linguistique – les interprètes sont trop peu payés.
2. Accès peu clair à des informations spécifiques – qui fait quoi pour qui ?
3. Manque de connaissances de base des cultures d'origine en termes de prise en charge médicale.
4. Problèmes et déficits dans la prise en charge psycho-psychiatrique.

En vue d'amener une amélioration, il a été suggéré d'intégrer ces thèmes dans les cercles de qualité (CQ) de nos réseaux de médecins.

Le 27 novembre 2017, le directeur du centre universitaire d'urgence de l'Hôpital de l'Île, le professeur Aristomenis Exadaktylos, a organisé, dans une ambiance agréablement personnelle, un brillant «Mini-Symposium on Refugee Health». A cette occasion, le collègue Hans Jakob Zehnder a témoigné de ses expériences vécues dans le centre de transit de la commune modèle de Riggisberg. Ici aussi, il n'était pas question d'actes médicaux sortant de l'ordinaire (pensons à la bilharziose, la tuberculose, le manque de vitamine D et la malaria), mais bien plus de grands défis en termes d'organisation et de communication.

Notre réseau de médecins Haut-Emmental (NOE) a organisé le 22 août 2017 un CQ ayant pour titre



Hansueli Albonico a travaillé plusieurs mois bénévolement pour l'organisation Médecins du monde. Ici, il soigne un Syrien (janvier 2016).

« Patientes et patients du domaine de l'asile ». Pour la préparation et la réalisation, nous avons pu compter sur l'Office de consultation sur l'asile (OCA) : en termes simples et faciles à comprendre, Daphna Paz et Raphael Strauss ont informé le public sur les principes des procédures d'asile, l'aide sociale en matière d'asile, les prestations médicales et les interfaces entre les différents acteurs. Représentant l'Aide aux réfugiés de l'Armée du salut (antenne régionale de Berthoud), Luis Montes et Barbara Yurkina ont mis en évidence les défis rencontrés dans l'encadrement concret des réfugiés. Le CQ était bien fréquenté et a reçu une excellente note d'évaluation, l'interactivité ayant été particulièrement appréciée.

A partir de l'évaluation du CQ et en coopération avec l'OCA et l'Office des migrations, une nouvelle brochure « Personnes en quête de protection en Suisse – Conseils pour le personnel soignant » a été élaborée, qui est jointe au présent numéro de doc.be. Son but est de fournir sous forme claire et succincte les principales informations concernant le statut de séjour, l'assurance maladie, les traductions, les questions d'ordre médical et les adresses de contact.

Les domaines problématiques restants sont en gros :

- L'absence de carte de patient qui garantit le transfert des informations médicales lors de toutes les mutations d'un ou une requérant(e) d'asile depuis le premier accueil au centre d'enregistrement et de procédure.

- Une meilleure instruction des réfugiés concernant le système de triage des centres de premiers recours en Suisse et le rôle des médecins de premier recours attirés, notamment la définition du « cas d'urgence ».
- Développer et faire connaître les services de traduction.
- Une répartition équitable des requérants d'asile entre les médecins de premier recours qui sont, d'une manière générale, surchargés.

Les CQ offrent un excellent cadre pour discuter de ces problèmes et d'autres et échanger sur les expériences faites. Recommandons à cet effet l'offre d'information et d'échange de l'OCA « Quotidien professionnel avec des réfugiés ». Les spécialistes de l'OCA se chargent d'élaborer le contenu et organisent, sur demande, un contact avec des acteurs régionaux, garantissant ainsi la transmission d'informations et l'échange lors des CQ.

Dans le cadre de l'accélération de la procédure d'asile voulue par la Confédération, un changement structurel significatif va s'opérer dans le canton de Berne, l'aide sociale en matière d'asile et de réfugiés passant à la Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale, tandis que la Direction de la police et des affaires militaires se concentrera sur l'aide d'urgence et l'exécution de mesures de renvoi. Il serait souhaitable que la SMCB soit associée à ce processus.

Considérations sociologiques vues de lits d'hôpitaux suisses et allemands

Un témoignage d'Ulrich Oevermann et Marianne Rychner sur l'état de patient d'hôpital en Allemagne et en Suisse. Leur bilan: cette odyssée de maintenant deux ans et demi aurait pu être raccourcie de manière significative et donc moins onéreuse.

Texte: Ulrich Oevermann (professeur émérite de sociologie, patient) et Marianne Rychner (sociologue, membre de la famille)

Photo: Keystone

Le co-auteur du présent texte, domicilié à Francfort-sur-le-Main, a été hospitalisé en urgence il y a environ trois ans à Berne où un carcinome du rectum fut diagnostiqué. Après des opérations en Allemagne, il est revenu à Berne et a suivi plusieurs traitements ambulatoires et stationnaires. Rien de réjouissant, mais en même temps, un champ d'observation hautement intéressant pour le sociologue, dont le champ de recherche a porté durant des décennies sur le développement et l'examen empirique d'une théorie de la professionnalisation au cœur de laquelle se trouve l'action médicale, à partir de laquelle on peut déterminer une multitude de détails de la relation médecin-patient et qui livre un support efficace pour la critique des dérives dans le secteur

de la santé, y compris les fausses idées sur la profession de médecin qui sont à la mode dans le débat politique sur la santé.

L'action médicale comme substitut de résolution de crises

Contrairement aux versions précédentes de la théorie de la professionnalisation, la pratique de professions est déduite ici d'une manière générale de la fonction de substitut de résolution de crise. On part du principe que toute pratique primaire de la vie, qu'elle soit individuelle ou collective, est structurellement destinée à maîtriser par elle-même les crises inéluctables; c'est de là qu'elle tient son autonomie. Les professions sont alors les métiers qui gèrent, sur la base d'un savoir méthodisé et de pratiques appropriées, les crises que la pratique de la vie ne peut plus maîtriser elle-même et doit donc déléguer à des experts, ce qui est par exemple le cas pour les maladies. Les professions appliquent ainsi le savoir méthodisé accumulé au fil du temps,

dont l'évolution n'accroît pas seulement le potentiel de résolution de crises, mais aussi, en même temps, son indisponibilité pour les profanes. Plus ce potentiel de résolution des problèmes croît, notamment du fait des avancées scientifiques, plus la dépendance des profanes ou de la pratique primaire de la vie augmente envers le substitut de résolution de crise incarné par les professions.

Aide pour s'aider soi-même dans la pratique du pacte de travail

Le problème découlant de cette constellation conduit, pour la pratique professionnalisée, au paradoxe suivant: comment peut-elle résoudre avec succès le substitut de résolution de crise tout en transformant la dépendance du client ainsi générée en un renforcement de l'autonomie, donc en aidant à s'aider soi-même? Pour ce faire, il est nécessaire de cadrer le savoir méthodisé sur des critères de normalisation, donc de validité généralisable, et de l'appliquer en même temps de manière individualisée

et non uniquement ingénieriale en l'adaptant au cas ou client.

De ce fait, la pratique professionnalisée est une unité contradictoire, d'une part, d'un très haut niveau de normalisation et, d'autre part, d'une intervention au plus haut point non normalisable, spécifique à chaque cas. Du premier point de vue, il en résulte une asymétrie de compétences entre l'expert et le client, tandis que du deuxième point de vue, elle s'accomplit en tant que rapport réciproque de reconnaissance, le client n'étant justement pas demandeur. Cette unité contradictoire, en elle-même fragile et sujette aux crises, s'opère dans le cadre d'un pacte de travail entre les experts et les clients. Ils s'y rencontrent en tant qu'êtres humains à part entière et dépendent d'une confiance réciproque. Pour la pratique médicale, il résulte de la logique du pacte de travail que, d'une manière générale, ce sont les malades qui doivent prendre l'initiative, et donc devenir volontairement des patients, faisant ainsi un premier pas dans la voie de l'aide à soi-même, et donc du rétablissement, du fait de l'engagement dans le pacte de travail.

Autonomie de la pratique médicale

La pratique médicale professionnalisée requiert une autonomie spécifique d'autocontrôle par le biais d'une éthique professionnelle, indépendamment de la logique de la bureaucratie étatique et du contrôle exercé par le marché. Ceci est souvent oublié dans la politique actuelle de la santé, l'activité médicale étant de ce fait menacée par un processus de technocratisation et de déprofessionnalisation. Le sociologue a donc pu observer au plus près si et dans quelle mesure l'action médicale suivait une logique professionnelle en dépit de conditions défavorables. A partir de détails apparemment accessoires, mais en réalité lourds de conséquences, voici les principaux enseignements :

Dans l'ensemble, il a perçu, aussi bien en Allemagne qu'en Suisse, la pratique médicale comme étant d'un professionnalisme étonnamment stable, caractérisée par un habitus professionnalisé qui n'est pas développé par une acquisition explicite du savoir mais par un entraînement exemplaire «on the job». Ceci est d'autant plus surprenant car contraire à la critique souvent nourrie par les sciences sociales envers les médecins, qui, en tant critique idéologique, réduit l'éthique professionnelle à la fonction de politique de statut. La communication entre médecin et patient se déroule tout naturellement dans la logique d'une reconnaissance réciproque comme êtres

humains à part entière, tout en conservant sa pleine validité à l'asymétrie entre expert et profane, comme le montre ce petit exemple où le médecin interpelle le patient sur son état avec cette remarque toute naturelle : «Aujourd'hui, vous me plaisez déjà beaucoup mieux», un acte de langage normalement réservé à la logique des relations sociales privées. Au début du traitement, un tel commentaire était encore compréhensible, malgré le lourd diagnostic : le chirurgien était parvenu à exciser parfaitement la tumeur après une radiothérapie et une chimiothérapie néoadjuvante préalables, discutées et planifiées collectivement lors d'une réunion de concertation (tumorboard). Jusqu'à aujourd'hui, trois plus tard, il n'y a pas eu de récurrence. Et ce, grâce notamment à une collaboration interdisciplinaire exemplaire entre les chirurgiens et les radiologues.

D'un point de vue sociologique, cela correspond exactement à la logique du pacte de travail. Plusieurs médecins ont évalué les risques et les chances, ils ont parlé avec le patient, ayant toujours en vue sa situation concrète. Après l'opération sont survenues les complications tout à fait habituelles qui ne cessèrent de s'aggraver. Une propre dynamique se développa, dans laquelle la pratique médicale professionnalisée n'était plus que dans une certaine mesure déterminante pour le déroulement dramatique qui suivit.

« Ceci est souvent oublié dans la politique actuelle de la santé, l'activité médicale étant de ce fait menacée par un processus de technocratisation et de déprofessionnalisation. »

Limitations d'ordre organisationnel et financier à la logique d'action professionnelle

Derrière la douleur persistante, diagnostiquée par erreur comme une infection de l'uretère et traitée durant le premier séjour en clinique, se cachait en fait un abcès de la taille d'une pomme et une ostéomyélite localisée dans le sacrum proche, comme le révéla le diagnostic d'abord clinique puis par IRM dans la deuxième clinique universitaire près du lieu de réadaptation. Que ceci n'ait pas été remarqué à la clinique universitaire de la première opé-

ration tient vraisemblablement à l'absence pour congés de l'opérateur et au manque de communication dans le service suite aux contraintes de temps et d'action auxquelles étaient visiblement exposés tant les médecins que le personnel soignant. Un lien de causalité avec la forte pression des économies et le système allemand des forfaits par cas est indéniable, car l'attention du début envers le patient fit de plus en plus place à la volonté de l'envoyer en centre de réadaptation malgré les douleurs; le pacte de travail existant au départ avec les médecins du tumorboard ne tenait, d'un point de vue structurel, plus qu'à des fils de plus en plus minces, la journée du patient était caractérisée par la routine de l'hôpital derrière laquelle la spécificité du cas menaçait de disparaître petit à petit.

Les proches du patient ont pu constater à maintes reprises la lourdeur et la longueur de la communication avec les autres services de la clinique lorsqu'il s'agissait de questions qu'il fallait rapidement régler à la suite de l'opération. Les raisons résidaient dans la complexité et la taille de la clinique, dans les compétences aux contours flous et dans les questions de responsabilité non réglées, par ex. concernant le transport du patient d'un bâtiment à l'autre au sein même du site de la clinique, de sorte que la logique initiale d'un pacte de travail ne pouvait en aucun cas se déployer. Enfin, aucune des parties prenantes n'eut plus l'occasion ou le loisir de demander si le diagnostic «infection de l'uretère» était correct, tandis que l'abcès se développait.

... aux conséquences presque létales

Aussitôt après que le service de chirurgie de la deuxième clinique universitaire, qui se présente elle-même comme centre d'excellence, eut diagnostiqué l'abcès et l'ostéomyélite, apparut une autre forme, extrêmement lourde de conséquences, d'une action professionnelle réalisée de manière incomplète en raison de compétences indéterminées et d'une mauvaise communication : la cavité de l'abcès fut immédiatement examinée par endoscopie, ce qui permit d'identifier une insuffisance anastomotique à peine visible que même le patient distinguait sur l'écran. Les deux gastroentérologues, qui, du fait de l'organisation de l'hôpital, n'avaient plus rien à voir avec le patient transféré dans le service de chirurgie, se mirent aussitôt d'accord pour utiliser le petit trou dans l'anastomose comme entrée afin d'éviter la cavité de l'abcès. Une décision correcte sur un plan purement médical, mais qui ne tenait pas compte du contexte global, avec des conséquences presque létales : peu après être revenu

dans le service de chirurgie, le patient fut pris de violents frissons qui lui rappelèrent aussitôt un sepsis similaire, mais moins aigu, en raison d'un érysipèle dû à un streptocoque. Dans sa panique, il fit appel au médecin de service qui, devait-il constater, n'était pas informé de ce qui s'était passé avant l'endoscopie. L'état du patient s'aggravant rapidement jusqu'à lui faire perdre connaissance, il fut transféré au service des soins intensifs avec une contamination septicémique où la défaillance multiviscérale fut évitée de justesse grâce à une réaction rapide.

On ne sait pas s'il y eut ensuite un retour d'information avec l'endoscopie. Sur le moment, personne n'a fait d'erreur dans le cadre de l'activité relevant de sa compétence, mais il ne se trouvait personne assumant la responsabilité globale, et ce en dépit de nombreux systèmes d'assurance qualité et de gestion des patients (avec les certificats correspondants affichés aux murs) et la fierté de se présenter comme «centre d'excellence». Se profiler via «l'output» de services spécialisés prend le pas sur une collaboration professionnelle en relation directe avec les patientes et patients, qui ne peut être présentée de façon aussi spectaculaire vers l'extérieur.

« Décisions ne sont pas généralisables et contrôlables d'une manière abstraite, mais toujours et seulement en relation avec le cas concret dans son unicité et son autonomie. »

Professionalisme au milieu de dynamiques déprofessionnalisantes

Malgré les dynamiques de déprofessionnalisation d'ordre structurel, on pouvait régulièrement observer comment l'action médicale tentait de s'opposer à ces tendances lors de la rencontre directe avec le patient: par exemple, dans la première clinique, le

chirurgien se rendit compte suite à un autre incident que l'atmosphère dans le service des soins intensifs était hautement néfaste pour le patient, lui nuisait plus qu'elle ne l'aidait, même si une surveillance intensive était indiquée. Malgré l'étonnement clairement exprimé par la direction des soins intensifs, le médecin prit la responsabilité, en concertation avec les membres de la famille, de transférer le patient sur sa demande expresse dans un service un peu moins surveillé, de fait éventuellement plus risqué, mais cependant plus humain (intermediate care).

C'est de tels détails que l'on comprend que l'action médicale dans le cadre d'un pacte de travail est toujours un arbitrage entre le pour et le contre, qu'il reste toujours des risques ou que même de nouveaux risques surviennent, quand une décision doit être prise. Et de telles décisions ne sont pas généralisables et contrôlables d'une manière abstraite, mais toujours et seulement en relation avec le cas concret dans son unicité et son autonomie, même si cette dernière est restreinte temporairement ou définitivement par la maladie. Aucun système d'assurance qualité normalisé, et donc aussi normalisant, ne peut remplacer de telles décisions qui constituent en elles-mêmes l'action médicale professionnalisée. En fait, ils peuvent même les rendre plus difficiles si la contrainte de se baser sur des paramètres extérieurs dévie le regard sur le patient en tant qu'être humain à part entière.

C'est ce qui a pu être constaté lorsqu'en raison de mauvais taux sanguins et d'un bigéminisme, la clinique de réadaptation avait envoyé d'urgence le patient au service cardiologique de la clinique universitaire allemande où l'abcès avait été soigné auparavant. Seules les objections énergiques du patient, soutenues par plusieurs de ses proches, lui ont épargné un cathétérisme cardiaque prescrit par routine, alors que les troubles du rythme cardiaque s'expliquaient par les suites du sepsis qui pesaient sur les reins ainsi que par les effets secondaires d'un antibiotique puissant comme l'indiquait la notice explicative. Dans ce service, qui lui aussi se présentait comme excellent, un pacte de travail n'avait jamais

été établi puisque le patient n'y était pas rentré de son plein gré, mais de manière routinière en raison des résultats d'analyse.

« D'une manière générale, les médecins en Suisse ont plus de temps d'examiner et d'écouter avec attention. »

Ce qui est identique et différent en Suisse

La situation changea fondamentalement lorsque le patient se rendit en Suisse pour se reposer après le traitement Endovac pour l'élimination de la cavité de l'abcès, qui en Allemagne s'arrête automatiquement au bout de 15 jours. A l'occasion d'un contrôle de routine chez un médecin de premier recours, les résultats sanguins étaient à nouveau très mauvais, certainement à cause d'une insuffisance rénale due au sepsis. Suite à cette constatation, le patient fut envoyé en urgence à l'hôpital pour un séjour stationnaire. Il fut alors confié aux bons soins d'un néphrologue avisé qui, dès lors, prit toutes les autres mesures en main et les coordonna. Reprise du traitement Endovac jusqu'à la cicatrisation de la cavité de l'abcès, surveillance de l'insuffisance rénale et de ses conséquences, contrôle des symptômes d'une gammopathie monoclonale de portée clinique non déterminée suite à une biopsie rénale et ostéo-médullaire. Toutes ces mesures furent coordonnées dans l'objectif d'un rapatriement qui n'a enfin eu lieu que 21 mois après la première intervention chirurgicale. Durant cette période, le convalescent découvrit peu à peu ce qui, en Suisse, est en principe identique, mais de fait différent. Conscient du danger d'idéaliser la Suisse en tant qu'Allemand, il résume les principaux points de la façon suivante:

D'une manière générale, les médecins ont plus de temps d'examiner et d'écouter avec attention. Dans le système de médecins agréés, il est tout naturel qu'ils travaillent étroitement ensemble et discutent les trai-



Son odyssee parmi les lits d'hôpitaux allemands et suisses fut un champ d'observation hautement intéressant pour le sociologue Ulrich Oevermann.

tements possibles. Les maladies découlant des problèmes survenus dans les cliniques allemandes ont été ici également soignées dans la mesure du possible. Il a vécu une expérience similaire dans une clinique universitaire suisse, vraisemblablement parce que, ici aussi, il y a plus de temps disponible pour la communication et la prise de responsabilité. Dans les hôpitaux suisses, le personnel soignant a bien davantage de compétences au sens d'attributions, il est en conséquence mieux formé et dispose de plus de temps que dans les hôpitaux allemands pour s'impliquer dans les questions et problèmes concrets des patients et tend bien plus à collaborer avec assurance et naturel avec les médecins.

Le sociologue et patient a rencontré dans le système de santé suisse de nombreux médecins allemands qui ont quitté l'Allemagne, notamment en raison de l'évolution déprofessionnalisante, par exemple avec l'introduction des forfaits par cas et la pression concurrentielle, pour venir exercer en Suisse. Ils estiment toujours que les conditions sont meilleures ici, tant pour eux-mêmes que pour les patientes et patients. L'avenir dira si cela restera ainsi, cela dépend à plusieurs égards des réformes actuellement discutées qui devraient toutes être analysées expressément quant à leur compatibilité avec la logique de l'action médicale professionnalisée. A l'objection habituelle selon laquelle le

déploiement systématique de cette logique coûterait trop cher, on peut opposer le cas présenté dans ces pages: cette odyssee qui dure maintenant deux ans et demi et qui se déroule dans les cliniques et cabinets allemands et suisses (y compris l'opération de rapatriement en Allemagne il y a un an qui s'est déroulée non sans problèmes) a été traumatisante pour le patient mais aussi pour ses proches; elle aurait peut-être pu être raccourcie de manière significative et donc moins onéreuse si les conditions cadres l'avaient permis dès la première intervention chirurgicale.

Professeur émérite de sociologie, fondateur de l'herméneutique objective, Ulrich Oevermann a étudié l'action médicale lors de nombreux projets de recherche. Historienne et sociologue, Marianne Rychner a rédigé une thèse sur la logique de l'action médicale.

Appel à participer à une étude de médecine de premier recours

Des participant(e)s à une étude sont recherchés. Dans les cantons de Vaud et de Berne va se dérouler, avec le soutien du Fonds national suisse, une étude sur l'amélioration du diagnostic de la pneumonie à l'aide de la procalcitonine et de l'échographie des poumons (UltraPro).

Texte : Andreas Kronenberg, réseau mediX Berne et Institut des maladies infectieuses de l'université de Berne

La progression de la résistance aux antibiotiques dans le monde entier est un problème de plus en plus préoccupant en corrélation avec la consommation d'antibiotiques. C'est pourquoi diverses approches visant à réduire la prescription d'antibiotiques dans les secteurs ambulatoire et stationnaire sont actuellement en cours d'examen. Cette étude soutenue par le Fonds national suisse et approuvée par les commissions d'éthique prévoit de comparer trois algorithmes différents pour le diagnostic de la pneumonie en milieu ambulatoire et d'analyser leur effet sur le taux de prescription d'antibiotiques. Elaborée en collaboration avec le réseau de médecins mediX Berne de l'Institut de médecine de premier recours de l'université de Lausanne, elle sera réalisée dans les cantons de Vaud et de Berne. Pour ce dernier, nous recherchons 21 médecins de premier recours disposés à participer activement à cette étude.

Peuvent y être intégrés tous les patients adultes avec suspicion de pneumonie. Concrètement, il doit y avoir une toux aiguë depuis moins de 21 jours accompagnée d'au moins un symptôme supplémentaire (fièvre > 4 jours/dyspnée/tachypnée/bruit respiratoire focal anormal). Le traitement se fait

alors selon l'un des trois algorithmes expliqués ci-après (figure 1), sachant que ce ne sont pas les patients mais les cabinets qui sont affectés aux groupes de traitement par randomisation. Ainsi, chaque médecin ne travaille qu'avec un seul algorithme.

1. « Usual care »: traitement comme jusqu'à présent; hémogramme, CRP et radio du thorax peuvent être réalisés mais ne sont pas obligatoires.
2. Procalcitonine (PCT): on détermine en plus la procalcitonine, un traitement antibiotique n'est prescrit que si $PCT > 0.25$.
3. Procalcitonine + échographie: en cas de procalcitonine positive, on procède en outre à un examen échographique des poumons; une thérapie avec des antibiotiques n'est prescrite que si le taux de PCT est élevé et le résultat de l'échographie anormal.

Tant l'instrument de mesure de la procalcitonine que l'échographe compact pour les poumons (figure 2) sont mis gratuitement à la disposition des cabinets. Une demi-journée d'instruction est prévue à propos du déroulement exact de l'étude, y compris les dispositifs électroniques; pour les cabinets avec échographe, une formation est prévue le même jour l'après-midi pour reconnaître les infiltrats pulmonaires à l'échographie. Aucune connaissance préalable en échographie n'est

Figure 1 :
randomisation en
3 branches d'étude

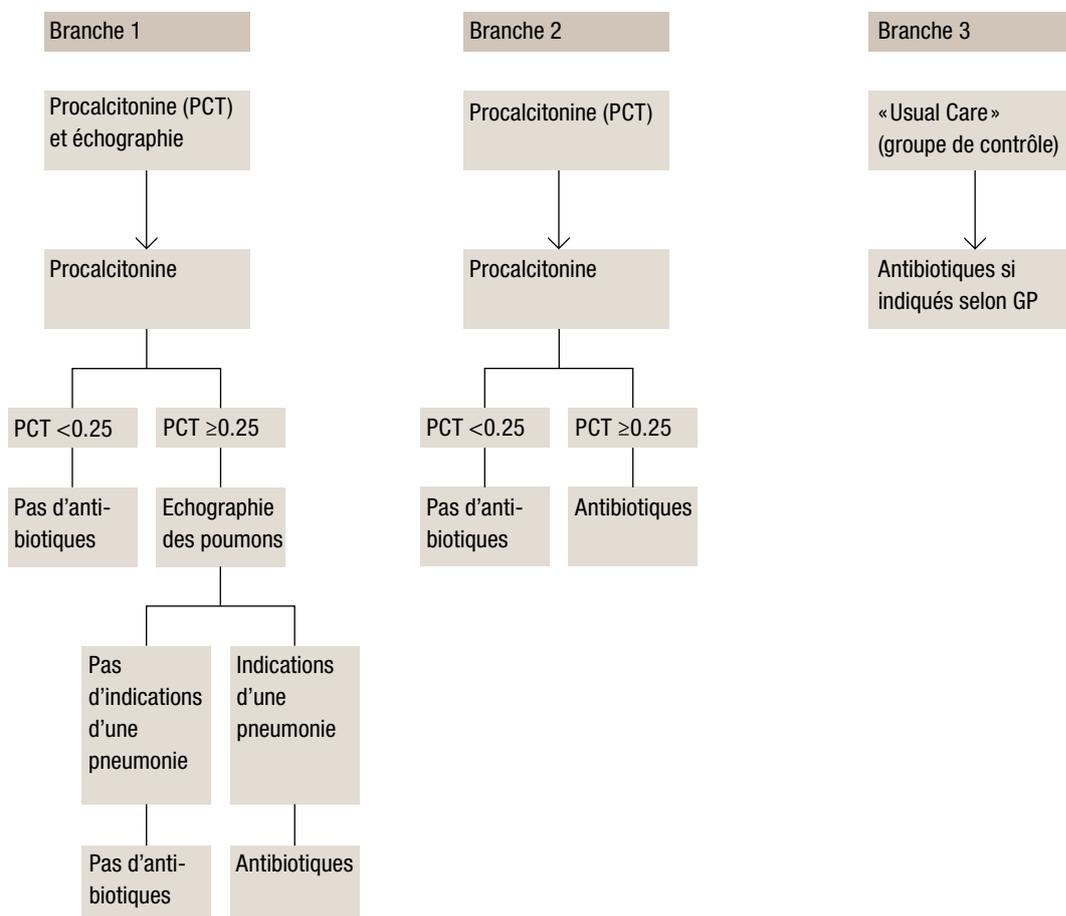


Figure 2 :
appareil pour l'échographie
des poumons avec
connexion à la tablette



nécessaire. Les formations prescrites peuvent être comptées comme mesures de perfectionnement (8 crédits pour la journée entière).

Nous nous sommes efforcés d'organiser le volet administratif d'une manière aussi simple et adaptée au quotidien d'un cabinet que possible. Actuellement, une étude pilote est en cours à la Permanence de la Polyclinique PMU-FLON à Lausanne pour, d'une part, vérifier la faisabilité et, d'autre part, dégager les éventuels potentiels d'optimisation du déroulement. Le plus grand défi résidera dans l'intégration dans le déroulement du cabinet en termes de temps, vu qu'outre l'information du patient, y compris «informed consent», ainsi que la prise de sang et de sécrétion de la région nasopharyngienne selon la branche d'étude, s'y ajoutent l'attente des résultats PCT (20 minutes) et l'échographie des poumons (12 à 15 minutes). Les tâches adminis-

tratives peuvent être effectuées en ligne à l'aide de la tablette mise à disposition. Des consultations de contrôle ne sont pas prescrites. En plus du journal du patient, le centre d'études mène des interviews téléphoniques avec les patients au 7^e jour et au 28^e jour. Bien entendu, le bien-être du patient est prioritaire et des écarts par rapport à l'algorithme de traitement sont possibles à tout moment, à condition qu'ils soient documentés et justifiés. Le temps de consultation «normal» est compensé par la caisse maladie. Le temps supplémentaire nécessaire à l'information du patient et à l'inclusion de l'étude ainsi qu'à l'examen échographique sera indemnisé par l'étude à hauteur de 50 francs suisses par patient ou 100 francs suisses avec l'échographie. Les frais concernant les analyses supplémentaires (procalcitonine/sécrétion de la région nasopharyngienne) sont également pris en charge par l'étude. Nous comptons sur l'inclusion de 15 patients sur une période de 15 mois (un patient par mois). Le lancement sera échelonné aussitôt après la formation au début de l'été 2018.

Si vous êtes intéressé ou avez des questions, veuillez vous adresser à: Andreas Kronenberg, réseau mediX Berne et l'Institut des maladies infectieuses, université de Berne (andreas.kronenberg@praxis-bubenber.ch) ou Noémie Boillat-Blanco, service d'infectiologie, centre hospitalier universitaire de Lausanne, Lausanne (noemie.boillat@chuv.ch).



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