

Rapport annuel 2011 du Président

Mon code PIN 1-2-4-6-3-5 représente mes axes essentiels de la défense de nos intérêts en tant que Président de la SMCB. Concrètement: 1 devise, 2 types d'intérêts, 4 principes, 6 objectifs, 3 champs d'action, 5 modes de mise en œuvre

*Dr. med. Beat Gafner,
Président de la Société des Médecins*

1 DEVISE

«Nul n'est le serviteur de quelqu'un d'autre qui peut être son propre maître.»

Paracelsus 1538

2 TYPES D'INTÉRÊTS

«Immatériels et matériels»

Parmi les intérêts immatériels, je compte le bon déroulement et l'intérêt des journées «Berner Tage der Klinik 2011», qui ont attiré un nombre record de participants. Les thèmes concernant la défense des intérêts des médecins ont rencontré un écho considérable. Une importance accrue sera consacrée à ce segment dans trois ans. L'Association Bernoise des Chiropraticiens (Berner Chiropraktoren Gesellschaft) a participé cette année aux BETAKLI en tant qu'invités de la SMCB. Le dîner de gala à l'Hôtel Schweizerhof, récemment ouvert, a comblé tous les désirs: ambiance de bon goût, cuisine excellente et divertissement réussi par le trio Prima Carezza; une bonne occasion de réseautage informel. Qui dit BETAKLI, pense aussi Piroshka Wolf: nos sincères remerciements pour son engagement!

L'engagement de nos médiateurs n'est pas vraiment marqué non plus par des intérêts matériels. Dr. med. Hans Jörg Rytz prend congé après huit années de conseils attentifs à ceux qui cherchent de l'aide dans des situations de conflit avec des médecins ou des institutions. Il a réussi à empêcher de nombreux différends pénibles. Le centre de médiation est dirigé depuis avril 2011 avec une excellente compétence par le couple Dres. med. Helene Baur Wüthrich et Beat W. Baur. Sous leur direction aussi, les problèmes de communication et les malentendus entre médecins et patients étaient au premier plan.

Les excursions et les dîners partagés sont pour le fonctionnement d'une équipe ce qu'est le joint pour une fenêtre: ils rassemblent et scellent. Les excursions de l'équipe du bureau vers le lac de Morat, l'observation du magnifique martin-pêcheur bleu



*Les journées «Berner Tage der Klinik 2011» ont attiré un nombre record de visiteurs.
Photo: Markus Gubler*

au Centre-nature ASPO de La Sauge, la visite impressionnante de la prison de Thorberg et des délices culinaires en fin d'année nous ont rapproché les uns des autres. Le reste de mon travail en tant que Président de la SMCB, soit en moyenne 38,3 heures par semaine, a été marqué en 2011 par des intérêts matériels.

4 PRINCIPES

«L'assurance de la qualité passe avant les objectifs d'économie»

Dans le rapport annuel 2010, je me suis aventuré à déclarer que l'année 2011 sera marquée, entre autres, par des discussions sur le «Swiss Medical Board», le «Health Technical Assessment» et la «Loi sur la prévention». En tant que second conseil consultatif, le Conseil d'Etat a renvoyé ce projet de Loi sur la prévention au Conseil national en décembre 2011. L'élément décisif était une méfiance saine des mesures coûteuses au détriment des cantons, de l'obligation autoritaire d'un mode de vie sain et d'une pré-

vention définie au niveau central. La Conférence suisse des directrices et directeurs de la santé, la FMH et l'Académie suisse des sciences ont fondé ensemble, au début de l'année 2011 le «Swiss Medical Board». Ils ont déjà publié sept évaluations coûts-avantages-conséquences et Health Technical Assessments (HTAs) concernant des clarifications, thérapies et interventions (www.medical-board.ch).

Le terme «Swiss Health Technology Assessment» désigne un projet d'Interpharma et de santésuisse, avec également la participation de la FMH et de l'Académie suisse des sciences médicales. L'OFSP prévoit pour le printemps 2012 la mise en place d'une institution HTA, dont la forme et le financement restent encore à définir.

Les «critères d'efficacité, pertinence et viabilité économique» (toujours pas déterminés clairement...), «HTA», «Swiss HTA», «Swiss Medical Board», «la recherche du résultat» et «HTA-OFSP national» auront encore tendance à proliférer au niveau cantonal et fédéral!

Sous le titre «Indicateurs Q – marche en avant!», le **VEDAG-Qualitäts-Basis-Modul** (module de base de qualité VEDAG) a été présenté à l'occasion de la réunion à huis clos de la VEDAG au monastère de Schönthal: un outil pour l'assurance qualité dans le cabinet généraliste, qui nécessite encore d'être peaufiné, mais qui a de bonnes chances de s'imposer en pratique. Nous devons veiller à ce que les programmes actuels et prévus d'assurance qualité dans le cabinet médical ne se concurrencent pas et qu'il nous reste suffisamment de temps pour soigner les patients. Les obligations légales pour la gestion de la qualité dans les cabinets médicaux existent depuis longtemps. Seulement jusqu'à présent, la loi n'a pas été appliquée. Le Directeur adjoint de l'OFSP, Monsieur Fallier, a remarqué que la question n'est plus oui ou non, mais quand et comment? Deuxièmement, il a noté que la gestion de la qualité n'est plus basée sur le volontariat, mais que c'est une évidence. Et troisièmement, on doit se demander si une évidence doit encore être compensée?

En 2012 aussi, la FMH s'efforcera d'honorer, avec le projet «**Q-Monitoring ambulante Medizin CH**» (projet de surveillance de la qualité en médecine ambulatoire CH), son devoir d'assurance qualité en médecine ambulatoire, formulé dans la LAMal. Le coup d'envoi a été donné récemment par Daniel Herren.

La SMCB a réagi au projet de **Loi fédérale sur le dossier électronique du patient** LDEP par une lettre de consultation rédigée ensemble avec la Conférence des sociétés Cantoniales de Médecine. De façon générale, nous sommes favorables à une amélioration de la qualité et de l'efficacité du système de santé ainsi qu'aux mesures encourageant les professionnels du secteur de la santé à passer à un fonctionnement sans papier. Toutefois, un groupe de travail, soutenu à grande échelle, a noté plusieurs faiblesses: ainsi, le bénéfice pour la profession médicale, dont l'effort requis pour la mise en place et la maintenance des systèmes est largement sous-estimé, est discutable dans les conditions de l'avant-projet. De même, nous estimons que le temps et l'argent devant être investis pour la mise en œuvre sont déraisonnables. La réglementation des droits d'accès, l'identification ou l'obligation de certification représentent des obstacles majeurs pour une diffusion à grande échelle dans un délai raisonnable.

Lors de diverses réunions, le conseil d'administration et la conférence des Présidents ont discuté avec des experts des mesures qui pourraient favoriser la prolifération du dossier électronique du patient

dans le canton de Berne parmi tous les partenaires du secteur de la santé. Le conseil d'administration pense que la création d'un **institut pour la pratique de l'informatique en cabinet médical** (Institut für Praxisinformatik, IPI) serait une solution envisageable. En août 2011, les Médecins de famille Suisse, la FMH, la Conférence des sociétés Cantoniales de Médecine et l'Institut für Hausarztmedizin ont signé un protocole d'entente sur la création de l'IPI. Une «lettre d'intention» est en préparation. La participation d'autres associations n'est pas encore assurée. Pour la forme, on prévoit la création d'une fondation, en mesure de conseiller de manière neutre et pratique les médecins en exercice dans la mise en place d'un bon réseau de dossiers électroniques des patients. La question du financement n'est encore résolue.

Six années se sont écoulées avant que soit présenté le rapport sur la «**médecine de premier recours dans le canton de Berne**» par la Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale. En revanche, celui-ci est complet et c'est une base précieuse pour la présentation et l'exécution de nos préoccupations en tant que médecins praticiens.



Hausarztmedizin im Kanton Bern

Bericht an den Grossen Rat zu den Motionen Heuberger (035/2005) und Kilchherr (090/2005)

Ausgabe : 22.12.2011



Il a été rédigé suite à la demande de Heuberger et Kilchherr en 2005. Le rapport complet peut être téléchargé sur Internet.¹ Différents domaines d'action sont définis et des mesures résultantes sont recommandées: principe de subsidiarité du canton, promotion des assistantes médicales, soutien MEDPHONE, collaboration avec les hôpitaux ou financement de démarrage et partiel de nouveaux modes de fonctionne-

ment sous certaines conditions dans les régions structurellement et économiquement défavorisées. D'autres mesures comprennent la participation des communes locales et du secteur privé aux soins primaires et d'urgence, par exemple via le «BECO» (économie de Berne) et le bureau «TouReg», une chaire de professeur en médecine de premier recours, recherche sur les soins par le BIHAM, la réintroduction de formations spécifiques pour les médecins de famille et la promotion des reprises d'activité par les médecins.

Différentes mesures recommandées ont été incluses dans des motions de commission du Grand Conseil, p. ex. la poursuite du projet «La formation continue médicale dans les cabinets de médecins de famille» (déjà approuvé avec une extension à 21 lieux). Le rapport sur la médecine de premier recours dans le canton de Berne sera abordé par le Grand Conseil en mars 2012.

«Solutions d'associations partenariales»

La mise en œuvre de cet objectif a été légèrement bloquée en 2011. Une mention positive pour la poursuite du **projet** commun avec l'assurance santé VISANA avec un nombre limité de prestataires de service **dans l'Oberland bernois**. Les valeurs du point tarifaire sont par ailleurs de nouveau un thème de discussion lors de la réorganisation de la LeiKoV. Auparavant, on pouvait négocier au niveau suisse avec un seul partenaire, à savoir santésuisse. Ces négociations devraient à présent se compliquer: chez tarifsuisse SA, successeur dans le domaine tarifaire, on ne trouve plus Helsana, KPT et Sanitas. Elles forment leur propre «alliance». Assura n'est plus membre de santésuisse. Il n'est pas certain jusqu'où la fragmentation ira en 2012.

Les **frais pour les visites à domicile** (Besuchsinconvenienzpauschale, BIP) continueront à tanguer tranquillement au moins jusqu'au 31 mars 2012. Ils ne font toujours pas partie intégrante de la structure tarifaire. Je vois cela comme un moyen de pression des assureurs: nos revendications, comme le capital de médecin de famille ou la compensation des modifications techniques du service depuis la mise en œuvre de la structure tarifaire TARMED (TL) sont tenues en échec dans le projet **TARVISION**. TARVISION vise à apporter de la transparence dans l'augmentation des coûts du cabinet médical. En plus, il est prévu que la structure tarifaire soit basée sur un calcul économique mis à jour. La forte hausse des coûts a conduit à un financement croisé de la prestation technique par la prestation

¹ www.be.ch/web/kanton-mediencenter-mm-detail?id=10051

médicale. Notre partenaire dans le projet TARVISION est H+. La nouvelle LeiKoV est négociée âprement entre les représentants de la profession médicale et les assureurs de santé au sein du comité de pilotage LeiKoV. Les objectifs d'un nouvel accord sont l'obtention de données fiables et statistiquement durables ainsi que des options de pilotage réalisables et praticables, prenant en compte différents facteurs de coût. La LeiKoV actuelle s'est enlisée. Seul le maintien de la valeur du point tarifaire au cours des dernières années a été une réussite obtenue péniblement. Néanmoins, les licenciements par les sociétés cantonales des médecins n'ont pas été couronnés de succès. Je m'attends à ce qu'une nouvelle LeiKoV ne soit pas négociée avant le milieu de l'année 2012.

«Indépendance en termes de politique de défense des intérêts»

En novembre 2011, le conseil d'administration a décidé de soutenir financièrement la création d'une fondation à but non lucratif, la «**Berner Stiftung zur Förderung der Hausarztmedizin**» (fondation bernoise pour la promotion de la médecine de premier recours). Le Vice-Président Rainer Felber a été délégué au Conseil de la fondation. Le but de la fondation est principalement l'intégration de la médecine de premier recours en tant que matière universitaire équivalente aux autres matières à la faculté de médecine de l'Université de Berne et le soutien du BIHAM dans son domaine d'activité.

Dans la prise de position de la SMCB concernant le contre-projet du Conseil fédéral sur l'initiative populaire «Oui à la médecine de famille», nous affirmons le refus de la définition tentaculaire de «médecine de base». La définition telle qu'indiquée dans le projet comporte le danger de la dégradation de la médecine de famille vers un segment des activités de médecine de base. L'approvisionnement médical de base ne peut être garanti que par des médecins ayant fait des études universitaires et ayant suivi au moins cinq années de formation complémentaire! Les débats actuels de politique de santé et diverses avancées sont ignorés par le contre-projet, c'est le contrôle gouvernemental des services de médecine de base qui est visé.

En novembre 2011, le conseil d'administration a décidé à l'unanimité de convertir un prêt de 30 000 francs au bénéfice de la société HIN AG en **actions HIN**. La raison en était la modernisation de la plateforme HIN. Pour assurer l'indépendance, il est essentiel que HIN reste entre les mains de médecins.



Dans le cadre de la **révision de la LAMal**, le Parlement a adopté en décembre 2011, pratiquement de façon sous-cutanée, par lot de 2 et à l'unanimité, des amendements aux **articles 42 et 43**. La caisse d'assurance maladie a réussi à se défendre contre l'art. 42, c'est-à-dire contre l'obligation de fourniture des données complètes de tous les prestataires selon ICD-10, grâce à une menace de référendum. Il n'en est pas de même pour l'article 43, qui stipule que le Conseil fédéral peut établir des tarifs de manière subsidiaire si les négociateurs n'arrivent pas à s'entendre. Je considère cette possibilité comme très dangereuse et s'immisçant fortement dans notre indépendance, si tant est que cette dernière existe encore. L'OFSP tente de calmer les esprits en expliquant qu'un tel moyen peut être mis en œuvre uniquement dans des situations exceptionnelles et ne peut pas être appliqué sans la participation des partenaires tarifaires.

L'initiative de la Société médicale de Genève «**Pour la transparence dans l'assurance-maladie**» a piétiné sur place en 2011 et semble vouée à l'échec. Le comité, le conseil d'administration et l'assemblée des délégués de la SMCB se sont penchés attentivement sur cette initiative. La décision d'absence de consigne de vote et de prise de position n'a pas été remise en question. Le manque absolu d'intérêt à la base se reflète également dans le nombre marginal de signatures obtenues de toute la Suisse alémanique. L'attitude des médecins bernois quant à l'«initiative pour une assurance-maladie publique» sera à élucider en 2012.

«Indépendance entrepreneuriale»

La SMCB a émis des réserves concernant le **plan de soins hospitaliers 2011-2014** de la Direction de la santé publique et de la

UNTERSCHREIBEN!

initiative-transparenz.ch

SIGNEZ!

initiative-transparenze.ch

FIRMARE!

iniziativa-trasparenza.ch

prévoyance sociale ainsi que concernant la publication de la liste des hôpitaux: en février, nous avons pris position sur la maximisation rigide de la quantité de services, en novembre sur le projet de la **liste des hôpitaux**. On craignait en effet des distorsions concurrentielles et la mise en danger des chaînes de traitement éprouvées, aussi bien dans les hôpitaux publics que privés. Nous avons également critiqué les seuls critères énoncés «durée du séjour» et «nombre de réhospitalisations». Des réactions virulentes de la part des hôpitaux ont conduit à la découverte d'une erreur de calcul. Les transferts pré- et postopératoires de patients, pratiqués partout, avaient été comptés comme des réhospitalisations. Une nouvelle liste des hôpitaux doit être publiée dans le courant de l'année 2012.

Un **centre de santé** n'est pas simplement un centre de santé, et d'abord il n'est pas simple! Il y a ceux dans lesquels nos membres les plus jeunes pratiquent une forme très raisonnable de médecine de premier recours. Ensemble avec des spécialistes et d'autres fournisseurs de services de santé, ils travaillent de manière économique, que ce soit en tant qu'associé ou employé. On les appelle également cabinet de groupe, centre médical ou groupe de praticiens. A côté de cela, la Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale emploie le terme de centre de santé exclusivement pour des établissements créés suite à la fermeture et la reconversion d'un hôpital régional. Ces institutions peuvent compter sur des aides à l'investissement et des financements de démarrage par le canton. Il n'en est rien pour les premiers, comme le démontre le rapport sur la médecine de premier recours. Les conditions légales seraient insuffisantes. Si l'on souhaite réellement placer la sécurisation de l'aide médicale au premier plan, toutes les parties prenantes, y compris le canton, les collec-

tivités locales et les entreprises privées basées localement devraient, à l'avenir, s'impliquer pour ces établissements. Après tout, il existe un exemple réussi d'hôpital remodelé, transformé en centre de santé, qui est celui de Meiringen. L'avenir montrera si la prochaine génération de médecins se sentira également à l'aise.

Avec le modèle **Futuro Chronic Care Management**, un modèle de soins de médecine de premier recours à domicile avec des assistantes médicales formées spécialement et des outils de travail basés sur Internet, le contact avec les patientes et les patients devrait être légèrement amélioré. Et ce en vue du nombre décroissant de médecins de famille et de l'augmentation des demandes de conseil. Dans ce segment de prise en charge des patients s'entassent les organisations SPITEX, les «nursing practioners», les pharmacies et les services de consultation externe des hôpitaux. Personnellement, je préfère voir une assistante médicale motivée dans mon cabinet médical, capable d'intercepter une partie de la demande croissante et de renforcer ainsi un lien existant. Différentes organisations en réseau se réuniront en 2012 au sein d'une association. La formation continue des assistantes médicales démarre également au printemps 2012. Les assureurs n'ont malheureusement pas pu se résoudre à payer des frais de prise en charge supplémentaires pour compenser le rôle élargi des assistantes médicales. L'assureur Visana, faisant partie de «l'alliance des motivés», participe à un projet. La demande de la FMH d'un nouveau sous-chapitre TARMED «Chronic Care Management» n'a pas encore été mise en œuvre. Après une orientation du conseil d'administration de la SMCB par le chef de projet en février 2011, nous avons promis un soutien moral. La collaboration n'a cependant pas encore été concrétisée.

Les chiffres **ROKO pour 2010** démontrent pour le canton de Berne, par rapport à toute la Suisse, un résultat global inférieur à la moyenne avec un bénéfice des cabinets inférieur à la moyenne. Le ratio des frais varie entre 75% pour les médecins de famille, dispensant des soins de base et 52% pour les psychiatres. Les dépenses évoluent de manière égale dans toutes les spécialisations médicales, ce qui signifie une hausse des salaires, des coûts d'assurance et autres dépenses. Les coûts de loyer sont stables, les dépenses en capital baissent. Dans le projet **TarVision**, la FMH tente d'actualiser l'évaluation des services techniques et de restaurer une base raisonnable, moderne et économiquement viable. Un contrôle des **valeurs du point tarifaire**, pour lesquels l'objectif à moyen ou à long



Meiringen est un exemple réussi d'hôpital transformé en centre de santé.
Photo: mäd

terme est une convergence à l'intérieur de la Suisse, n'a pas non plus eu lieu en 2011. Les raisons pour cela se trouvent du côté du partenaire tarifaire suisse, respectivement de la «tarifsuisse SA»: 1. Les données de rendement n'ont pas pu être livrées à temps, tarifsuisse n'a donc pas pu honorer le contrat. 2. En raison de la non-adhésion de plusieurs assureurs à tarifsuisse, les données fournies ne sont plus représentatives. La couverture au niveau suisse se situe à seulement 70%. Dans des négociations difficiles, les partenaires tentent de trouver, au sein du comité de pilotage de la LeiKov, un nouveau mode de calcul de l'évolution des coûts. La valeur du point tarifaire reste inchangée depuis de nombreuses années à 86 centimes, ce qui peut être vu comme une petite réussite en vue du contrat LeiKov applicable jusqu'alors. La surtaxe transitoire au titre de la taxe de présence d'un laboratoire au cabinet du praticien continue de s'appliquer en 2012. L'augmentation de la valeur du point tarifaire dans le laboratoire du praticien et l'introduction du **modèle Point-of-care** comme base pour le calcul de la **liste des analyses** n'ont mené à aucune décision de l'OFSP en 2011. Et cela, malgré les lacunes des calculs initiaux de l'OFSP qui sont à présent bien connues. Les négociations sur la **nouvelle dispensation directe de médicaments** n'ont, à l'heure actuelle, pas de conséquences sur le canton de Berne.

6 OBJECTIFS

«Promouvoir les jeunes cadres, augmenter la proportion de femmes dans les conseils d'administration»

Malgré les efforts intenses du comité exécutif et du conseil d'administration, je considère ce projet comme un **échec**. L'intérêt et le soutien sont manquants à la base. Pour moi, en tant que Président de la deuxième plus grande association de médecins en Suisse, c'est une expérience inattendue et frustrante. La féminisation progressive compensera, je l'espère, une partie du manque d'intérêt.

«Assurer la prise en charge médicale dans la vie quotidienne et les cas d'urgence»
La principale raison pour les projets de la Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale sur le «**renforcement du site médical de Berne**», est de maintenir un niveau suffisamment élevé de l'afflux de patients dans la médecine hautement spécialisée et spécialisée afin de survivre dans la compétition inter-cantonale pour la sauvegarde des statuts et du site. Cet objectif pourrait être atteint grâce à une fusion organisationnelle et juridique de l'hôpital universitaire Inselspital (ISB) avec le réseau hospitalier Spital Netz Bern AG (SNB).

La zone desservie par les deux institutions hospitalières comprend désormais l'ensemble du canton et les régions voisines du canton. Les efforts visant à attirer plus de patients dans un centre renforcé de la «région de la capitale de Berne» concurrenceraient alors tous les hôpitaux publics, privés et périphériques du canton de Berne. En raison du resserrement attendu de la situation concurrentielle, les hôpitaux de



Site médical de Berne: la situation d'impasse dans le travail lié au projet semble pouvoir être résolue.
Photo: mäd

Lindenhof et Sonnenhof ont d'ores et déjà été fusionnés.

Le conseil d'administration de la SMCB se considère comme représentant des médecins traitants de tout le canton. Cela justifie l'intégration de la SMCB dans le projet: elle est un partenaire au même titre que le gouvernement du canton de Berne, les conseils d'administration des deux hôpitaux, l'Université de Berne et le Département de l'éducation. Les intérêts de la SMCB en tant qu'intervenante externe ont été représentés dans le comité de pilotage du projet à plusieurs reprises, mais ils ont du mal à se faire une place dans la planification concrète du projet et l'élaboration de la stratégie. Les intérêts de la population et des patients n'ont, à ce jour, été abordés que marginalement et de manière générale. Les travaux de planification relèvent, depuis le début de l'année 2012, de la responsabilité du nouveau conseil d'administration conjoint de l'Inselspital et de la Spital Netz Bern AG. Un rapport final à l'attention du Conseil d'Etat est prévu pour l'automne 2012. Suite à la discussion ouverte avec M. Joseph Rohrer, Président du conseil d'administration de l'ISB et SNB, le conseil d'administration de la SMCB voit une chance réaliste de sortir de l'impasse dans le travail lié au projet. La coopération devra être basée sur:

- une communication ouverte
- la présentation du financement des investissements à long terme
- les préoccupations des médecins traitants de tout le canton de Berne, de la population touchée et des patients
- des contacts réguliers entre la SMCB en tant que représentant des médecins

exerçant dans le canton de Berne et le nouveau conseil d'administration

- l'analyse des processus et la définition d'une stratégie, avant de décider de la profondeur d'intégration et de l'emplacement

- la préservation de l'identité des institutions existantes

Les modalités de coopération future ne sont pas encore fixées. La SMCB compte sur les mesures appropriées qui devraient suivre les déclarations d'intention du nouveau Président du conseil d'administration. Le «**modèle du service de secourisme de la FMH**» a été retravaillé par le département «service médical d'urgence / secourisme». Les exigences envers la Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale ont été exposées dans les prises de position sur le plan de soins 2011-2014 et décrites dans le rapport sur __la médecine de premier recours dans le canton de Berne. En principe, le conseil d'administration soutient l'exigence que les médecins urgentistes doivent recevoir un soutien financier pour la formation continue et un équipement moderne. Le service de piquet doit être compensé. La réglementation du canton des Grisons sert d'exemple à ce titre.

L'organisation et la garantie d'un **service ambulatoire d'urgence** dans le canton est un thème central de chaque association de circonscription et le restera. Les questions, souvent identiques, conduisent souvent à des recours au comité du conseil, qui doit alors prendre une décision en première instance. Lors de la conférence des présidents du 19 janvier 2011, la procédure à respecter a été rappelée et un document correspondant a été distribué. Le département

«service médical d'urgence / secourisme» travaille, ensemble avec le médecin de canton et d'autres collaborateurs de la Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale, à la suppression des différences d'interprétation. Le but étant d'éviter de longues procédures d'appel. Les thèmes de l'obligation d'un service de garde d'urgence en cas de permis de pratique professionnelle existant et l'obligation de payer une redevance de remplacement dans tous les cas de dispense d'obligation d'un service de garde d'urgence ne sont pas abordés.

«Modèles de soins intégrés compatibles», «Préservation de la solidarité au sein de la profession médicale»

Solidarité! Un principe souvent vanté, en particulier en période de menace et de bouleversements. On n'a qu'à regarder comment ce mot a fait naître, de manière unique, en Pologne un mouvement qui allait se révéler être plus fort qu'un gouvernement répressif expérimenté. Au cours de vingt-six années de pratique médicale, j'ai vu bon nombre de situations où la solidarité était requise mais pas accordée. Comme aujourd'hui. La crevasse dans le débat actuel sur le projet parlementaire **Managed Care** ne se creuse pas non plus, à mon avis, entre les médecins généralistes, dispensant des soins de base, et les spécialistes mais entre la base des médecins praticiens et leurs conseils d'administration. Lors de la réunion à huis clos 2011, la position de la SMCB a été élaborée, puis adoptée lors de l'assemblée des délégués en octobre, sans voix contre. Le conseil d'administration a



Sous la supervision du Président de la FMH, Jacques de Haller, les différents comités référendaires apportent les signatures recueillies sur des brancards à la Chancellerie fédérale.

Photo: Markus Gubler

décidé, pour être cohérent, de respecter les résultats clairs du scrutin initial. Quoi qu'il en soit, les médecins des deux camps seront représentés par des personnages éminents lors de la campagne référendaire à venir. En croisant les lames, nous devons nous rappeler que notre travail sera le même avant et après, tout comme la population, les malades et nous, les médecins. Et les modèles de soins intégrés continueront également à se développer, quel que soit le résultat du vote référendaire.

Je vois clairement des signes d'une désolidarisation dans l'acharnement avec lequel une divergence entre les médecins de famille et les spécialistes est provoquée par le public à force d'en parler. Notre travail au quotidien montre tout simplement une autre direction. Espérons que les dérogations à cette coopération fonctionnelle dans le canton de Berne demeurent des exceptions. Je note cependant un signe de désolidarisation dans la volonté croissante



Un moyen moderne de communication: la newsletter électronique de la SMCB

de faire dérailler le service ambulatoire d'urgence. Ce n'est certainement pas un problème spécifique au canton de Berne, mais qui se produit de manière exacerbée en raison des différences géographiques liées à notre canton.

«Améliorer la communication»

Avec la «newsletter» nous disposons d'une possibilité de communication rapide jusqu'à la base. Mais j'aimerais voir une participation plus active à la discussion des questions d'actualité. Veuillez pour cela faire appel, beaucoup plus qu'auparavant, aux canaux correspondants, à savoir, aux délégués lors des assemblées de délégués et/ou aux membres du conseil d'adminis-

tration de la SMCB. Assurez-vous que les informations trouvent leur chemin de retour jusque dans votre cabinet médical. Réclamez les informations auprès de vos conseils d'administration locaux.

«Arrêter le pillage de l'aide médicale essentielle» Call for good ideas and abstracts...

3 CHAMPS D'ACTION ET 5 MODES DE MISE EN ŒUVRE

«Rechercher des solutions associatives», «Coordination avec d'autres sociétés cantonales de médecine», «Information active», «Représentation des intérêts au sein de comités»

Rarement les questions émergentes se limitent au canton de Berne. Il y a presque toujours un engrenage avec la même question au niveau fédéral suisse. J'ai mentionné la coopération des Sociétés des Médecins au sein de la Conférence des sociétés Cantonales de Médecine (CSCM) à plusieurs reprises dans le rapport annuel. La CSCM est une plateforme de défense des intérêts qui est en mesure de soumettre ses propositions et demandes via l'Union des sociétés médicales de Suisse alémanique, (VEDAG) au conseil de l'ordre des médecins et à l'assemblée des délégués de la FMH. La SMCB siège au conseil d'administration de la CSCM. Notre collègue Thomas Heuberger est le Président de l'assemblée des délégués de la FMH.

En collaboration avec l'Association des médecins-dentistes du canton de Berne et la Société des vétérinaires bernois, la SMCB finance partiellement la formation dans les professions d'assistance correspondantes. Par exemple la formation de nos assistantes médicales à l'école **be-med** de Berne. La SMCB, l'Association des médecins-dentistes et la Société des vétérinaires forment le «Groupe Santé» des **PME Bernoises**. Grâce à cette représentation, les préoccupations suivantes ont pu être soutenues en 2011:

- soutien de MEDPHONE,
- prise de position complète et critique sur le plan de soins hospitaliers 2011-2014,
- soutien de notre prise de position concernant la contre-proposition du Conseil fédéral sur l'initiative «Oui à la médecine de famille» et
- l'intégration des domaines «politique hospitalière» et «médecine ambulatoire» dans le programme économique 2010-2014 des PME Bernoises.

Le Vice-Président et le Président représentent la SMCB à la chambre du commerce et au comité de direction des PME Bernoises. La **Berner Belegärzte-Vereinigung**, la **Verein Spitalärzte Kanton Bern**, l'**Association suisse des médecins assis-**

tant(e)s et chef(fe)s de clinique section de Berne, le **Doyen de la Faculté de médecine de l'Université de Berne** Prof. Dr. med. P. Eggli et le **médecin cantonal** Dr. Thomas Schochat sont représentés dans le conseil d'administration de la SMCB. Monsieur Schochat assure, d'une manière agréable et collégiale, la liaison avec la Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale, dont le comité rencontre, deux fois par an, les représentants lors de **réunions de sommet**.

Des représentants de la SMCB siègent par ailleurs au conseil consultatif du **Berner Bildungszentrum Pflege**, au conseil d'administration de l'**OdA Gesundheit Bern**, au conseil d'administration de l'**Association SPITEX** du canton de Berne, dans la **Commission des soins hospitaliers**, au conseil d'administration de **Newindex** et dans la **Commission de secourisme**. La SMCB entretient des contacts réguliers avec la **SBK de Berne**, l'association professionnelle des infirmières et infirmiers et c'est un membre collectif de l'**APA** (médecins avec pharmacie dans le cabinet).

Ponte Nova et **MEDPHONE** sont deux acteurs très importants dans nos domaines d'activité. Des membres des conseils d'administration des deux institutions font également partie du conseil d'administration de la SMCB. La SMCB est le principal actionnaire des deux SA.

«Adapter les structures de la SMCB»

Peu d'entre vous ont déjà vu les **archives** de la SMCB au sous-sol de notre secrétariat situé dans la Bolligenstrasse. La montagne de documents est aussi haute que la création de la SMCB est éloignée dans le passé. Prof. Dr. med. Urs Boschung adapte, au sens propre du mot, nos structures les plus intimes, à savoir nos archives, à l'avenir. Avec un grand engagement personnel, il met de l'ordre dans notre passé, de sorte que les futurs archéologues et historiens puissent trouver des archives de palais bien ordonnées. Un grand merci!

Perspectives

L'année 2012 amènera un certain nombre de casse-têtes: le vote référendaire sur le projet Managed Care, l'initiative pour une assurance-maladie publique qui n'a pas encore été déposée, la recherche d'une nouvelle LeiKoV ou les décisions concernant l'e-health. Nous, les Bernois, attendons une nouvelle liste des hôpitaux et des décisions sur l'avenir du site médical de Berne. Tous sont appelés à réfléchir à la nouvelle composition du conseil d'administration central de la FMH!