



Sujets de cette édition

**Étude CMA: comment
soulager les médecins de
famille dans la prise en
charge du diabète ?**

**Journée de réflexion de la
SMCB 2022 sur le budget
global**

Teacher of the Year 2021



TARDOC – viendras-tu ?



Le tarif TARMED est en vigueur depuis janvier 2004 pour les prestations médicales ambulatoires en Suisse. Par deux fois, ce tarif obsolète a subi des interventions discutables du Conseil fédéral, en partie contraires aux principes tarifaires légaux. En 2019, les partenaires tarifaires FMH, curafutura et CTM (Commission des tarifs médicaux LAA) sont parvenus ensemble à proposer un nouveau tarif au Conseil fédéral, TARDOC, désormais à nouveau juste et transparent. Après un examen détaillé de la part du Conseil fédéral et conformément aux consignes de révision du contenu, le tarif TARDOC était revenu entre les mains du gouvernement depuis la fin 2021, dans sa quatrième version (TARDOC 1.3), qui répond aux critères stricts imposés à une nouvelle tarification.

Tandis que le tarif TARDOC 1.3 est soutenu par les partenaires tarifaires mentionnés plus haut, santésuisse et H+ tentent ensemble d'imposer un système tarifaire pour les forfaits ambulatoires. Le 12 mai 2022, à l'occasion de la journée des délégués aux tarifs de la FMH, le Dr oec. HSG Willy Oggier, économiste de la santé, et le Prof. Dr jur. Ueli Kieser, expert en droit des assurances sociales, ont présenté leur expertise commune sur les deux systèmes tarifaires. Ils concluent que le système TARDOC est bien plus abouti et couvre en outre l'ensemble des prestations médicales ambulatoires. Ils ont également expliqué pourquoi il était plus judicieux de mettre en place le tarif TARDOC dans son intégralité et de développer des forfaits ambulatoires uniquement sur cette base, plutôt que d'attendre la création de forfaits ambulatoires. Les auteurs recommandent à l'autorité d'approbation d'introduire TARDOC avant les forfaits ambulatoires.

L'incompréhensible décision du Conseil fédéral est tombée le vendredi précédant le week-end de Pentecôte : TARDOC est refusé !

Nous allons donc continuer à travailler avec un tarif obsolète pendant les années à venir, dans le pire des cas avec une nouvelle intervention du Conseil fédéral. Quoi qu'il en soit, la FMH et curafutura vont d'abord procéder à une analyse en profondeur avant de déterminer si TARDOC reste d'actualité, et comment.

Dr méd. Esther Hilfiker
Présidente de la Société des médecins du canton de Berne

Photo de couverture :

Yvonne Gilli, présidente de la FMH, à la journée de réflexion de la SMCB en 2022

Contenu

4 Étude CMA: comment soulager les médecins de famille dans la prise en charge du diabète ?

L'étude transversale « Interprofessionalität in der Grundversorgung bei Typ-2-Diabetes » (Interprofessionnalité dans la prise en charge de base du diabète de type 2) du BIHAM, de la SMCB, d'INFRAS, de KPT, de Visana et de l'ASAM montre le grand potentiel de l'implication des CMA dans la gestion des soins chroniques.

7 « En tant que médecin de famille, je suis heureux de toutes les tâches que je peux déléguer à une personne de confiance »

Entretien avec les deux auteurs principaux de la nouvelle étude CMA sur les multiples possibilités d'intervention des CMA (coordinatrices en médecine ambulatoire), l'esprit de concurrence dans la pratique médicale et l'importance de ses résultats dans la politique de santé.

12 Peut-on faire reculer la roue du temps ?

À l'occasion de sa journée de réflexion, le Comité de la SMCB s'est réuni fin mars à Langenthal pour une discussion de fond sur la politique de santé. Il ne s'agit pas moins que de la plus grande menace envers le système de santé de ces dernières décennies.

17 « L'éthique crée des opportunités, et pas seulement des doutes »

La promotion 2021 des diplômés en médecine de l'Université de Berne a élu Rouven Porz « Teacher of the Year ». Entretien.

20 Réduire les coûts en léchant les patients

Où est passé le patient dans toutes les restructurations et les plans de l'OFSP ? Cette question a été abordée par des spécialistes de la médecine et de la politique lors de l'Academy on Health Care Policy de ce printemps.

22 La relève est à l'honneur

David Rösli et Cornelia Wälchli ont reçu le prix de la SMCB pour les meilleurs diplômés en médecine de l'Université de Berne, promotion 2021.

Note importante Évaluations de l'aptitude à la conduite

Note pour les membres de la SMCB qui réalisent des évaluations de l'aptitude à conduire pour le compte du service des automobiles: ces derniers temps, la SMCB reçoit de plus en plus de messages lui indiquant que des médecins exerçant dans le canton de Berne et inscrits sur medtraffic.ch n'acceptent de réaliser l'évaluation de l'aptitude à la

conduite que si les patientes et patients concernés deviennent des patients réguliers. Il est interdit de faire dépendre cette évaluation d'une telle condition. À l'avenir, nous nous réservons le droit de signaler ces infractions directement au service des automobiles.

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 6 x par an; responsable du contenu: comité directeur de la Société des Médecins du Canton de Berne; rédaction: Nicole Weber et Marco Tackenberg, service de presse et d'information de la SMCB, Postgasse 19, 3000 Berne 8, T 031 310 20 99, F 031 310 20 82; weber@forumpr.ch, tackenberg@forumpr.ch conception/layout: Definitiv Design, Berne; impression: Druckerei Hofer Bümpliz AG, 3018 Berne; photo de couverture: Béatrice Devènes

Les déclarations exprimées par nos interlocuteurs et œuvres de tiers reflètent leurs propres opinions. L'éditorial reflète le point de vue de son auteur. Le doc.be n'assume pas les affirmations de ses interlocuteurs dans les entretiens et les articles publiés.

Comment soulager les médecins de famille dans la prise en charge du diabète

L'étude transversale « Interprofessionnalité dans les soins de base pour le diabète de type 2 », menée par Anna-Katharina Ansorg, Sven Streit et leur équipe de chercheurs au BIHAM, révèle tout le potentiel de la mobilisation des CMA dans la gestion des soins chroniques.

Texte : Judith Trageser et Christoph Petry (INFRAS) Auteurs/trices de l'étude : Anna-Katharina Ansorg (BIHAM), Katharina Tabea Jungo (BIHAM), Esther Hilfiker (SMCB), Rainer Felber (SMCB), Judith Trageser (INFRAS), Beat Pierre Arnet (KPT), Marianne Schenk (Association suisses des assistantes médicales ASAM), Sven Streit (BIHAM) Illustration : Marc Siegenthaler, Les Graphistes

La pénurie de médecins et la hausse des prix de la santé nous contraignent à trouver de nouvelles solutions. Quels sont les avantages des modèles de prise en charge interprofessionnels ? À la suite d'une journée de réflexion de la SMCB autour du rôle des coordinateurs et coordinatrices en médecine ambulatoire (CMA), l'Institut bernois de médecine de famille (BIHAM) a étudié la prise en charge des patientes et patients atteints de diabète de type 2 dans des cabinets avec et sans CMA. Les résultats le prouvent : les CMA peuvent soulager les médecins en assurant des soins de qualité.

L'étude transversale compare la prise en charge du diabète de type 2 dans les cabinets avec et sans CMA. Elle est la première étude suisse à se pencher sur les résultats du travail des CMA et a été largement soutenue, notamment par la FMH, les assureurs KPT et Visana, Diabète Suisse et la Fondation suisse du diabète, ce qui souligne l'actualité et le vif intérêt que suscitent les modèles de prise en charge interprofessionnels.

22 cabinets de Suisse alémanique ont participé, dont douze avec des CMA. L'étude porte sur un échantillon de 170 patientes et patients environ, qui étaient traités depuis au moins un an au début du projet en août 2020. La comparaison se base sur les indicateurs PROM et PREM (« Patient-reported outcome/experience measures », ou résultats des soins / manière dont le patient a vécu les soins), ainsi que sur les critères de la Société suisse d'endocrinologie et de diabétologie (SSED) pour une « bonne » gestion du diabète. Les chercheurs se sont concentrés avant tout sur le point de vue des patients et la qualité de vie spécifique au diabète.

L'illustration 1 présente un aperçu des résultats principaux. L'étude révèle que les patientes et patients atteints de diabète de type 2 et suivis dans des cabinets de médecine de famille avec CMA bénéficient d'une prise en charge d'excellente qualité. Par ailleurs, les cabinets avec CMA ayant participé à l'étude ont reçu d'aussi bons résultats pour la qualité des soins que pour la satisfaction de la prise en charge et pour la charge de traitement.

Que peut-on en conclure ? Ces résultats nous prouvent que les médecins de famille peuvent déléguer certaines tâches aux CMA, même si elles sont longues et complexes. Mesures de glycémie, examens des pieds, conseils en matière d'alimentation et d'exercice physique... Les CMA peuvent assurer la même qualité de prise en charge que les médecins de famille sur de nombreux aspects pour les patientes et patients atteints de diabète. Face à la pénurie croissante de médecins de famille, ces modèles de prise en charge

pourraient même soulager les professionnels tout en préservant la qualité des soins.

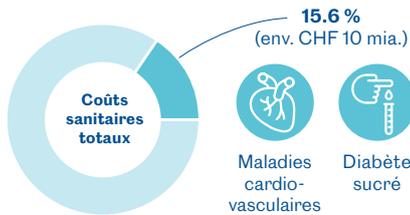
L'étude ne dit pas si ce modèle permet d'économiser des frais, mais les résultats suggèrent que les CMA assument généralement les tâches des médecins de famille. Parmi les cabinets étudiés, seuls 20 % ont indiqué mobiliser les CMA en plus de la prise en charge par le médecin de famille.

Les résultats de l'étude vont donc dans le sens des efforts en cours visant à renforcer la prise en charge interprofessionnelle dans le secteur de la santé. Les médecins sont toutefois confrontés à des obstacles lorsqu'ils tentent de mettre en place ce modèle. Par exemple, il est actuellement impossible de facturer les prestations des CMA à des patientes et patients atteints de maladies chroniques. Le nouveau modèle tarifaire TARDOC, qui prévoit des positions tarifaires spécifiques pour les CMA, pourrait améliorer la situation. Après avoir été révisé plusieurs fois, le TARDOC avait été présenté dans sa quatrième version au Conseil fédéral pour approbation fin 2021... avant d'être à nouveau refusé début juin 2022. Les médecins de famille et les CMA espèrent que la structure tarifaire pourra tout de même représenter également le travail des CMA, dont la qualité a désormais été prouvée.

L'étude dans SMW:
<https://doi.org/10.4414/smw.2022.w30180>

Cet article est paru en parallèle dans le Bulletin des médecins suisses BMS 25/26.

Le diabète en Suisse



Sources : Huber, CA. Die Schweiz zahlt hohen Preis für nicht-übertragbare Krankheiten. SAEZ. 2018, 99 (33), pp. 1054-1056. Zeller, A. Resultate der 4. Workforce Studie. Primary and Hospital Care – Allgemeine Innere Medizin. 2020, 20 (11), pp. 325-328.

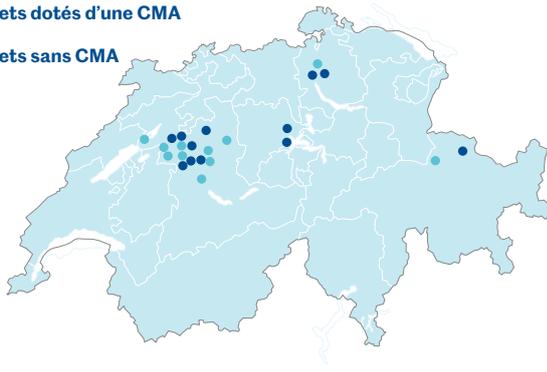
De nouveaux modèles d'accompagnement peuvent-ils aider les médecins de famille à traiter les patients diabétiques ?

L'étude CMA est la première étude en Suisse qui examine l'impact du travail des coordinatrices en médecine ambulatoire avec orientation clinique (CMA).

Principale conclusion dans le contexte de la pénurie de médecins de famille en Suisse : **les CMA peuvent soulager les médecins de famille en ce qui concerne la prise en charge des patients diabétiques.**

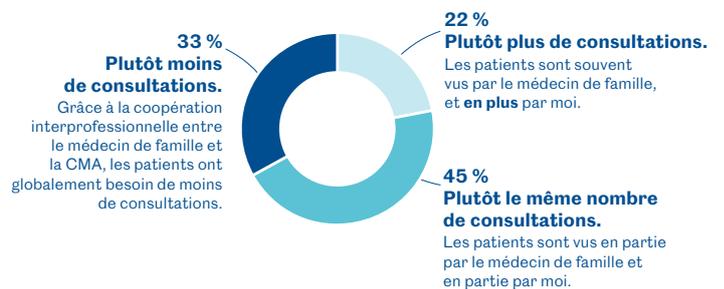
Cabinets participants à l'étude

- Cabinets dotés d'une CMA
- Cabinets sans CMA

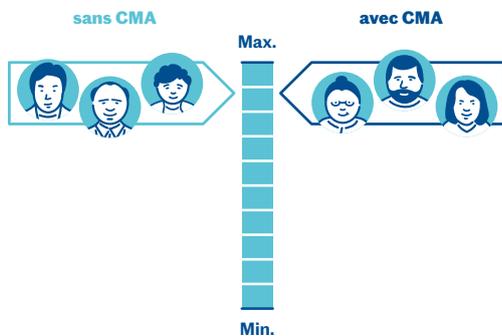


Le nombre de consultations reste identique ou diminue.

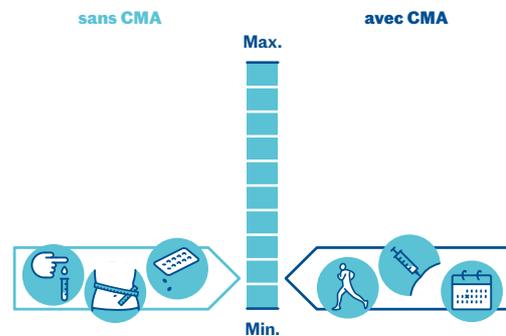
Nous aimerions comprendre si, dans les cabinets dotés d'une CMA, le nombre total de consultations liées au diabète est inférieur, égal ou supérieur à celui des cabinets sans CMA. Qu'en est-il dans votre cabinet ?



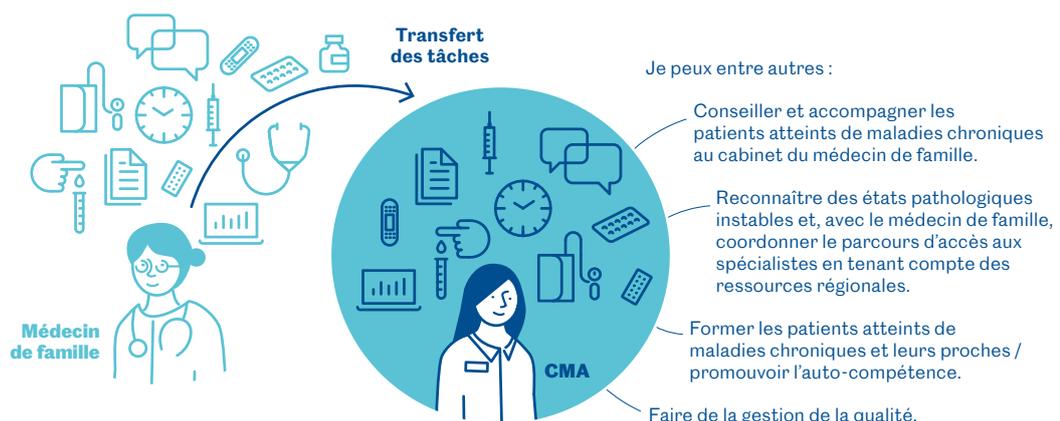
Qualité de prise en charge et satisfaction équivalentes dans les deux modèles d'accompagnement.



Même charge de traitement faible avec le diabète dans les deux modèles d'accompagnement.



Transfert des tâches



PEUT-ON ENCORE
DIRE BONJOUR AU
CLIENT OU EST-CE HORS
DU BUDGET GLOBALE ?



10M
12

« En tant que médecin de famille, je suis heureux de toutes les tâches que je peux déléguer à une personne de confiance »

Entretien avec les deux auteurs principaux de la nouvelle étude CMA sur les multiples possibilités d'intervention des CMA, l'esprit de concurrence dans la pratique médicale et l'importance de ses résultats dans la politique de santé.

Interview : Nicole Weber, service de presse et d'information (PID)

Photos : mises à dispo.

Votre étude a comparé la qualité du traitement de la patientèle diabétique dans des cabinets médicaux avec et sans coordinatrice en médecine ambulatoire (CMA). Le résultat est sans équivoque : il n'y a pas de différence. Que l'ensemble du traitement soit effectué par le médecin de famille ou que des CMA soient impliquées, le traitement est toujours de très haute qualité. Que fait exactement la CMA ?

Anna-Katharina Ansorg : Au départ, les CMA ont reçu une formation d'assistantes médicales (AM). Après quelques années de pratique professionnelle, elles peuvent suivre une formation complémentaire de CMA. Elle dure environ deux ans et est réalisée

en parallèle de l'activité professionnelle, mais on peut aussi l'étaler sur une plus longue période. Elles peuvent y acquérir des qualifications supplémentaires, notamment dans les domaines de la gestion des maladies chroniques, de la gestion de la qualité, de la radiologie à fortes doses, de la comptabilité et de la gestion du cabinet. Ces qualifications leur permettent de prendre en charge et d'accompagner de manière autonome les patients atteints de maladies chroniques dans un cabinet médical.

Sven Streit : Dans les cabinets médicaux, nous connaissons jusqu'à maintenant surtout les CMA administratives qui assument une fonction de direction des assistantes médicales. Maintenant, nous nous sommes intéressés aux CMA qui ont suivi une formation continue dans le domaine clinique afin de soutenir les médecins de famille dans la prise en charge des maladies chroniques, comme le diabète par exemple.

Dans quelle mesure les patients profitent-ils de l'intervention des CMA ?

S.Streit: Cet avantage se situe à différents niveaux. La CMA est souvent une assistante médicale connue de longue date dans le cabinet. Cela signifie que les patients la connaissent depuis de longues années et qu'il existe une certaine relation de confiance mutuelle. Elle est une spécialiste qui connaît déjà les procédures et les méthodes de travail des médecins. De plus, les CMA peuvent faire des consultations plus longues, ce qui est particulièrement utile dans le quotidien du cabinet lorsque les personnes ont plusieurs préoccupations dont elles aimeraient discuter.

« Une CMA est une spécialiste qui connaît déjà les procédures et les méthodes de travail des médecins. »

Est-ce que les patients acceptent facilement les CMA ?

A. Ansorg: Les 171 patients qui ont participé à notre étude se sont tous sentis très bien pris en charge, que ce soit par leur médecin de famille ou par la CMA. Tous ont attribué les meilleures notes à la qualité de l'accompagnement. Il n'y avait donc pas de différences au niveau de l'acceptation.

Y a-t-il d'autres domaines dans lesquels les médecins peuvent profiter de cette aide supplémentaire dans leur cabinet ?

A. Ansorg: Il y a aussi des avantages pour toute l'équipe à pouvoir échanger à propos des patients. La CMA s'entretiendra avec le patient sur d'autres sujets et obtiendra peut-être d'autres informations que le médecin de famille. Cela favorise un élargissement mutuel des connaissances et finalement un meilleur accompagnement des patients.

S.Streit: Je peux aussi imaginer une certaine spécialisation. Les cabinets dotés de CMA spécialisées dans l'accompagnement clinique sont souvent des cabinets de groupe où les différents médecins et CMA peuvent se concentrer sur différents

thèmes, par exemple un conseil en matière de vaccination ou une formation sur l'utilisation d'inhalateurs.

Les CMA établissent une relation de confiance avec leurs patients. Comment les médecins gèrent-ils cette concurrence dans leur cabinet ?

A. Ansorg: Il y a quelques années, une étude a examiné l'effet à long terme du fait que les assistantes médicales ayant suivi une formation complémentaire de CMA en diabétologie accompagnent elles-mêmes des patients. Elle a effectivement constaté que les médecins de famille avaient du mal à abandonner durablement leurs responsabilités. Mais est-ce vraiment une question de concurrence ?

Cette question n'était pas évaluée dans votre étude ?

A. Ansorg: Les médecins qui ont participé à notre étude et chez qui travaille une CMA ont tous évalué positivement leur collaboration interprofessionnelle. Ils ont indiqué qu'ils ne pouvaient bien sûr pas se décharger de 100 % de leurs responsabilités, mais il est possible de fixer un cadre raisonnable dans les directives internes du cabinet.

S.Streit: Je dirais de manière tout à fait provocante que les médecins qui considèrent les CMA comme une concurrence rendent un mauvais service à leur cabinet. Comme dit, notre situation est telle que nous avons des cabinets surchargés. Beaucoup ne peuvent même plus accueillir de nouveaux patients. Cela signifie que toute décharge est la bienvenue.

Il existe différents modèles de collaboration interprofessionnelle, par exemple avec les infirmières de pratique avancée (APN) ou avec les pharmaciens. Pourquoi vous focalisez-vous précisément sur les CMA ?

S.Streit: Il ne s'agissait pas d'une décision prise pour ou contre un métier. En 2017, le rôle des CMA dans la médecine de base a été le thème d'une journée de réflexion de la SMCB. Les participants ont discuté de la manière dont on pourrait renforcer le rôle des CMA. Le BIHAM a été invité à jouer le rôle de conseiller scientifique. En tant que groupe de projet, nous avons ensuite choisi, avec INFRAS, l'étude transversale comme conception d'étude réalisable.

Quel était l'intérêt d'acquisition des connaissances de votre étude?

S. Streit: Comment la qualité de traitement du diabète peut être renforcée au niveau interprofessionnel. C'est intéressant pour tous les acteurs impliqués: en tant que médecin de famille, je suis heureux de toutes les tâches que je peux déléguer à une personne de confiance. D'une part parce que nous avons beaucoup à faire dans le cabinet, d'autre part parce qu'elles s'occupent de points qui ont tendance à être oubliés. Chez un diabétique, il est par exemple important de toujours examiner les pieds. Mais il y a aussi un intérêt de la part des assistantes médicales et des CMA elles-mêmes à voir que c'est un métier d'avenir qui participe à une qualité de traitement élevée. Enfin, les assurances-maladie étaient également présentes, car cela les intéresse aussi.

L'intervention des CMA contribue-t-elle à maîtriser les coûts de soins de santé?

S. Streit: Il s'agit de la question cruciale. Nous ne pouvons faire état que de suggestions. Nous avons des signes évidents de réduction des coûts dans un modèle avec CMA. Ce que nous n'avons pas pu examiner dans le cadre de cette étude, mais qui est bien sûr un fait, c'est que chaque diabétique qui bénéficie d'une meilleure qualité de soins « cause » moins de coûts de soins de santé à long terme, sur des décennies. C'est pourquoi nous nous concentrons sur la qualité: il s'agit d'un investissement dans l'avenir.

Sur quelle position tarifaire le travail de la CMA peut-il être facturé?

A. Ansorg: Le travail effectué par la CMA ne peut actuellement pas être reflété dans TARMED. C'est pourquoi nous n'avons pas pu calculer les coûts avec exactitude. Il est donc important pour l'avenir que ces positions soient prévues dans le nouveau tarif TARDOC afin de le rendre pertinent.

Une autre question cruciale: l'intervention des CMA peut-elle atténuer le manque de médecins généralistes?

A. Ansorg: Actuellement, il y a environ 200 CMA avec une spécialisation clinique dans les cabinets. Ce n'est pas beaucoup pour le moment, mais le nombre de CMA ne fait qu'augmenter.

Remerciements des auteurs de l'étude

Les auteurs tiennent à exprimer leur gratitude à tous les médecins de famille, CMA, patients et patientes qui ont participé à l'étude pour leur engagement pendant les pics de la pandémie. Ils remercient chaleureusement la SMCB, la Fondation de l'Association suisse du diabète, KPT, Visana et la FMH pour leur généreux soutien financier. Pour leur aide active lors du recrutement, de l'élaboration du questionnaire, de l'analyse des données et de la diffusion des résultats, l'équipe du projet remercie chaleureusement l'ASAM, les représentants des patients, diabètesuisse, la SSED et tout particulièrement INFRAS.

S. Streit: La question de notre étude n'était pas de savoir ce que l'on peut faire pour atténuer la pénurie de médecins généralistes, mais si l'on peut transférer des tâches de traitement du diabète aux CMA sans que la qualité du traitement ne change. Et le fait que nous ayons pu répondre par l'affirmative indique déjà un certain soulagement. L'organisation du travail interprofessionnelle nous aidera à consacrer plus de temps de consultation aux patients les plus complexes. Mais de là à atténuer la pénurie... Cela demande de nombreuses mesures qui doivent travailler en synergie.

« Nous avons des signes évidents allant dans le sens d'une réduction des coûts dans un modèle avec CMA. »

Si cette forme de collaboration doit permettre de soulager davantage les médecins généralistes, il faudrait former davantage de CMA. Y a-t-il suffisamment de places de formation?

A. Ansorg: L'offre est très étendue. Il y a de très nombreuses écoles indépendantes qui proposent cette formation. Grâce à la structure modulaire de



Anna-Katharina Ansorg

Anna-Katharina Ansorg est médecin et collaboratrice scientifique dans l'équipe du professeur Sven Streit. De 2012 à 2019, elle a effectué ses stages dans différents hôpitaux de la région de Berne et travaille depuis 2019 dans le cabinet de groupe de Granges en tant que médecin assistant en médecine générale.

la formation continue, il est facile de la suivre en cours d'emploi, à son propre rythme.

Et comment est la demande du côté des assistantes médicales ?

A. Ansorg: L'intérêt serait également relativement élevé. Mais la formation coûte environ 12000 francs, c'est pourquoi il faut toujours se demander si un médecin de famille est prêt à investir autant. Une assistante médicale ne la financera pas seule. Il existe cependant des possibilités de subventionnement par l'État.

S. Streit: Pour les assistantes médicales, le travail dans les cabinets peut être une certaine impasse du point de vue de leur carrière. On a très tôt de nombreuses responsabilités, mais pas vraiment de perspectives d'évolution au sein du cabinet. Le modèle CMA offre une perspective d'évolution, administrative ou clinique. Nous espérons que notre étude les incitera à assumer davantage de tâches cliniques.

« Il est important pour l'avenir que des positions concernant les CMA soient prévues dans le nouveau tarif TARDOC afin de le rendre pertinent. »

Quelles implications politiques devraient découler de votre étude ?

A. Ansorg: Réactualiser TARMED autant que possible et créer des positions de facturation concrètes pour les CMA. Peut-être même, mettre à disposition encore plus de possibilités de financement pour la formation complémentaire des assistantes médicales.

S. Streit: Mais je trouve que ce qui est beau dans cette étude, c'est qu'elle n'a pas le message: chers politiques, sortez le carnet de chèques. Le message est le suivant: médecins, CMA, patients et assureurs, tous ensemble, peuvent contribuer à évaluer si l'interprofessionnalité est utile aux patients diabétiques. Avec une conséquence logique,

c'est que si l'on veut promouvoir l'interprofessionnalité, comme le prévoit la Confédération, il faut créer les opportunités correspondantes à différents niveaux. Il est certain qu'en premier lieu, un tarif pertinent est important. Mais tous les acteurs sont sollicités. Nous, médecins, devons nous engager dans l'interprofessionnalité, c'est-à-dire avoir confiance, déléguer des tâches et soutenir les CMA et les assistantes médicales dans ce parcours professionnel. Cette étude montre que l'interprofessionnalité est possible: la qualité des soins est élevée et la charge de traitement est faible. Il s'agit d'un point important vis-à-vis des coûts élevés du système de santé: les soins de grande qualité sont quand même au rendez-vous.

Quelles sont les questions qui restent en suspens pour le moment ?

S. Streit: Nous n'avons pas encore de résultats à long terme. Nous ne savons pas comment se porteront les patients de notre étude dans dix ans. Nous avons également recruté des cabinets qui font probablement déjà un très, très bon travail. En effet, nous voulions avoir des cabinets aussi comparables que possible, avec et sans CMA. Il s'agissait donc surtout de cabinets déjà actifs dans les réseaux de médecins, qui utilisent des guidelines, etc. La question est de savoir si cette image de très haute qualité qui ressort de notre étude est valable partout. Nous ne pouvons pas encore répondre à cette question pour l'ensemble de la Suisse.

Quels conseils donneriez-vous aux cabinets qui sont intéressés par une collaboration avec une CMA ?

A. Ansorg: Le mieux est de se renseigner auprès de l'odamed, une association qui forme les CMA et qui fait passer l'examen, ou directement auprès de l'ASAM. Vous pourrez tout apprendre sur leurs sites Web.

S. Streit: Il s'agit d'un investissement dans l'avenir. Dirigeant moi-même un cabinet, cette étude m'a amené à réfléchir à qui dans notre équipe pourrait devenir CMA, afin qu'à l'avenir, nous puissions également proposer ce service dans notre cabinet.



Prof. Dr méd. Dr phil. Sven Streit

Sven Streit a terminé ses études de médecine à l'Université de Berne en 2008. En 2014, il devient médecin spécialiste en médecine interne générale après sa promotion en 2009 et commence son activité de recherche auprès de l'Institut bernois de médecine de famille (BIHAM). Il a reçu son habilitation à l'université de Berne en 2018 et a ensuite été nommé professeur assistant. Sven Streit s'engage en faveur d'une prise en charge de base interprofessionnelle et de la relève dans les métiers concernés et exerce dans un cabinet de Konolfingen qu'il dirige avec sa femme. Depuis 2020, il occupe avec la professeure Alice Panchaud la nouvelle double chaire de pharmacie (soins de base en pharmacie et en médecine) du BIHAM.



Peut-on faire reculer la roue du temps ?

À l'occasion de sa journée de réflexion, le Comité de la SMCB s'est réuni fin mars à Langenthal pour une discussion de fond sur la politique de santé. Il ne s'agit pas moins que de la plus grande menace envers le système de santé de ces dernières décennies. La discussion a été animée par Birgit Voigt, rédactrice économique à la NZZ am Sonntag.

Lors de la journée de réflexion, Yvonne Gilli, présidente de la FMH, a montré comment la pression sur les coûts de la médecine est utilisée comme prétexte pour légitimer la progression de la médecine d'État.

Texte: Marco Tackenberg, directeur du service de presse et d'information (PID)
Photos: Béatrice Devènes

Esther Hilfiker, la présidente de la SMCB, ouvre la journée de réflexion du 31 mars 2022 avec la question à débattre: «Face à la menace de rationnement et d'étatisation du système de santé, pouvons-nous encore faire tourner la roue dans l'autre sens?» Dans la perspective d'interventions politiques qui aboutissent à un budget global destructeur (voir encadré), la menace est d'accroître la bureaucratie sans aucun bénéfice pour les patientes et patients. Mme Hilfiker renvoie à l'exemple de l'Allemagne qui, après des expériences douloureuses, veut abandonner la voie du budget global.

Faire de la politique avec des statistiques

Lors de la journée de réflexion, Yvonne Gilli, présidente de la FMH, montre comment la pression sur les coûts de la médecine est utilisée comme prétexte pour légitimer la progression de la médecine d'État. Les statistiques d'évolution des primes d'assurance-maladie servent à

faire de la politique. L'augmentation des primes est présentée de manière déformée et dramatisée afin de justifier des mesures d'économie drastiques. Mme Gilli explique clairement qu'il existe de meilleures mesures à prendre pour réduire les coûts qu'un budget global destructeur. Mais ce sont justement ces solutions qui sont bloquées. Elle cite en exemple le financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires (EFAS). L'EFAS pourrait réaliser un potentiel d'efficacité de trois milliards de francs! Ou encore le tarif médical ambulatoire, qui est aujourd'hui obsolète et conduit à des incitations erronées. Le TARDOC révisé est disponible depuis 2019. Mme Gilli résume le problème ainsi: «Les coûts sont dramatisés, des coupables sont désignés et les solutions judiciaires sont bloquées.»

Nora Wille, collaboratrice scientifique de la présidente de la FMH, montre comment on fait de la politique avec les statistiques en s'appuyant sur une fiche d'information de l'OFSP intitulée «Objectif de maîtrise des coûts dans le système de santé». En filigrane, on constate que l'augmentation des primes est extrêmement importante



Nora Wille, de la FMH, a expliqué comment on fait de la politique avec des statistiques sur l'évolution des primes d'assurance-maladie. L'augmentation des primes est présentée de manière déformée afin de justifier des mesures d'économie drastiques.

comparée à la croissance du PIB. En examinant le graphique, on confirme l'impression d'une forte hausse des primes: on y retrouve par exemple l'augmentation de la prime dite «standard». Mais en 2020, moins de 15 % des assurés l'ont payée. La prime moyenne réellement payée en 2020 était de 364 francs, soit cent francs de moins que la prime «standard». Il ne faut pas non plus oublier qu'aujourd'hui, davantage de prestations médicales sont financées par les primes (AOS).

À cela s'ajoute le problème de l'indexation: l'OFSP compare des augmentations en pourcentage avec des bases totalement différentes lorsqu'elle compare le produit intérieur brut à la croissance des primes. Un doublement des primes en l'espace de deux décennies peut faire peur, si l'on omet de dire que le revenu des ménages a augmenté d'environ 1000 francs durant cette période.

C'est l'essence même de l'assurance que de payer en cas de sinistre

Le professeur de droit Ueli Kieser procède à une évaluation du budget global d'un point de vue juridique: «Ce qui est prévu ici avec le budget global n'est pas compatible avec un système d'assurance.» M. Kieser l'explique en prenant l'exemple d'une assurance responsabilité civile pour véhicules à moteur. «Il ne serait pas non plus licite d'établir que,

s'il y a trop d'accidents de voiture, les garagistes reçoivent une indemnisation moins élevée. Cela ne viendrait à l'esprit de personne. C'est l'essence même de l'assurance que de payer un montant fixe lors de la concrétisation d'un risque.» L'Office fédéral de la justice a examiné l'avis consultatif de M. Kieser et a confirmé qu'un objectif financier ne devait pas conduire à ce que les prestations ne soient plus fournies. Selon M. Kieser, si l'on voulait vraiment économiser, il faudrait alors réexaminer les prestations. Mais les politiques ne le souhaitent pas.

«Ce qui est prévu ici avec le budget global n'est pas compatible avec un système d'assurance.»

À l'occasion de la journée de réflexion, Tobias Eichenberger, président de la société des médecins du canton de Bâle-Campagne, critique le fait que les évolutions négatives actuelles généreront davantage de coûts et ne seront d'aucune utilité pour les patients. Il presse vivement les médecins à mieux se mettre en réseau et à s'associer pour relever les défis ensemble. Les médecins sont appelés à s'impliquer dans le débat public. M. Eichenberger attend du corps médical qu'il soit prêt à se



Tobias Eichenberger, président de la société des médecins de Bâle-Campagne, appelle les médecins à s'unir: «Un corps médical uni peut tout réussir!»

défendre maintenant avec courage et détermination. Sur le plan politique, il est crucial de suivre une ligne plus offensive: «Un corps médical uni peut tout réussir!» M. Eichenberger a déjà prouvé que cela était possible il y a quelques années, lorsqu'il a mené avec succès la lutte contre le projet sur les réseaux de soins intégrés avec ses alliés.

«Les coûts sont dramatisés, des coupables sont désignés et les solutions judicieuses sont bloquées.»

Un mix politique défavorable

Birgit Voigt, rédactrice économique à la NZZ am Sonntag, anime la journée de réflexion. Mme Voigt doute du fait que se diriger vers une médecine d'État soit dans l'intérêt des patientes et des patients. Une analyse des rapports de force politiques la rend pessimiste: les baby-boomers sont en train de partir à la retraite, de grands défis financiers nous attendent tous, le débat sur les coûts sera encore plus prégnant à l'avenir. Contrairement à ce qu'il se passait il y a quelques années encore, le Conseil fédéral bénéficie depuis peu du soutien du parti du centre et des partis de gauche. Cela donne un mix politique défavorable.

Nora Wille souligne qu'un bon système de santé a un prix. Il en découle le devoir d'utiliser les ressources financières de manière efficace. L'utilité doit être mieux prise en compte. Un genou guéri permet d'économiser des coûts dans d'autres secteurs sociaux. Mme Wille rappelle que le système de santé se caractérise par de nombreux services différents. Ces services ne peuvent pas être rationalisés de la même manière que, par exemple, dans une production industrielle.

Mme Voigt demande au professeur Kieser s'il existe une possibilité d'action en justice si le budget global est contraire à la Constitution, comme il le justifie. Kieser, sans hésiter, répond par la négative: «Comme nous n'avons pas de juridiction constitutionnelle en Suisse, une décision du Parlement ne peut pas être contestée devant un tribunal.»

Comment sensibiliser la population ?

Nora Wille parle des expériences négatives de l'Allemagne avec les objectifs financiers et les budgets globaux: «Si vous voulez un jour obtenir un rendez-vous dans un cabinet médical allemand, c'est surtout l'assistante médicale qui en souffre, car elle doit expliquer aux patients pourquoi ils n'auront pas de rendez-vous maintenant.» Rainer Felber, vice-président de la SMCB, fait écho à ce point: «La question décisive



Le professeur de droit Ueli Kieser montre qu'un budget global entre en conflit avec le droit inconditionnel aux prestations tel qu'il existe dans le système d'assurance.

est la suivante : comment sensibiliser la population, avec la FMH et ses forces alliées ? En fin de compte, ce sont nos patientes et patients qui décideront dans les urnes en cas de référendum. Il est important que nos membres informent leur patientèle et leurs connaissances des effets destructeurs d'un budget global. »

Lors de la discussion de l'après-midi de la journée de réflexion, qui se déroule désormais sans invités ni intervenants, le Comité de la SMCB constate d'une part l'urgence de la lutte contre le budget global, mais d'autre part aussi le fait que tous les médecins n'ont pas encore reconnu cette urgence. Le secrétaire de la SMCB, Thomas Eichenberger, dresse un constat pointu mais pertinent : « Les autorités ne sont pas de notre côté, le Parlement non plus, les payeurs de primes bien portants non plus. Et une certaine partie de nos membres attend, à tort, beaucoup des solutions étatiques. »

Le Comité est unanimement d'avis que la campagne propre à la SMCB contre le budget global doit maintenant être diffusée dans toute la Suisse. Il entame les démarches en ce sens.

Politique de la santé : un peu de contexte

Avec son « initiative d'allègement des primes », le PS ne s'attaque qu'aux symptômes. Le parti du centre (PDC) attire l'attention avec une « initiative pour un frein aux coûts » dont il ne parvient pas lui-même à expliquer la mise en œuvre. Quant au Conseil fédéral, il souhaite, malgré les critiques, introduire des objectifs financiers dans l'assurance obligatoire des soins. Dans tous les cas, les grands perdants seront les patientes et les patients, surtout les personnes âgées, les malades chroniques et les personnes souffrant de pathologies multiples. Les médecins seront également perdants. Toutes ces mesures vont dans le sens d'une médecine d'État, et les objectifs financiers qui aboutissent à un budget global sapent la relation de confiance entre les médecins et leur patientèle. Dans cette situation, le patient ne peut alors plus être sûr que son médecin refuse une solution thérapeutique parce qu'elle n'est pas adaptée, ou qu'il est tout simplement contraint de faire des économies.

« L'éthique crée des opportunités, et pas seulement des doutes »

La promotion 2021 des diplômés en médecine de l'Université de Berne a élu Rouven Porz « Teacher of the Year ». Dans cet entretien accordé à doc.be, il dévoile ce qui compte pour lui dans l'enseignement, la manière dont les centres d'intérêt éthiques de ses étudiants ont évolué ces 10 dernières années et pourquoi il affirme parfois ne pas connaître quelque chose qu'il connaît en fait très bien.

Interview: Nicole Weber, service de presse et d'information (PID)
Photos: mises à dispo.

M. Porz, les étudiants en médecine de l'Université de Berne vous ont élu « Teacher of the Year » en 2021 pour la qualité de votre enseignement. Nous allons commencer par notre question traditionnelle: d'après vous, pourquoi vous ont-ils choisi ?

J'ai été absolument ravi de recevoir ce titre, mais je ne sais pas pourquoi c'est à moi qu'ils l'ont décerné. Je fais bien sûr de mon mieux pour dispenser des cours de qualité, mais il est possible que cela soit aussi lié à la matière que j'enseigne. Pendant la pandémie de Covid, la question de l'éthique était abordée de tous les côtés. Peut-être que les étudiants en médecine se sont rendu compte que cette matière était finalement plus importante qu'ils ne le croyaient.

Comment s'organise votre cours de l'année dernière, qui a eu tant de succès ? Est-ce un simple « cours frontal » ?

Il s'agit d'un grand cours magistral qui regroupe 250 ou 300 étudiants et aborde la question des dimensions éthiques en clinique. Je m'appuie sur certains exemples thématiques pour leur dire d'être attentifs dans telle ou telle situation pendant leur période d'assistantat, je leur montre comment l'analyser d'un point de vue éthique. Mais j'apprécie votre question sur le « cours frontal », j'aime beaucoup enseigner. Autrefois, j'étais professeur de biologie, philosophie et éthique dans un lycée allemand. Cela m'a probablement permis de mieux connaître certains aspects didactiques que d'autres, et même mes cours magistraux sont toujours organisés de manière interactive. Même si j'ai 250 personnes face à moi, je leur pose des questions ou je leur donne des moments pour qu'ils

puissent travailler en autonomie. Ce n'est pas un simple monologue.

Votre méthode a-t-elle fonctionné sur Zoom en 2021 ?

Je dois dire que Zoom a étonnamment bien fonctionné. J'y ai même trouvé des avantages: d'habitude, lorsque je pose une question à 250 étudiants, personne ne répond. Mais sur Zoom, je pouvais leur demander: «Comment évaluez-vous cette situation? Oteriez-vous plutôt pour la solution A ou B? Répondez dans le chat.» Et tout d'un coup, j'avais 100 A et 50 B, par exemple. J'ajoutais parfois quelques questions plus ludiques, comme «Quelle note de 1 à 10 donneriez-vous à cela? Qui est pour 10, qui est pour 9...?» Cette fonction de chat toute simple m'a permis d'apporter un caractère très interactif à mes cours sur Zoom.

Quels sont les sujets qui intéressent le plus les étudiants pendant vos cours? Quelles questions éthiques se posent les futurs médecins?

(longue réflexion) Je pense qu'au début, ils ne s'intéressent pas tant que ça à l'éthique. Ce qu'ils veulent, ce sont des cas cliniques spectaculaires. Mais je ne suis pas partisan de ces méthodes qui créent une espèce de pathos consterné, un peu comme au zoo... Dans mes cours et mes recherches, je m'intéresse plutôt à l'éthique au quotidien, aux petites situations qui peuvent créer des doutes, à la manière dont il faut se comporter. Mon cours d'éthique est donc très axé sur l'environnement actuel des étudiants. Leur quotidien, leurs valeurs morales. Et je pense qu'ils commencent à s'y intéresser réellement lorsqu'ils constatent que l'éthique est partout, qu'il ne s'agit pas d'une étrange discipline prônant le doute, mais qu'elle donne la possibilité de réfléchir différemment sur son propre quotidien, parfois même de manière ludique. L'éthique crée des opportunités, et pas seulement des doutes.

Avez-vous un exemple de la manière dont vous liez l'éthique avec le quotidien des étudiants?

Je commence souvent mon cours en leur demandant si, au cours de la semaine passée, ils ont été confrontés à une situation où ils n'ont pas été capables de prendre une décision. Ou s'ils ont vécu un événement qui leur a fait penser: «Oh là là, mais ce n'est pas possible, le monde ne devrait pas être comme ça.» Généralement, les jeunes ont des idées très claires sur ce qu'ils trouvent bien ou mal. Ils partent donc de leurs valeurs morales personnelles pour arriver aux valeurs qu'ils auront dans leur métier, lorsqu'ils auront revêtu leur blouse blanche.

Avez-vous vu les questions éthiques de vos étudiants évoluer au cours de votre carrière d'enseignant?

Cela fait une dizaine d'années que j'enseigne à l'Université de Berne. J'ai l'impression que l'intérêt pour l'éthique s'est renforcé... (hésite), mais qu'il est peut-être plus autocentré. Les étudiants tiennent de plus en plus à affirmer dès le début que leur identité ne se résume pas au fait d'être médecin. Ils veulent voir plus loin, ils en attendent plus de la vie. Avant, on était médecin, point. Aujourd'hui, le cours d'éthique est souvent ponctué par des questions sur l'équilibre entre vie privée et vie professionnelle, ou sur le genre: quels seront mes futurs horaires de travail, comment puis-je organiser mon travail (et nous arrivons à l'éthique) afin qu'il soit bon pour moi.

Qu'est-ce qui compte particulièrement pour vous dans votre matière? Que voulez-vous transmettre aux futurs médecins?

Tout d'abord, que l'éthique est une science humaine. Ce n'est pas une science naturelle, ce n'est pas de la médecine, c'est une science humaine qui doit les aider dans leur réflexion. La médecine se base de plus en plus sur les preuves, on essaie de trouver des faits, de créer des bases solides, et après de prendre une décision. En revanche, en ce qui concerne l'éthique, et je le dis aussi à mes étudiants, il faut vivre avec ses doutes. Ou plutôt, il n'existe aucune recherche à ce sujet. Les premières décisions prises pendant la pandémie, par exemple, ont été le résultat de tâtonnements, pour ainsi dire. Je tiens énormément à exprimer ce paradigme des sciences humaines, à dire: ce n'est qu'une interprétation. Lorsque mes étudiants me posent des questions, il m'arrive même, pour des raisons didactiques, de dire que je n'ai pas la réponse, alors qu'en fait si. C'est pour leur montrer qu'il existe des questions ouvertes dans l'éthique, et que tout n'est pas clairement défini. Une autre chose qui me tient à cœur, c'est que ma matière puisse aussi être un plaisir. Comme je l'ai déjà dit, l'éthique n'est pas seulement une source de doutes, elle ouvre aussi des portes et peut être positive.

Pendant la pandémie de Covid, des questions d'éthique médicale étaient au centre des débats, notamment sur le tri des patients ou sur la vaccination obligatoire. Récemment, une question de ce type est même arrivée jusqu'aux urnes, avec la votation sur le consentement présumé. En tant qu'éthicien clinique professionnel, comment contribuez-vous à ces débats?

Je pense que la mission de l'éthique clinique consiste d'abord à présenter toutes les possibilités. Si l'éthique prend trop vite parti, elle devient moralisatrice, et ce n'est pas ce que nous souhaitons.

Autrement dit, en tant qu'éthicien, je ne me prononcerais pas en faveur ou en défaveur du consentement présumé. Je citerais plutôt des spécialistes de ce sujet, qui sont capables d'expliquer pourquoi ils sont d'accord. Nous avons justement mis au point un cours magistral sur la médecine de transplantation, en mettant l'accent sur un aspect en particulier: les étudiants doivent comprendre que les professionnels des transplantations qui travaillent ici sont généralement en faveur du consentement présumé, mais que le discours éthique peut malgré tout aborder le pour et le contre.

De manière générale, vous n'exprimez donc pas d'opinion concrète sur les questions d'éthique médicale, vis-à-vis des médias par exemple ?

Je dirais que j'exprime des recommandations, mais pas de directives uniques. Pour nous, notre rôle consiste plutôt à présenter la complexité ou la suite des arguments, aux médias également. Souvent, ils veulent entendre une opinion claire, mais quand ils le demandent, nous ne les suivons pas. Tous ces sujets sont beaucoup trop complexes pour avoir une seule réponse.

Revenons à votre titre de «Teacher of the Year»: malgré cette récompense, sur quels aspects pensez-vous pouvoir améliorer encore votre enseignement? Avez-vous ici des objectifs pour l'avenir?

D'un côté, il y en a beaucoup... (longue réflexion)
À vrai dire, je pense que le risque principal réside dans le fait que je vieillis. Je pense que pour capter l'attention et l'intérêt d'une génération, il faut être soi-même curieux de découvrir leur environnement, et bien le leur montrer. En médecine, notamment, les professeurs plus âgés ont tendance à mettre de côté tout ce qui se fait actuellement en disant que «c'était mieux avant». Je ne sais pas encore réellement comment faire pour rester au contact de chaque génération.



Prof. Dr phil. Rouven Porz

Le professeur Rouven Porz a étudié la biologie et la philosophie à l'Université de Sarrebruck, dans la Sarre. Il a fait une courte carrière d'enseignant en gymnase, avant d'obtenir son doctorat d'éthique médicale à l'Université de Bâle, et de travailler sur la médecine reproductive, la recherche sur les cellules souches et les essais génétiques dans le cadre de projets post-doc. Depuis 2008, il est éthicien à l'Hôpital de l'Île. Collaborateur scientifique à ses débuts, il est désormais professeur associé d'éthique médicale. Actuellement, il est aussi professeur d'éthique invité à Cluj-Napoca en Roumanie.

Réduire les coûts en lésant les patients

Où est passé le patient dans toutes les restructurations et les plans de l'OFSP ? Cette question a été abordée par des spécialistes de la médecine et de la politique lors de l'Academy on Health Care Policy de ce printemps.

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

Photo: mise à dispo

Les expertes et les experts de l'Academy on Health Care Policy de ce printemps ont discuté de deux sujets d'actualité du système de santé: la sécurité de l'approvisionnement en produits pharmaceutiques et les objectifs financiers. La question centrale était la suivante: où sont passés les patientes et patients ?

Difficultés d'approvisionnement en produits pharmaceutiques

La sécurité de l'approvisionnement du marché des médicaments est depuis longtemps une source d'inquiétude. Un rapport de l'Office fédéral de la santé publique de février 2022 constate que l'approvisionnement en produits pharmaceutiques ne peut plus être assuré en Suisse, ou seulement à un prix très élevé. Les difficultés augmentent. Aucun des intervenants n'a toutefois pu donner de chiffres précis, car il n'existe actuellement aucune banque de données nationale qui donne un aperçu systématique de ce phénomène. Outre le bureau de notification des produits thérapeutiques de la Confédération, il existe également la base de données drugshortage.ch. Cette dernière a été mise en place par Enea Martinelli, vice-président de Pharmasuisse et pharmacien-chef des Hôpitaux fmi AG.

«Sans incitations, cela ne fonctionne pas»

Les causes de ces pénuries de médicaments sont complexes. D'après les défenseurs

de l'industrie pharmaceutique, l'une des raisons est la pression sur les prix et les coûts. Les exigences réglementaires, les réductions de prix ou les systèmes de prix de référence rendraient les produits non rentables. En conséquence, les entreprises n'investissent plus dans le médicament ou se retirent du pays, a expliqué Christoph Stoller, qui représente l'association Medicines for Europe. Des médicaments sont encore fabriqués en Union européenne, mais on ne construit plus de nouvelles usines. De plus, on dépend des substances actives provenant de l'étranger. Seuls 20 % des substances actives utilisées pour la fabrication de produits pharmaceutiques en Europe y sont produites. «Sans incitations économiques, cela ne fonctionne pas», a souligné M. Stoller avec insistance.

L'approvisionnement incertain en médicaments n'est pas seulement un problème suisse. Les pays européens comme l'UE ont chacun développé leurs propres stratégies pour éviter les pénuries. Dans de nombreux pays, une obligation de déclaration générale est la norme, contrairement à la Suisse, comme le regrette Enea Martinelli. Cependant, la Suisse a mis en place récemment un groupe de travail interdisciplinaire. Il doit évaluer les mesures à prendre pour améliorer la situation en matière d'approvisionnement courant 2022.

Les objectifs financiers mettent-ils en danger la prise en charge des patients ?

Le deuxième thème de la soirée était les systèmes de maîtrise des coûts dans la



Qu'arrive-t-il aux patientes et patients lorsque la pression des coûts provoque des pénuries de médicaments et force les médecins à réduire leur temps de travail ?

Discussion avec, de gauche à droite: Birgit Voigt, Thomas Christen, CN Thomas De Courten, Dre Yvonne Gilli, Dre Enea Martinelli.

politique de santé. Plusieurs projets sont en cours de discussion au Parlement. Ici aussi, la question de la sécurité des soins se pose: des coûts de soins de santé plafonnés par des objectifs financiers mettent en danger la prise en charge des patients. La présidente de la FMH Yvonne Gilli a insisté: « Quand on parle objectifs financiers, on ne parle pas des patients. On parle de tarifs, d'assureurs et de mesures, mais surtout d'argent. »

Thomas Christen, vice-directeur de l'Office fédéral de la santé publique, est d'un autre avis. Il voit les objectifs financiers comme une chance pour le système de santé. Les coûts de soin de santé et les primes sont indissociables, ils augmentent en parallèle. L'introduction d'objectifs financiers permet de voir quelles augmentations sont médicalement nécessaires et quelles augmentations ne sont pas justifiées.

Vers une économie planifiée

Yvonne Gilli a rejeté ces arguments en faveur des objectifs financiers. Les primes d'assurance-maladie ont certes augmenté au cours des 20 dernières années, mais le revenu moyen des ménages a augmenté encore plus. Et pour augmenter l'efficacité du système de soin et éviter la surconsommation de soins, il existe des mesures nettement plus appropriées, par exemple la promotion du développement de la qualité, la mise en œuvre du tarif TARDOC et le

financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires EFAS.

En revanche, l'introduction d'objectifs chiffrés ne signifie rien d'autre qu'une économie planifiée dans le système de soin, selon Yvonne Gilli: « L'État sait mieux ce qui est nécessaire que les médecins et les patients. » Ces derniers pourraient être sacrifiés dans l'opération, craint la présidente des médecins. Au minimum, les mesures de l'OFSP ne favorisent pas la sécurité des soins pour les patients.

Cet article est publié en même temps dans le Swiss Dental Journal 6/22.

Academy on Health Care Policy

L'Academy of Health Care Policy de printemps est organisée chaque année par mmconsult avec le soutien de nombreux acteurs importants du secteur de la santé. Liste des intervenants: Gregor Pfister, Director Supplier Relations & Offering Management IQVIA, Christoph Stoller, Board Member et Past President Medicines for Europe, Enea Martinelli, vice-président de Pharmasuisse et pharmacien-chef des hôpitaux fmi AG, Thomas Christen, directeur adjoint de l'OFSP et Yvonne Gilli, présidente de la FMH. Le conseiller national UDC Thomas de Courten a également pris part au débat.

La relève est à l'honneur

Chaque année, la SMCB récompense les meilleurs diplômés de la promotion de médecine de l'Université de Berne. Cette année, c'est David Rösli et Cornelia Wälchi qui ont reçu cette distinction.

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

Photo : Markus Gubler, service de presse et d'information (PID)

Les examens de fin d'études de médecine ont donné lieu à deux meilleures performances en 2021 : David Rösli a brillé à l'examen théorique (MC), tandis que Cornelia Wälchli a obtenu la meilleure note à l'épreuve Clinical Skills (examen pratique). Pour cette réussite, Esther Hilfiker, présidente de la Société des médecins du canton de Berne, leur a remis en avril 2022 à chacun 1500 francs, le prix de la SMCB attribué aux meilleurs étudiants de l'année.

Les deux lauréats ont des projets professionnels bien définis. Cornelia Wälchli effectue sa formation postgraduée au centre hospitalier BESAS

bernois pour la gériatrie de Siloah et vise un titre de spécialiste en médecine interne générale. David Rösli travaille au Bürgerspital de Soleure dans la clinique de chirurgie générale et viscérale et souhaite se perfectionner ultérieurement en chirurgie viscérale.

La Société des médecins du canton de Berne félicite les deux lauréats et leur souhaite le meilleur pour la suite de leur carrière professionnelle.

La présidente de la SMCB Esther Hilfiker remet les prix de reconnaissance bien mérités aux lauréats de la promotion 2021 de l'examen fédéral en médecine de l'Université de Berne



Suche nach

Soft|ware

Softshelljacke

Softeis

Softdrink

Soft Skills

Softie

Softrock

Alles was Sie für Ihr Praxismanagement brauchen, finden Sie bei der Ärztekasse.

Die Ärztekasse ist eine Genossenschaft, arbeitet exklusiv im schweizerischen Gesundheitswesen, hat 58 Jahre Erfahrung und bedient über 18'000 aktive Kundinnen und Kunden. Wir bieten alles, was eine Praxis für die Administration im Alltag braucht.

Auf der Suche nach einer Partnerin für Ihr Praxismanagement? Dann sprechen Sie erst mal mit uns, der Ärztekasse.



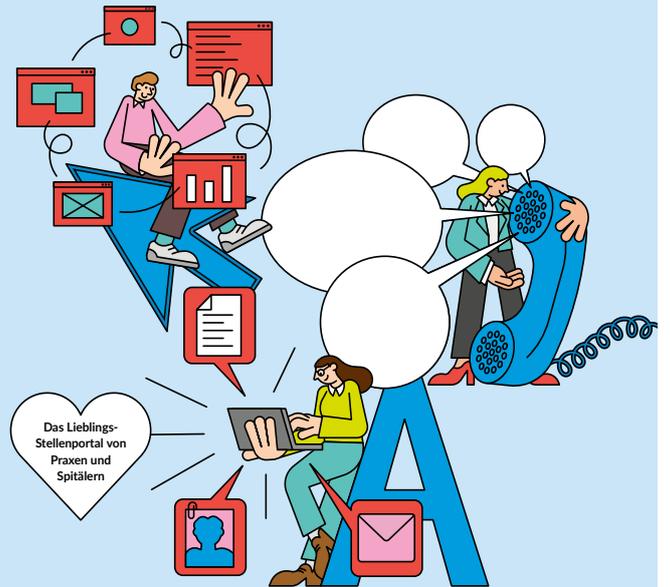
Weitere Infos und Angebote auf aerztekasse.ch



ÄRZTEKASSE



CAISSE DES MÉDECINS
CASSA DEI MEDICI



We love happy teams!

Zufriedene Teams liegen uns am Herzen, bei unseren Kunden, aber auch bei uns. Darum arbeiten wir im Hintergrund von praxisstellen jeden Tag mit neuem Enthusiasmus, damit das beliebte Stellenportal gut bleibt und noch besser wird. Für all Ihre Fragen rund um die Personalanstellung stehen wir Ihnen jederzeit mit Rat und Tat zur Seite.

praxisstellen.ch

Das führende Stellenportal für medizinisches Praxispersonal



Aus Werten wird Wissen.

 **medics**

schnell. exakt. praxisnah.

Calendrier 2022

Société des Médecins
du Canton de Berne

15 septembre

Conférence des présidents SMBC ou
conférence élargie des présidents
(présidents et présidentes des as-
sociations de district et de sociétés
de discipline) – date de réserve

19 octobre

PME bernoises, assemblée ordinaire
des délégués d'automne

20 octobre

Assemblée des délégués de la SMCB,
après-midi

27 octobre

Chambre médicale de la FMH

10 novembre

Assemblées des associations du
canton, dans tout le canton

En raison de l'évolution de la pandémie, nous ne
savons pas encore sous quelle forme se tiendront les
événements.

La SMCB est sur Twitter et LinkedIn. Suivez-nous !

Nous utilisons nos profils sur les ré-
seaux sociaux de multiples façons.
Nous y publions des communiqués
de presse, nous y dévoilons des
extraits de doc.be, nous parlons en
direct des événements de la SMCB
et nous renvoyons à des articles de
presse faisant intervenir des cadres
de la SMCB.

Suivez-nous sur Twitter et LinkedIn
en scannant les codes QR ci-dessous.

LinkedIn



Twitter

