



doc.be

Le magazine de la
Société des Médecins
du Canton de Berne

N°1
février 2018



Sujets de cette édition

**Service d'urgence
ambulatoire dans le canton
de Berne**

**Plus de places d'études
en médecine humaine**

**Relation médecin-patient
à l'ère numérique**

Service d'urgence ambulatoire – quel avenir ?



Alors qu'il y a encore quelques années, le service d'urgence ambulatoire faisait logiquement partie intégrante de notre activité de médecin, que nous accomplissions certes sans grand enthousiasme, mais avec conviction, il est devenu désormais pour beaucoup une corvée à laquelle on essaie de se soustraire par tous les moyens.

Bien entendu, les changements au niveau des conditions cadres et surtout l'évolution de la conception de la profession et des rôles au sein du corps médical exigent des adaptations structurelles. C'est ainsi qu'un groupe de projet de la SMCB s'est aussi emparé du sujet et présente les résultats de son travail dans la présente édition de doc.be. Il en ressort que certaines choses ont déjà été réalisées mais qu'il y a encore beaucoup à faire. A ce niveau, nous nous trouvons face à une décision fondamentale : restons-nous maîtres de l'organisation du service d'urgence ambulatoire ou la déléguons-nous à l'Etat ou des organisations privées ? Continuons-nous à exercer une compétence centrale de notre activité de médecin de manière autonome, du moins jusqu'à un certain degré, ou devenons-nous des exécutants ? Réfléchissons bien avant de renoncer vraiment à notre autonomie dans ce domaine. Car une chose est claire : l'obligation de participer au service d'urgence ambulatoire existe et cela ne va pas changer pour l'instant.

Et nos patientes et patients ? Ils se rappelleront très certainement qui les a aidés dans l'urgence. Ils seront donc également là pour nous lorsque nous aurons besoin d'eux. Ou ils ne le seront pas. Car ce n'est qu'une question de temps d'ici que soit organisé un référendum législatif ou une votation populaire nous concernant directement.

Dr Rainer Felber
Vice-président de la Société des Médecins du Canton de Berne

Contenu

4 Evolution de l'organisation du service d'urgence ambulatoire dans le canton de Berne

La participation au service d'urgence obligatoire ne fait plus l'unanimité parmi les médecins. Une analyse de la SMCB expose les voies possibles pour une évolution.

10 Autonomie signifie également responsabilité

Commentaire du président de la SMCB Beat Gafner concernant l'analyse du service d'urgence

11 Cent places d'études de plus en médecine humaine – cui bono ?

Cent places d'études supplémentaires en médecine humaine à Berne, en a-t-on vraiment besoin ? Et si oui, cui bono, à qui cela profite-t-il ?

14 « En tant que médecins, nous devons renforcer notre cohésion »

doc.be a demandé au professeur Aristomenis Exadaktylos comment il entend aborder sa fonction de secrétaire scientifique de la SMCB.

16 Qualifier, telle est la formule magique

Grâce à Google et compagnie, les profanes en matière médicale ont la possibilité de s'informer facilement et rapidement. Dans quelle mesure cela modifie-t-il la relation entre médecin et patient ?

17 AD Swiss – la plateforme eHealth de votre choix

Pour les médecins exerçant dans le secteur ambulatoire, la participation au dossier électronique du patient (DEP) est facultative. La question se pose toutefois de savoir ce que le DEP signifie pour eux.

20 La philosophie classique comme source d'inspiration et d'orientation dans le quotidien du cabinet

Une formation CAS de l'université de Lucerne allie philosophie et médecine.

22 Elections 2018 au Grand Conseil: Portraits personnels des candidats

Portraits personnels des membres de la SMCB.

Rapport annuel 2017 de l'organe de médiation de la Société des Médecins du Canton de Berne

En 2017, nous avons traité 83 demandes qui ont toutes pu être réglées avant fin décembre. Comme l'année précédente, les femmes se sont plus souvent manifestées que les hommes : 46 contre 37.

Les principales raisons de conflit entre médecin et patient(e) relèvent toujours de problèmes de communication entraînant des malentendus ou de mauvaises interprétations, voire même une insatisfaction à propos du traitement, ces problèmes étant également très souvent liés à des réclamations ou de mauvaises interprétations des factures médicales. Les points conflictuels résidaient ici essentiellement dans le manque de transparence des positions Tarmed ou bien dans la réticence du médecin à fournir des renseignements sur les différents postes de la facture. De plus, les majorations souvent tarifées pour les urgences ou le poste « Travail en l'absence du patient » apparaissant fréquemment sur les factures sont difficiles à comprendre pour les patients.

Même si cela est un peu moins fréquent qu'en 2016, un autre point conflictuel reste la remise du dossier du patient à la demande de ceux-ci.

Dans la plupart des cas, nous avons pu régler les problèmes de communication grâce à des entretiens du médiateur / de la médiatrice avec le patient / la patiente ou les cabinets médicaux impliqués, accompagnés d'échanges de courrier, de messages électroniques et de conversations téléphoniques avec toutes les personnes concernées.

Pour terminer, nous souhaitons adresser nos vifs remerciements au secrétariat de la SMCB, Madame Müller et Madame Zurkinden, qui se chargent avec beaucoup de compétence des appels téléphoniques et se tiennent à disposition en cas de questions.

Organe de médiation de la Société des Médecins du Canton de Berne
Drs Helene et Beat Baur

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: Keystone

Evolution de l'organisation du service d'urgence ambulatoire

La conception de la profession et du rôle chez les (jeunes) médecins est en pleine mutation. La participation au service d'urgence obligatoire ne fait plus l'unanimité parmi les médecins. La SMCB a réalisé une étude afin de mettre en évidence les possibles évolutions du service d'urgence ambulatoire.

Texte : Andreas Bühner, Beat Gafner, Rainer Felber, Thomas Eichenberger

L'organisation du service d'urgence ambulatoire et les problèmes de sa mise en œuvre constituent un sujet récurrent de la politique corporative. Certes, différentes mesures ont permis de régler des points litigieux et d'obtenir une certaine amélioration. Mentionnons à cet effet le bon développement du centre d'appels des médecins MEDPHONE, la coopération de nombreux cercles de service d'urgence ambulatoire avec les portes d'urgence des hôpitaux ou des institutions similaires tels que les cliniques walk-in, la mise en place de postes de médecins rattachés aux portes d'urgence des hôpitaux et la rédaction des principes de la SMCB pour la réglementation du service d'urgence ambulatoire dans les cercles médicaux avec l'annexe « Critères de reconnaissance des services d'urgence spécialisés ».

Il n'en reste pas moins que le service d'urgence ambulatoire est un thème récurrent. Les changements structurels au niveau de la prise en charge

médicale et, surtout, l'évolution de la conception de la profession et du rôle, spécialement parmi les médecins de la jeune génération, font que les structures actuelles ne répondent plus aux exigences ni aux besoins. Des mesures supplémentaires restent donc nécessaires.

Afin de mettre en évidence les possibles évolutions du service d'urgence ambulatoire, la SMCB a créé fin 2016 un groupe de projet qui a travaillé en collaboration avec l'expert Andreas Bühner, dr sc. nat. et méd., qui dispose de connaissances approfondies dans le domaine de la médecine et le secteur de la santé. Le présent article présente les résultats du travail de ce groupe de projet, ainsi que les conclusions qui en ont été tirées en association avec les présidents des cercles médicaux et des sociétés spécialisées.

L'enquête

En mai 2017, une enquête par questionnaire fut lancée avec la participation des cercles médicaux (CM). 31 cercles de service d'urgence ambulatoire du canton de Berne et, en option, les services d'urgence spécialisés furent interrogés.

Les résultats de l'enquête furent présentés et discutés lors de la conférence élargie des présidents qui s'est tenue le 8 juin 2017 à Schönbühl. Il fut décidé de relancer les cercles de service d'urgence ambulatoire n'ayant pas répondu, ce qui permit d'augmenter le taux de réponse au questionnaire envoyé aux 31 cercles de service d'urgence des médecins de premier recours, ce taux passant de 18 (58%) à 23 (74%). Nous n'avons reçu que très peu de questionnaires de la part des services d'urgence spécialisés.

L'enquête comprenait des questions sur les thèmes suivants :

- A Organisation du cercle de service d'urgence**
- B Personnes dans l'obligation de participer au service d'urgence ambulatoire**
- C Taxe de compensation**
- D Composition du service d'urgence ambulatoire**
 - **Nombre de médecins affectés**
 - **Sollicitation durant le service d'urgence**
- E Evaluation de l'organisation et de la situation**
 - **Nécessité d'agir au niveau du service d'urgence ambulatoire**
 - **Les défis/problèmes**
 - **Idées pour l'évolution**

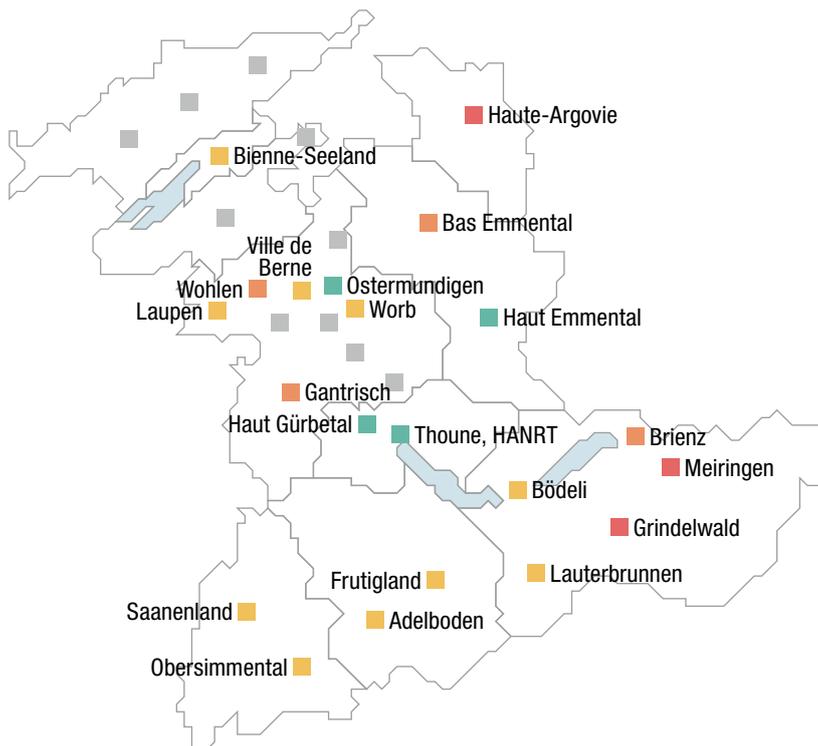
Résultats choisis

Nous vous présentons et discutons ci-après les résultats de quelques thèmes choisis.

Nécessité d'agir

Environ un tiers (33 %) des personnes interrogées jugent que la nécessité d'agir est urgente. Presque la moitié (48 %) estiment qu'il faudra agir à moyen terme, et un cinquième (19 %) ne voit aucune nécessité d'agir. Le diagramme suivant présente la répartition par région (n = 31).

- Immédiatement (3)
- Bientôt (1 à 2 ans) (4)
- Moyen terme (3 à 5 ans) (10)
- Non (4)
- Inconnu (10)



MEDPHONE – le centre d'appels dans le canton de Berne

78 %

des 23 cercles de service d'urgence ambulatoire ayant participé à l'enquête collaborent avec MEDPHONE comme centre d'appels.

Quelques-uns coopèrent avec des hôpitaux régionaux en termes de numéros d'appel d'urgence. D'autres renoncent à un centre d'appels. De ce fait, le canton de Berne dispose actuellement déjà d'un seul centre d'appels cantonal qui est aux mains des médecins et couvre une grande partie du canton.

Tâches durant le service général d'urgence ambulatoire

Dans tous les cercles de service d'urgence ambulatoire, les consultations d'urgence en cabinet ou dans une structure similaire, les visites à domicile ainsi que la constatation de décès font partie des tâches du service d'urgence.

Pour

87 %

des cercles de service d'urgence ambulatoire, le placement à des fins d'assistance et l'urgence potentiellement létale font également partie de leurs tâches.

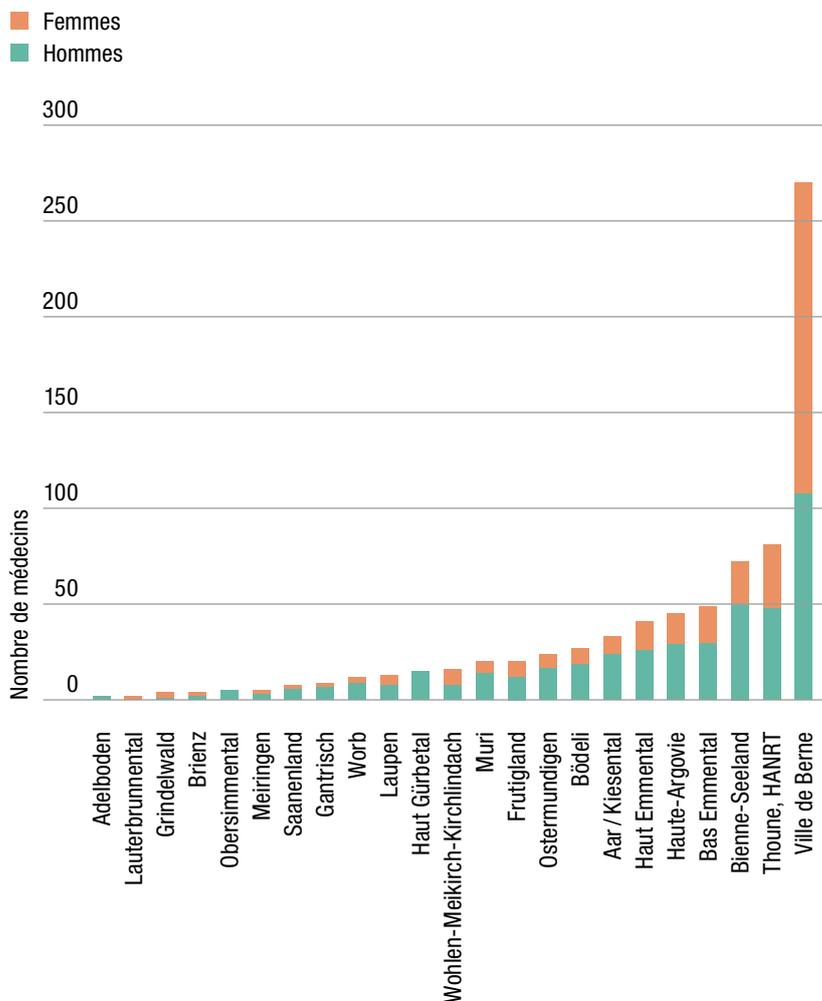
Pour cinq cercles vient s'y ajouter l'évaluation de l'aptitude à supporter la détention. Cette dernière est actuellement l'objet de discussions avec la direction de la santé et des affaires sociales (tâche des médecins durant le service d'urgence ambulatoire? rémunération? etc.).

Taxe de compensation

Les taxes de compensation perçues sont utilisées pour le bien du service d'urgence, conformément à leur destination.

Nombre de médecins dans les cercles de service d'urgence ambulatoire

Ce qui frappe dans ce diagramme, ce sont les grandes différences en ce qui concerne le nombre de médecins participants dans les différents cercles de service d'urgence ambulatoire (min : 2 / médian : 16 / max : 270 / n = 23).



Sollicitation durant le service d'urgence

La sollicitation des cercles de service d'urgence ambulatoire est hétérogène et va de « presque pas de travail » (surtout la nuit) à « pratiquement plus faisable ». Outre l'intensité, la fréquence des services d'urgence ambulatoire par personne est à prendre en compte et devient critique dans certains cercles.

Défis

Les points suivants ont été indiqués comme défis :

- La mutation structurelle dans le domaine des soins médicaux et l'évolution de la société. Cela signifie moins de cabinets individuels, plus de salariés, plus de temps partiel, plus de femmes, lieu de travail différent du lieu de résidence, des entreprises de plus en plus importantes dans le secteur ambulatoire ;
- l'organisation du service d'urgence ambulatoire devient de plus en plus complexe. De plus, aucun dédommagement n'est prévu car il n'existe pas de mandat de prestations. Tarmed ne dédommage pas l'organisation du service d'urgence ambulatoire ;
- répartition inégale du service d'urgence ambulatoire : les petits cercles sont beaucoup plus sollicités en raison de la fréquence du service ;
- pénurie de médecins de premier recours, vieillissement, problème de relève dans les régions rurales ;
- le service d'urgence ambulatoire comme handicap lors de la recherche d'un successeur pour le cabinet ;
- mécontentement en raison de l'obligation de service d'urgence ambulatoire et baisse de la disposition à y participer ;
- tensions entre médecins de premier recours et spécialistes : pour différentes raisons, les spécialistes ne veulent plus participer au service général d'urgence ambulatoire.

Evolution

Les idées suivantes ont été citées en vue d'une évolution du service d'urgence ambulatoire :

- élargir les cercles de service d'urgence ;
- professionnalisation (toutefois : qui donne le mandat ? qui paie ?) ;
- meilleure coopération avec les autres organisations ;
- élaborer un modèle de financement, participation du canton ;
- développer un service prospectif (tenir compte de la mutation structurelle et de l'évolution de la société) ;
- implication de la base ;
- thématiser la répartition équitable du service ;
- défis différents selon les régions : il faut rechercher des solutions régionales ;
- encourager l'échange entre les régions de service d'urgence ambulatoire dans le canton ;
- tenir compte du niveau cantonal et national : la prise en charge médicale est cantonale, le tarif est national.

Conclusions

L'enquête et la discussion des résultats révèlent que :

- il est nécessaire d'agir, partiellement dès maintenant, assurément dans 3 à 5 ans ;
- les solutions régionales sont recherchées ;
- une solution centralisée sous la responsabilité de la SMCB n'est actuellement pas souhaitée.

Les tâches suivantes figurent, pour la SMCB, au premier plan :

- garder une vue d'ensemble de tout le canton de Berne, éventuellement réaliser une nouvelle enquête dans 3 à 5 ans ;
- encourager l'échange entre les régions ;
- proposer un soutien ponctuel, par ex. pour un projet pilote ;
- représenter les thèmes cantonaux et nationaux.

Andreas Bühler, dr sc. nat. et méd., était initialement médecin avant d'obtenir un doctorat en génie biomédical et informatique médicale à l'EPF de Zurich ainsi qu'un diplôme postgrade en statistique appliquée. Il est aujourd'hui conseiller indépendant dans un domaine se situant à la croisée de la médecine/soins médicaux, des systèmes informatiques, de l'analyse des données, du management et des tensions qu'ils suscitent. www.a-b-consulting.ch

Discussion

Les travaux du groupe de projet et notamment l'enquête confirment que le service d'urgence ambulatoire dans le canton de Berne se caractérise par une hétérogénéité prononcée. Ceci concerne l'organisation du service d'urgence ambulatoire, la sollicitation due à ce service, les problèmes et la nécessité impérieuse de définir des solutions et de nouvelles voies. Mais il en ressort aussi clairement que la mutation structurelle et la conception de la profession et du rôle au sein du corps médical exigent d'élaborer, au moins à moyen terme, de nouvelles formes d'organisation dans le domaine du service d'urgence, par exemple vers des offres professionnalisées. Cependant, le degré de prise de conscience du problème varie encore énormément selon les personnes, puisque, malgré la relance, seuls 74 % des cercles de service d'urgence ambulatoire interrogés ont participé à l'enquête.

Effet positif des mesures engagées

L'enquête a confirmé que les mesures déjà prises, évoquées dans l'introduction, sont judicieuses et ont un effet positif. Mentionnons spécialement à ce sujet le centre d'appels des médecins MEDPHONE avec lequel 78 % des cercles de service d'urgence ayant répondu collaborent déjà. Des analyses provenant d'autres cantons nous apprennent qu'une coopération aussi étendue que possible avec un seul centre d'appels constitue une base importante pour l'élaboration de nouvelles formes d'organisation du service d'urgence ambulatoire. Dans le canton de Berne, nous avons donc déjà franchi une étape importante dans ce domaine. Le fait qu'il y ait actuellement des cercles de service d'urgence qui mettent fin à la coopération avec MEDPHONE doit être vu dans ce contexte comme une régression et donne à réfléchir.

Les cercles médicaux veulent conserver leur autonomie

Lors de la discussion sur l'enquête et les problèmes qui se posent, il est vite apparu que des solutions régionalisées sont recherchées et que les cercles médicaux veulent conserver leur autonomie actuelle et leur statut de première instance en termes de responsabilité. C'est ce que les représentants des cercles médicaux ont confirmé à plusieurs reprises. Une organisation globale du service d'urgence ambulatoire, couvrant l'ensemble du canton, n'est pas, du moins pour l'instant, un objectif prioritaire. De ce fait, les cercles médicaux se doivent donc, en premier lieu, de participer activement à l'amélioration de l'organisation du service d'urgence ambulatoire.

Pour la SMCB, sa tâche consiste, du moins dans un premier temps, principalement à proposer des solutions, apporter son concours en conseillant, encourager l'échange entre les parties prenantes, représenter le corps médical vis-à-vis de l'extérieur (par exemple envers les autorités), soutenir des projets pilotes et assumer son devoir de surveillance défini dans les statuts et les règlements. Par ailleurs, la SMCB visera assurément à poursuivre l'harmonisation des réglementations du service d'urgence ambulatoire des cercles médicaux, telle qu'elle a été initiée lors de la définition des principes du service d'urgence avec l'annexe relative aux services d'urgence spécialisés et déjà mise en œuvre dans plusieurs cercles médicaux.

L'obligation de participer au service d'urgence ambulatoire continue d'exister!

Malgré toutes ces discussions, il ne faut pas oublier une chose: en vertu des bases légales en vigueur, l'obligation de participer au service d'urgence ambulatoire est inchangée et s'applique à tous les médecins engageant leur responsabilité personnelle avec autorisation de pratiquer (donc également à ceux qui sont employés dans des cabinets ou centres médicaux), qui doivent s'en acquitter, à quelques exceptions près, en participant au service d'urgence ambulatoire ou en payant une taxe de compensation (selon les réglementations en vigueur).

En outre, le service d'urgence ambulatoire est organisé dans le canton de Berne par les associations professionnelles, la première instance en termes de responsabilité étant les cercles médicaux, structure que l'on souhaite conserver (voir ci-dessus). La responsabilité reste du ressort des cercles médicaux ou de leurs comités directeurs s'ils coopèrent avec des institutions privées au niveau du service d'urgence ambulatoire.

La SMCB continuera à observer attentivement l'évolution structurelle du service d'urgence et à l'objectiver en menant de nouvelles enquêtes. Un point important sera également la participation à la révision de la loi sur la santé du canton de Berne qui devrait avoir lieu en 2020.

Pour tous ces changements, il ne tient qu'au corps médical de décider s'il souhaite conserver l'organisation du service d'urgence ambulatoire au nombre de ses responsabilités ou s'il préfère la céder, vraisemblablement de manière irrévocable, à l'Etat ou des institutions privées axées sur le profit. En fait, il s'agit ni plus ni moins de savoir si nous voulons continuer à exercer une compétence centrale de notre activité de médecin de manière autonome, du moins jusqu'à un certain degré, ou devenir des exécutants.

Autonomie signifie également responsabilité

« You Can't Always Get What You Want » – The Rolling Stones – Album « Let It Bleed », 1969. A l'époque, j'avais déjà choisi ce sous-titre en introduction à mon « Monitorage du service d'urgence ambulatoire dans le canton de Berne – 2006 ». Le titre peut s'adresser autant à vous, lecteurs, qu'à moi, auteur du texte, ou bien être compris comme une constatation à valeur générale.

Texte : Beat Gafner, président de la Société des Médecins du Canton de Berne

Dans l'exercice de ma profession en tant que médecin de premier recours, il va de soi que l'exercice et l'acquiescement de l'obligation logique de participer au service d'urgence ambulatoire font partie des tâches que la société m'impose, que ce soit dans le serment d'Hippocrate en l'an 460 av. J.-C. ou aujourd'hui en 2018 ap. J.-C. Avec ou sans législation cantonale, fédérale ou européenne. Par qui d'autre que le médecin sur place ? En contrepartie, la société m'accorde des privilèges dans l'exercice de ma profession dont d'autres métiers artisanaux ne bénéficient pas. Tel était le principe jusqu'à présent.

Aujourd'hui, les autorités à tous les niveaux refusent d'apprécier et d'honorer l'importance et la charge de l'exercice du service d'urgence ambulatoire. Elles préfèrent en revanche réglementer jusqu'à l'étranglement. Et c'est encore au niveau communal, à proximité immédiate des citoyens, que cela se pratique le moins. CHF 5.– par habitant et habitante serait de trop ? Plutôt seulement CHF 2.20 ou mieux CHF 0.–, comme le montre le débat au parlement cantonal de Zurich ! Le canton de Berne supprime même la subvention de pas moins de CHF 200 000.–, obligeant ainsi la société indépendante MEDPHONE AG à

augmenter fortement la franchise permettant de couvrir les coûts dont les personnes cherchant de l'aide doivent s'acquitter.

En revanche, dans ma fonction de président, j'ai dû bien des fois ravalier ma salive à la lecture des demandes d'exemption du service d'urgence ambulatoire, vu les motifs présentés et, de plus, appuyés par des attestations de collègues médecins, pour se soustraire à ces contraintes. Et ce, indépendamment de la spécialité ou du genre, mais propre à la génération ! Arrêtons avec ce bla-bla-bla de « work-life-balance » que nous sommes seuls à pouvoir revendiquer et, pour l'instant, vivre dans nos pays riches, et engageons-nous à nouveau en faveur d'un « Good life means balanced work ». L'eustress ne fait pas de mal.

Un renforcement de l'organisation du service d'urgence ambulatoire au sens de l'idée de projet initiale doit malheureusement se limiter à une consécration du statu quo. Telle est la principale conclusion après l'achèvement du travail de projet. Cette confirmation de l'autonomie inconditionnelle des cercles médicaux (CM) dans l'organisation du service d'urgence ambulatoire, général ou spécialisé, invite clairement le comité de direction de la SMCB à ne pas envisager de centralisation à court terme. Pour les comités directeurs des cercles médicaux, cela signifie en revanche

qu'ils ont la tâche permanente d'assumer bien davantage la responsabilité de l'organisation du service d'urgence, aussi bien dans tout le canton pour le service ambulatoire général que dans les agglomérations pour le service spécialisé en cas de besoin ! L'engagement dont ont fait preuve les CM jusque maintenant ne suffit plus. Comment puis-je affirmer une telle chose ? Malgré des relances répétées, un quart des cercles de service d'urgence ayant reçu le formulaire n'ont pas pris part à cette enquête fondamentale.

« You don't always get what you want – But if you try sometimes you might find just. »

Les documents consensuels « Principes de la SMCB concernant la réglementation du service d'urgence ambulatoire dans les cercles médicaux » et « Critères de reconnaissance des services d'urgence spécialisés dans les cercles médicaux (CM) du canton de Berne », adoptés en 2016 par tous les présidentes et présidents de cercles médicaux et le comité de direction de la SMCB, leur fournissent les principales lignes directrices (doc.be 4/2016).

Cent places d'études de plus en médecine humaine – cui bono ?

Cent places d'études supplémentaires en médecine humaine à Berne, en a-t-on vraiment besoin ? Et si oui, à qui cela profite-t-il ? Avons-nous aujourd'hui trop de médecins, le nombre qu'il faut ou pas assez ? De quels médecins avons-nous besoin et comment pouvons-nous, le cas échéant, influencer le choix de leur spécialisation ?

Texte : Peter Egli, décanat de la faculté de médecine de l'université de Berne
Photo : Unsplash.com

D'une manière générale, on semble s'accorder sur le fait qu'il existe aujourd'hui une pénurie de médecins qui tendra à s'intensifier à l'avenir. Tout le monde, et plus particulièrement le secteur de la formation, a donc été appelé à devenir actif. La Confédération a mis en place des commissions et demandé une augmentation de 50 % du nombre de diplômés, pour atteindre 1200 à 1300 par an. Certains dans le monde politique ont demandé sous forme d'ultimatum la suppression des restrictions d'admission aux études de médecine, sans même expliquer quelque peu comment y parvenir sur le plan logistique et, notamment, comment cela pourrait être financé. Et dans ce champ de tensions entre les exigences toujours plus élevées en termes d'excellence en recherche, une prestation médicale sous grande pression et la propre volonté de proposer un cursus moderne, excellent et orienté vers la pratique dont les diplômés qui entrent en formation postgrade sont les « bons » car de haute qualité, les

universités avec leurs facultés de médecine tentent d'être à la hauteur des pressions de toute part et augmentent continuellement le nombre de places d'études. C'est le cas à Berne où, à l'échelle de la Suisse, le nombre de places a crû le plus ces dix dernières années, et ce sans soutien substantiel de la Confédération et du canton, du moins jusqu'en 2017.

Nos études de médecine à Berne dérivent, dans la forme actuelle, d'un curriculum largement réformé en plusieurs étapes depuis les années 1990 : moins de cours magistraux ex cathedra, travail en commun sur des contenus didactiques en petits groupes de sept à huit étudiants sous la direction d'un tuteur (apprentissage basé sur une problématique), plus d'autoapprentissage, transmission de compétences sociales. Les études ne visent pas uniquement à transmettre un savoir, mais de plus en plus un savoir-faire et un comportement. Intégrer davantage des aspects de médecine générale dans les études remonte à une motion au Grand Conseil en 1977, qui a conduit à la création de l'instance facultaire de médecine de premier recours (FIHAM) en 1983,



aujourd'hui l'Institut bernois de médecine de premier recours (BIHAM). Avec peu de ressources, mais d'autant plus d'engagement, la médecine de premier recours s'est vue de plus en plus intégrée dans le curriculum bernois et, actuellement, 700 à 800 médecins formateurs nous soutiennent dans la formation de nos étudiants en cabinet de médecine de premier recours. Aujourd'hui, nous pouvons être fiers d'avoir un BIHAM qui non seulement s'engage avec succès dans la formation, également postgrade, mais a mis aussi en place en peu de temps une activité de recherche performante. Mais en dépit de ces bonnes conditions, on n'arrive pas vraiment à faire en sorte qu'il y ait suffisamment de médecins optant pour la profession de médecin de premier recours : 20 % actuellement, alors qu'il faudrait qu'ils soient 50 % pour assurer en gros le service médical de base au regard de la vague de départ à la retraite chez les médecins de premier recours.

Un problème existe dès le début des études. Ainsi, près de 50 % des étudiants commençant leurs études en médecine humaine déclaraient avoir comme objectif de devenir médecin spécialiste, de préférence en hôpital, et seulement environ 6 % mentionnaient la médecine de premier recours (M. Schaufelberger, 2011). Sélectionnons-nous les mauvais étudiants lors du test d'aptitudes aux études de médecine (AMS), appelé vulgairement *numerus clausus*? L'AMS a été introduit pour la première fois en 1998. L'objectif était alors non seulement de pouvoir proposer des études de haute qualité grâce à un faible nombre d'étudiants – plus de qualité que de quantité – mais aussi, surtout du point de vue politique, de réduire le nombre de diplômés afin d'éviter l'émergence d'une pléthore de médecins (!) et de lutter contre une nouvelle hausse des frais médicaux! Faudrait-il revoir en profondeur l'AMS dans l'objectif de prédéterminer à l'aide des résultats du test la filière d'études et la possible orientation professionnelle que les médecins prendront plus tard? Ou bien, la proposition de la conseillère nationale Ruth Humbel d'introduire une année de pratique comme critère d'admission à la place de l'AMS ou en complément mène-t-elle au but? Toutefois, pour ce qui est de la dernière proposition, il faut sérieusement se poser la question de la faisabilité.

Au niveau de la formation, nous sommes régulièrement confrontés à la demande d'accorder plus de place à la médecine de premier recours. Nous le mettons en œuvre aussi bien et aussi largement que possible. A l'avenir, tous les étudiants en médecine

devront ainsi obligatoirement passer un mois dans un cabinet de médecine de premier recours durant leur année d'études à option. Cependant, cette mesure seule ne suffit pas en soi. Un point déterminant est et reste l'enthousiasme affiché des médecins formateurs pour leur profession, afin de motiver en conséquence les futurs collègues. Dans toutes ces discussions, il faut d'autre part être conscient que la formation ne peut avoir pour tâche de proposer des études s'orientant en premier lieu, voire exclusivement, sur le fait que les diplômés exerceront éventuellement comme médecin de premier recours. J'ai toujours compris notre mission comme devant transmettre aux futurs médecins une formation générale très large au cours de laquelle ils doivent ou peuvent découvrir tous les aspects de la médecine, de la vaste médecine de premier recours à la médecine hautement spécialisée. Et je suis donc un adversaire déclaré d'une formation qui demanderait qu'on opte définitivement pour une spécialité à la fin de la deuxième année de médecine. Sinon, nous allons finir dans une tour de Babel médicale où personne ne comprendra plus personne.

La formation postgrade et notamment les options en termes d'exercice de la profession sont, de mon point de vue, déterminantes pour la décision finale de devenir médecin de premier recours. Des curricula optimaux pour la formation postgrade ainsi qu'un environnement professionnel attractif à tout point de vue sont vraisemblablement d'une importance capitale. Malheureusement, il existe encore trop peu de données objectives qui permettraient de confirmer ma déclaration ci-dessus et de définir concrètement « optimal » et « attractif » dans ce contexte. Il s'agit là de thèmes que la recherche universitaire devrait davantage s'approprier.

La décision de l'université et de la faculté de médecine de Berne d'augmenter de 100 le nombre de places d'études – alors qu'elles sont déjà passées de 125 à 220 entre 2007 et 2014 – n'était pas vraiment le résultat d'analyses approfondies déterminant le nombre et le type de médecins dont la Suisse a réellement besoin. Le cadre universitaire est trop restreint pour discuter les questions posées en introduction et y apporter une solution. Sur ce point, c'est à la politique, aux représentants spécialisés et notamment à toute la société d'intervenir. Il est incontestable que nous avons un besoin urgent de médecins de premier recours. La faculté de médecine était et est toujours disposée, indépendamment des cent places d'études supplémentaires, à apporter sa contribution à la solution du problème.

D'ici 2025, le nombre de diplômés en médecine humaine augmentera dans toute la Suisse, passant d'actuellement 850 diplômés par an à 1350. L'université de Berne crée aussi environ cent nouvelles places d'études.

« En tant que médecins, nous devons renforcer notre cohésion »

En octobre 2017, le professeur Aristomenis Exadaktylos a été élu à l'unanimité secrétaire scientifique de la Société des Médecins du Canton de Berne. doc.be lui a demandé comment il entendait aborder sa nouvelle fonction.

Interview: Simone Keller, service de presse et d'information
Photo: zVg

doc.be: Monsieur Exadaktylos, vous travaillez comme médecin-chef et directeur à l'hôpital universitaire d'urgence et vous avez un extraordinariat en médecine de premier recours à l'université de Berne. Quelle est la relation entre votre travail et la SMCB ?

Aristomenis Exadaktylos: La médecine d'urgence est une discipline très vaste. Nous sommes comme des médecins de premier recours, mais dans un hôpital universitaire. Je veux dire par là que nous avons de très nombreux contacts avec les quelque 80 instituts de l'hôpital de l'île et nous sommes aussi en étroite relation avec les médecins qui nous envoient leurs patients ou d'autres hôpitaux. La médecine d'urgence est un service public et notre centre d'urgence est le plus grand de la région de Berne. C'est pourquoi il est à mon avis capital que nous nous engagions sur le plan politique. Et ce, dans l'intérêt de l'ensemble du corps médical, aussi

bien pour les médecins de premier recours que pour les spécialistes. C'est d'autant plus vrai actuellement car nous vivons une période de grands bouleversements.

« Nous, en tant que médecins, nous devons renforcer notre cohésion et éviter de nous focaliser de trop sur les différences qui existent entre nous. »

Où voyez-vous actuellement les plus grands défis pour le corps médical ?

Un point crucial est sans aucun doute l'évolution des coûts et des recettes ainsi que les révisions concernant TARMED et DRG. A mon sens, le positionnement et la perception du corps médical dans l'opinion publique constituent un défi particulier. Mon jugement personnel est que les médecins font trop peu de cas de leur présence dans



«Le corps médical doit jouer un rôle beaucoup plus actif dans l'opinion publique, mais aussi dans la diffusion du savoir et des connaissances.»

l'opinion publique. Autour de nous, il y a beaucoup de groupes avec un lobby fort. Nous, en tant que médecins, nous devons renforcer notre cohésion et éviter de nous focaliser de trop sur les différences qui existent entre nous. En fait, la médecine est un des piliers du bon fonctionnement de la société, ne nous laissons pas reléguer au dernier rang !

«Je vois mon rôle à la SMCB un peu comme cela: je me trouve à l'intersection de la science et de la pratique.»

Comment interprétez-vous votre tâche en tant que secrétaire scientifique de la SMCB ?

Dans mon activité quotidienne, je porte deux chapeaux: d'une part celui du praticien en tant que directeur de l'hôpital d'urgence, d'autre part celui d'un théoricien en tant que professeur à l'université de Berne. Les deux chapeaux se fondent dans mon quotidien professionnel. Je vois mon rôle à la SMCB un peu comme cela: je me trouve à l'intersection de la science et de la pratique. Il est en partie de ma responsabilité que de nouvelles connaissances soient générées et, ce qui me paraît encore plus important, que nos membres puissent transférer ce savoir dans la pratique professionnelle. Pour ce faire, je profite énormément de mon expérience personnelle dans le centre d'urgence. Non

seulement parce que nous traitons tous les jours de très nombreux cas totalement différents, mais aussi parce que nous coopérons avec des médecins de toutes les disciplines.

Quels objectifs poursuivez-vous en vous engageant pour la SMCB ?

Je veux contribuer à conforter encore davantage la SMCB en tant qu'organe corporatif du corps médical du canton de Berne, à la soutenir et à la conseiller, notamment sur les questions scientifiques. Je ne veux pas me reprocher plus tard ne pas avoir défendu les intérêts du corps médical. Car celui que ne s'engage pas ne doit pas s'étonner que les choses évoluent autrement qu'il ne le souhaite.

Qualifier, telle est la formule magique

La révolution numérique chamboule le secteur de la santé. Grâce à Google et compagnie, les profanes en matière médicale ont la possibilité de s'informer facilement et rapidement. Dans quelle mesure cela modifie-t-il la relation entre médecin et patient ?

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

Au moment où vous lisez cet article, il se peut que des échantillons de laboratoire soient envoyés d'un hôpital à l'autre par les airs. Par les airs ? Tout à fait, par les airs. Entre l'Ospedale Italiano et l'Ospedale Civico à Lugano, le transport d'échantillons de laboratoire primordiaux se fait désormais par drone postal. Passer de la route à la voie aérienne, cela signifie devenir plus rapide et plus efficace et améliorer ainsi la prise en charge des patientes et patients. Les drones au service de la santé ne sont qu'un exemple parmi d'autres de l'avancée de la numérisation dans le secteur de la santé.

Le Dr Google est là pour vous conseiller

Dossier électronique du patient, nouvelles technologies portables permettant d'enregistrer en continu les données relatives à la santé, applis santé : d'innombrables innovations techniques transforment le secteur de la santé suisse, et nous n'en sommes qu'au commencement. Mais la numérisation ne se résume pas seulement au progrès technique. Elle a des répercussions sur l'action et le comportement humains. Grâce à elle, les patients, jusqu'alors profanes en matière médicale, ont de tout autres instruments en main. En cas de douleurs ou d'autres symptômes, le Dr Google est là pour les conseiller. Les patients s'informent eux-mêmes, utilisent les applis santé et arrivent chez le médecin avec un certain bagage de connaissances préalables. Comment gérer cette situation ?

Tout d'abord, il est essentiel que les médecins prennent conscience de la mutation culturelle résultant de la numérisation. Marc-André Giger, responsable Administration publique de l'entreprise d'audit et de conseil KPMG et ancien directeur de l'association des caisses maladie Santé-suisse, le souligne : « Les médecins ayant aujourd'hui affaire à des patients autonomes et mieux informés doivent impérativement abandonner l'approche top-down. » Car la longueur d'avance qu'ils ont vis-à-vis des patients en termes de connaissances se réduit. Environ 70 % des patients s'informent sur Internet au sujet de leur état de santé. L'avantage que leur offre Internet est manifeste : le savoir est disponible partout et à tout moment. La soif de connaissances peut être satisfaite 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. Avec pour conséquence que l'asymétrie dans la prise de décision évolue. Les patients veulent être davantage intégrés dans ce processus de décision qui doit être participatif.

Proposer une orientation dans la jungle des données

Tandis que le rôle de transmetteur de savoir est relégué au second plan, celui d'aide à l'orientation gagne en importance : les patients sont confrontés à une masse d'informations non filtrées. Ils ont besoin d'aide quand il s'agit de discerner les informations correctes des fausses ou les bons portails Internet des mauvais. Les médecins doivent expliquer quels sites web peuvent être consultés ou quelles applis utilisées. Qualifier, telle est la formule magique. Il est important de fournir les liens vers les

sites de qualité par e-mail. D'une part, les patients disposent ainsi d'un accès direct, et d'autre part les informations orales s'oublie souvent rapidement après la visite au cabinet.

De toute manière, la communication par e-mail est recherchée : selon Felix Scheuwly, expert en santé du service comparatif Comparis, les patients ont une longueur d'avance quand il s'agit de numérisation. Ils souhaitent profiter d'un échange rapide par voie électronique. Ce besoin ne doit pas être ignoré des médecins ; e-mail ou demande de rendez-vous en ligne complètent les moyens de communication habituels.

A propos d'e-mail, de dossier électronique du patient et de masse de données : actuellement, le secteur de la santé suisse produit chaque année des données analogiques dont le volume représente 300 millions de feuilles de papier. En rangeant toutes ces feuilles dans des classeurs fédéraux et en alignant ces derniers, on obtiendrait une longue file de 40 kilomètres. De Zurich à Lucerne. A côté, le 1,5 million GB de données numériques reste bien modeste.

Cet article a été rédigé suite au colloque de Public Health portant sur la numérisation dans le secteur de la santé, dans le cadre d'une coopération de doc.be et de dentarena SSO.

AD Swiss – la plateforme eHealth de votre choix

La loi sur le dossier électronique du patient (LDEP) est entrée en vigueur à la mi-avril 2017. Les patientes et patients ne pourront certainement pas ouvrir les premiers dossiers avant 2019. Cependant, de nombreux médecins du secteur ambulatoire se demandent ce que cela signifie pour eux.

Texte: Claudia Brenn, présidente du CA d'AD Swiss Net AG
Photo: iStockphoto.com

Le DEP devient (lentement) réalité

Pour les médecins exerçant dans le domaine ambulatoire, la participation au dossier électronique du patient (DEP) est facultative, contrairement aux prestataires du secteur stationnaire. Il n'y a donc pas un besoin impératif de vous décider aujourd'hui. Vous disposez de suffisamment de temps pour étudier le sujet et vous faire une opinion. Si vous décidez de participer au DEP, vous devez, sur le plan organisationnel, adhérer à une communauté ou une communauté de référence (voir encadré).

Organisation propre aux médecins

À l'été 2016, la Coopérative de la Caisse des Médecins et Health Info Net AG (HIN) ont fondé la société AD Swiss NET AG, propre aux médecins, qui exploite, sous le nom AD Swiss, une plateforme eHealth nationale et fédérative pour l'échange électronique de données médicales. La plateforme exploitée par AD Swiss a fait ses preuves dans la pratique pour l'échange de données entre hôpitaux et médecins de premier recours du canton de Saint-Gall. Elle fait l'objet d'un développement et d'un perfectionnement continus. La plateforme permet d'utiliser des applications DEP ainsi que d'autres

services utiles dans le domaine de l'échange de données adressé (voir encadré) de prestataire à prestataire (B2B). Cette année sera aussi créée l'association AD Swiss au sens d'une communauté nationale conformément à la LDEP.

Solution simple et pratique

Du fait que le DEP est facultatif pour les médecins du secteur ambulatoire, il faut que la mise en œuvre soit simple et pratique. Nous savons que vous n'y participerez que si vous en tirez un réel profit et n'avez pas à investir de grosses sommes ou beaucoup de personnel. Avec nos partenaires, nous mettons donc tout en œuvre pour que vous puissiez en profiter facilement, à meilleur prix, sans problème d'accessibilité et sans investir beaucoup de temps ou d'argent dans votre propre infrastructure informatique ou des abonnements de services supplémentaires.

Liberté de choix

D'une manière générale, les patients et les prestataires ont le libre choix en ce qui concerne leur communauté. Le canton de Berne a décidé d'étudier une structure commune avec axvana AG et, au final, de créer une communauté de référence commune. Pour vous en tant que prestataire du secteur ambulatoire, cela ne signifie pas que vous soyez obligé d'adhérer à cette communauté de référence.



Crayon et papier: des outils qui, avec le dossier électronique du patient, vont de plus en plus disparaître des cabinets médicaux.

Vous pouvez participer au DEP en adhérant à une autre communauté comme par exemple AD Swiss. Ou bien vous pouvez aussi prendre part à certains processus B2B sans participation au DEP. Vous choisissez la communauté (de référence) qui correspond le mieux à vos besoins.

Du fait que le DEP est facultatif pour les médecins du secteur ambulatoire, il faut que la mise en œuvre soit simple et pratique.

Deux possibilités de se connecter

Les prestataires peuvent se connecter à la plateforme AD Swiss de deux façons :

P) Le portail

Il est déjà possible d'utiliser AD Swiss par le biais d'un portail pour professionnels de la santé. Avec cette solution, l'utilisateur ne nécessite aucune installation particulière, mais peut avoir accès aux prestations via un service web. Cette solution est peu onéreuse mais n'est pas intégrée dans le logiciel de cabinet existant.

I) La solution intégrée

Actuellement, des connexions directes à la plateforme sont en cours de réalisation à l'aide d'interfaces flexibles, en coopération avec différents éditeurs de logiciels de la branche, tels que Caisse des Médecins, Vitodata, amétiq, etc. Les professionnels de la santé ont ainsi la possibilité d'enregistrer, d'envoyer et d'accéder, facilement et en toute sécurité, aux données de patients depuis leur logiciel usuel et sans autre procédure d'identification, c.-à-d. avec un single-sign-on à l'aide de leur identité HIN. Cette solution est simple et conviviale. Elle implique toutefois des coûts de développement chez l'éditeur de logiciel, raison pour laquelle elle est liée, selon l'éditeur, à des frais supplémentaires.

Deux packs de prestations

Les prestations d'AD Swiss se basent sur les besoins spécifiques des prestataires raccordés. De ce fait, AD Swiss propose deux modules de prestations avec des services différents.

Service DEP

Etendue de la prestation

Ce module permet de satisfaire aux obligations légales de la LDEP et de réaliser un raccordement au dossier électronique du patient national. Ce pack comprend l'adhésion à la communauté Association AD Swiss ainsi que l'utilisation de la plateforme dans le cadre de la LDEP.

Coûts pour les médecins

Variante d'utilisation P

Frais de mise en service (initiale)	CHF	200
Cotisation annuelle membre unique Association AD Swiss	CHF	50
Frais annuels d'utilisation		aucun

Variante d'utilisation I

Frais de mise en service (initiale)	CHF	300
Cotisation annuelle membre unique Association AD Swiss	CHF	50
Frais annuels d'utilisation de la plateforme	CHF	150*

*selon l'exemple de la Caisse des Médecins, autres frais possibles selon le fournisseur de logiciel.

Service B2B

Etendue de la prestation

Ce module permet aux membres de l'AD Swiss Community d'utiliser des processus électroniques avec un échange de données adressé entre prestataires et ainsi collaborer plus efficacement. Les services doivent être définis et implémentés dans le cadre de projets concrets entre les prestataires. Les services actuellement proposés sont :

- e-mediplan
- e-transfert
- e-rapport
- e-carnet de vaccinations
- e-palliativcare
- e-carte de la médecine scolaire

Coûts pour les médecins

Les frais des différents services se basent sur la réalisation concrète du service en question et ne peuvent pas être chiffrés de manière générale.

Vous trouverez de plus amples informations sur www.ad-swiss.ch

Explications concernant le DEP

Communauté

Regroupement de professionnels de la santé et de leurs institutions. Les communautés doivent notamment garantir que les patients et les professionnels de la santé disposant des droits d'accès nécessaires ont accès en tout temps aux données du dossier électronique du patient. A cette fin, elles doivent s'assurer que tout traitement de données est consigné dans un historique. Les membres d'une communauté ne peuvent participer au système global du DEP qu'après avoir été certifiés.

Communauté de référence

Comme pour la communauté, il s'agit du regroupement de professionnels de la santé et des établissements auxquels ils sont rattachés. Contrairement à une communauté « classique », elle propose aux patients d'autres prestations que les tâches générales, en particulier la création d'un dossier électronique mais aussi les tâches administratives liées à sa gestion, comme la conservation du consentement écrit ou la gestion des droits d'accès au dossier.

Cross-Community-Communication

Le législateur a défini que, pour la mise en œuvre du DEP, les différentes communautés (de référence) doivent garantir à l'échelle nationale l'échange de données via des interfaces clairement définies. Mais le législateur n'a prévu cette « cross-community-communication » que dans le domaine du DEP. Dans le cadre de processus B2B, qui permettent un échange de données adressé, le législateur ne dispose pas de la compétence de légiférer. Dans ce domaine, seuls les participants peuvent organiser et définir des processus entre les communautés.

Echange de données non adressé

Dans le contexte du dossier électronique du patient, on parle d'échange de données non adressé ou de communication non adressée lorsque l'échange d'informations s'opère non pas entre deux parties bien définies mais entre des parties qui ne sont pas encore connues au moment du dépôt (médecin, hôpital, pharmacie, foyer médicalisé, etc.). Par exemple une radio qui peut être éventuellement analysée par un autre médecin dans deux ans.

Echange de données adressé

Si l'échange de données se fait entre deux parties (point par point, B2B), on parle d'échange de données adressé/communication adressée. Par exemple le transfert électronique d'un patient ou l'envoi de rapports de sortie entre un médecin et un hôpital via mail HIN.

Domaine d'affinité

Afin de garantir la sécurité de l'échange des données, on a besoin de différents composants techniques, c'est-à-dire qu'une infrastructure de base doit être disponible. Cette infrastructure technique est appelée domaine d'affinité (Affinity Domain [AD]). Cet AD permet de gérer les données des participants connectés et de garantir le stockage et la transmission des données. De plus, un portail d'accès est mis à disposition. Les différents AD décentralisés peuvent communiquer entre eux grâce à des interfaces clairement définies et permettent ainsi l'échange de données cross-community.

La philosophie classique comme source d'inspiration dans le cabinet moderne

Un jour ou l'autre, tout médecin se voit vraisemblablement confronté à des questions et problèmes éthiques dans son quotidien professionnel. Au cours d'une formation CAS de l'université de Lucerne, les médecins apprennent à utiliser la perspective de la philosophie académique pour engager une nouvelle orientation.

Interview: Andrea Renggli, service de presse et d'information

La médecine moderne est hautement spécialisée et empreinte de technologie. Cependant, les médecins sont régulièrement confrontés à des questions fondamentales et existentielles. Mortalité, douleur, relation entre médecin et patient: des sujets qui sont à peine traités au cours des études de médecine, ou seulement de façon marginale. Dans ce contexte difficile, l'université de Lucerne propose une orientation sous forme d'une formation avec certificat CAS Philosophie et médecine. Actuellement se déroule la sixième session. La plupart des participants sont des médecins, quelques soignants aussi ou des personnes venant du secteur de l'assurance.

Mortalité, rentabilité, confiance

Le docteur Magdalena Hoffmann est directrice d'études de la formation. « Avec cette offre, nous essayons de répondre à des questions pressantes ou du moins d'amorcer la discussion », explique-t-elle. « Nous évoluons dans le domaine de la médecine et de l'éthique, mais aussi dans le difficile équilibre entre médecine et économie ou dans le domaine de la médecine en tant que science. » Au total, la formation organisée sur une base modulaire comprend douze jours de cours répartis sur une année.

Il y a trois sujets qui préoccupent le plus les médecins lors des cours, précise Magdalena Hoffmann: « Premièrement, la question de la vulnérabilité et de la mortalité de l'être humain. Deuxièmement la question de la rentabilité, de la juste répartition du suivi médical. Que doit assumer la collectivité? Combien la médecine doit-elle coûter au juste? Quelle valeur accordons-nous à ce bien qu'est la santé? Et troisièmement, les questions portant sur la relation médecin-patients: le patient est-il autonome? Si oui, jusqu'à quel degré? Les préférences individuelles des participants varient naturellement selon la spécialisation.

La médecine comme art de soigner

Un autre sujet, que les participants ont souvent abordé d'eux-mêmes au cours de la formation, concerne la déshumanisation de la profession de médecin. « Nous voulons nous adresser aux médecins davantage comme à un praticien se consacrant à l'être humain. Il doit pouvoir percevoir la médecine comme l'art de soigner. De nombreux médecins éprouvent une insatisfaction face à la réduction de la médecine à une simple analyse de paramètres de laboratoire. Car la réalité qu'ils vivent dans la pratique est bien plus complexe. Notamment quand il s'agit de revendiquer que la médecine est là pour alléger la souffrance et les douleurs et promouvoir la santé. Ce sont des conceptions qui englobent bien

plus que la biologie humaine», poursuit Magdalena Hoffmann. De même, les contraintes en matière de bureaucratisation et de mesure de la qualité sont perçues comme aliénantes, car elles détournent les médecins de leur cœur de métier.

Pas de réponses claires

La formation de l'université de Lucerne veut aborder les questions pressantes du quotidien en cabinet. Les textes traités proviennent de philosophes classiques ainsi que d'auteurs modernes. Toutefois, « nous ne livrons pas de réponses claires. Nous ne disons pas: ceci est bien et ceci est mauvais », explique Magdalena Hoffmann. « Bien au contraire, les enseignants sont tenus de présenter des raisons pour et contre une position précise et d'offrir ainsi une orientation. »

D'un autre côté, il s'agit souvent uniquement de comprendre la question correctement et d'expliquer les notions, poursuit Magdalena Hoffmann: « Concernant le thème de l'équité par exemple, les discussions restent souvent vaines, car les groupes de participants utilisent des notions d'équité totalement différentes. La philosophie peut contribuer à clarifier les concepts », ajoute Magdalena Hoffmann. De même, il faut fréquemment commencer par cerner les problèmes éthiques avant de pouvoir approfondir le sujet. Ou bien des termes tels que maladie et santé, dont la définition peut avoir une influence sur le catalogue des prestations d'une assurance maladie.

Le lien avec la pratique est primordial pour les responsables de la formation. Dans leur travail quotidien, les médecins se posent souvent des questions fondamentales sur la relation individuelle du médecin et du patient. Mais selon la spécialisation, des questions de tout autre ordre peuvent se dégager. Dans le but de réaliser le transfert de la salle de cours dans la pratique, les participants rédigent un mémoire à la fin de la formation. Ils sont invités à examiner leur propre quotidien professionnel à la lumière de la philosophie. De plus, chaque module comprend une discussion de transfert.

Les limites de la science

Le besoin de réfléchir à de telles questions fondamentales existe réellement chez les médecins, poursuit Magdalena Hoffmann. Même s'il ne se manifeste en général que quelques années après l'entrée dans la profession. « Les jeunes médecins sont accaparés par leur formation postgrade. Devant d'abord s'établir, ils définissent d'autres priorités. Ce n'est qu'après un certain temps de pratique que ces questions deviennent pressantes. » Mais tôt ou

tard, la plupart des médecins se trouvent face à une situation où leurs études scientifiques les mènent à leurs limites. Qu'il s'agisse d'un diagnostic difficile ou d'un cas où l'on atteint les limites de la médecine. Ils constatent alors que le stress du quotidien professionnel ne leur laisse guère de temps pour la réflexion ou la discussion. Nombreux sont ceux qui se sentent abandonnés avec leurs questions.

Les médecins sous pression

Magdalena Hoffmann avance: « J'ai l'impression que nombre de médecins se sentent sous pression car de plus en plus de groupes d'intérêts cherchent à les influencer. Pas seulement les patients, mais aussi les assurances, la collectivité, et aussi en partie les collègues. Leur travail est certainement devenu plus difficile. A ceci s'ajoute le fait qu'ils se voient de plus en plus remis en question au niveau de leur expertise. Les patients s'informent sur Internet et confrontent le médecin à une liste détaillée de questions ou lui demandent de justifier pourquoi il a spécialement choisi cette thérapie. » La médecine est en pleine mutation, selon Magdalena Hoffmann. Il peut donc être d'autant plus utile pour un médecin d'adopter une nouvelle perspective globale grâce à la philosophie.

Cet article est d'abord paru dans le Swiss Dental Journal 11/2017. Nous le reproduisons avec l'aimable autorisation du magazine spécialisé.

La formation se termine par un Certificate of Advance Studies en philosophie et médecine. Outre le CAS, l'université de Lucerne propose également un MAS Philosophie et médecine. Il sera à nouveau proposé vraisemblablement en 2018 après la refonte du contenu et de la structure qui a lieu actuellement. La restructuration vise une plus grande flexibilité dans l'organisation du cursus ainsi qu'une optimisation du contenu.

Pour de plus amples informations : www.philomedizin.ch

Elections 2018 au Grand Conseil

Portraits personnels des candidats



Walter Bangerter

Psychiatre

Domicile : Berthoud

Parti : Parti écologiste

Cercle électoral : Emmental

Objectifs politiques :

Travaillant depuis vingt ans dans mon propre cabinet et comme chef de clinique dans une clinique de jour, je suis régulièrement confronté aux revers de l'idéologie néolibérale et de la croyance aveugle dans le progrès. Le virage à droite lors des dernières élections fédérales m'a incité à adhérer au parti écologiste. La protection de l'environnement et un mode de vie durable me tiennent à cœur depuis toujours. Je souhaite vivre au quotidien ces prétentions en composant sciemment avec la mobilité, en promouvant les énergies renouvelables, en soutenant l'agriculture produisant de manière biologique et dans le respect des animaux et en plaçant mon argent selon des critères éthiques.



Denise Bloch

Médecine interne générale FMH

Localité : La Neuveville

Parti : Parti Socialiste

Cercle électoral : Jura bernois

Objectifs politiques :

« Remettre les gens au centre de nos préoccupations »

Actuellement conseillère générale dans ma commune, je m'intéresse à la politique cantonale et fédérale. Je rêve d'un monde qui verra l'économie comme un moyen de répondre aux besoins des gens et non le contraire.

Je m'inquiète pour l'avenir de la médecine de famille, telle que je la pratique dans mon cabinet à La Neuveville. Je trouve les atteintes à l'image de notre profession et la pression administrative mise sur les médecins installés intolérables.

Les coupes budgétaires dans la santé et le social doivent cesser, car elles ne font que déplacer les charges financières vers d'autres caisses, notamment en remplissant nos cabinets, car elles s'attaquent aux plus faibles.

De la formation de nos jeunes, de la survie de nos agriculteurs, de la protection de notre environnement dépendent notre avenir et la santé de la population, nous devons les soutenir.



Hans-Peter Kohler

Médecin, professeur de médecine, conseiller municipal de Köniz, membre du Grand Conseil

Domicile : Spiegel, commune de Köniz

Parti : PLR. Les Libéraux-Radicaux

Cercle électoral : Mittelland sud

Site web : www.hanspeter-kohler.ch

Objectifs politiques :

Outre mes grandes connaissances de la politique corporative, je dispose d'une longue expérience en politique à l'échelle communale et cantonale. Garantir les soins médicaux de base et ainsi la médecine de premier recours me tient vraiment à cœur. L'économie du canton de Berne a besoin d'une université compétitive sur le plan international, d'un pôle médical puissant à Berne et de solides écoles professionnelles au sens du système dual de formation. Je m'engagerai pour que les PME aient des conditions idéales qui leur permettent de créer et de garantir emplois et places d'apprentissage.

Activités politiques (dans le domaine de la santé) :

- Membre du Grand Conseil depuis 2014
- Conseiller municipal à Köniz depuis le 1^{er} janvier 2018 (chef de direction Education et affaires sociales)
- Président de la commission cantonale de la santé et des affaires sociales (CSOC)
- Membre du parlement de Köniz de 2006 à 2017
- Président du groupe LPR. Les Libéraux-Radicaux à Köniz de 2011 à 2017
- Membre du comité de direction de la Société des Médecins du Canton de Berne (SMCB)



Zeno Supersaxo

Anesthésiste FMH, MBA HSG
Médecin agréé des cliniques Permanence (Berne)
et Hohmad (Thoune)

Domicile : Hünibach

Parti : PLR

Cercle électoral : Thoune

Mandats : Président du CA de MEDPHONE (Berne)
et SIRMED (Nottwil), Président du PLR de Thoune

Objectifs politiques :

Economie, éducation, sécurité et mobilité sont les piliers d'une société prospère – liberté, responsabilité et respect sont la base d'une société humaine.



Belinda Nazan Walpoth

Cheffe de clinique, cardiologie, hôpital de l'Île,
chargée de cours à l'université de Berne et au
Bernier Bildungszentrum Pflege

Domicile : Ville de Berne

Parti : Parti Socialiste

Cercle électoral : Ville de Berne

Membre des organisations : ASMAC, FMH, SMCB,
cercle médical Berne Regio

Objectifs politiques :

La meilleure politique de la santé est celle qui promeut la santé corporelle, mentale, sociale et évite pour tous les maladies. Nous devons notamment renforcer la prévention médicale, de sorte que les maladies, dans la mesure où elles sont évitables, ne surviennent pas. La mercantilisation du secteur de la santé s'oppose non seulement à une bonne prise en charge mais aussi à de bonnes conditions de travail du personnel, que ce soit au niveau des soignants ou des médecins.

Je travaille désormais depuis 25 ans à l'hôpital de l'Île, dont une part importante comme médecin cadre dans la formation. En tant que mère élevant seule son fils, j'ai réussi à concilier ma vie privée avec ma formation postgrade et ma carrière. De ce fait, l'égalité entre hommes et femmes me tient à cœur, que ce soit sur le plan financier ou du travail à temps partiel.

Fonctions :

- Co-présidente des PS migrant(e)s
- Invitée au comité central de l'ASMAC
- Présidente Association suisse-turque des médecins et universitaires



TAKE IT EASY

Mit der Praxissoftware der Ärztekasse können alle gängigen Funktionen leicht und mühelos genutzt werden. Wer von Anfang an alle Möglichkeiten voll ausschöpfen und individuell anpassen will, wählt das «Customizing» und die Ärztekasse stimmt alle Softwareelemente genau auf Ihre Praxis ab.

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

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

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

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