



octobre 2005 / 5

doc.be

Ärztegesellschaft des
Kantons Bern
Société des médecins du
canton de Berne
www.berner-aerzte.ch

Le cabinet médical, une petite entreprise

La Société bernoise des médecins a adhéré à l'union cantonale PME bernoises en qualité d'association professionnelle.

Il y a encore une quinzaine d'années, les médecins pouvaient se limiter à prodiguer des soins à leurs patients. De nos jours, dans le cadre du grand chantier de la santé, il est question de beaucoup plus que maladie, de vie ou de mort. Il est surtout question de coûts. D'utilité également, je l'espère. La commercialisation de la médecine est en route. Des slogans attestent de cette évolution, ce sont: neutralité des coûts et coût par cas; efficience au niveau du marché et conflits éthiques; procédures pour non-respect de l'économicité et critères d'économicité; clause du besoin et obligation de contracter; catalogue des prestations et médecine à plusieurs vitesses; responsabilité budgétaire et responsabilité de la morbidité; promotion de la qualité et baisse des coûts; tiers garant et tiers payant; sur- et sous-médicalisation; carte d'assuré et protection des données; compensation des risques et sélection des patients; concentration de la médecine de pointe et garantie de la sécurité des soins.

Le **sentiment d'insécurité** progresse dans les rangs des médecins et en même temps leur détermination à participer de plus en plus activement à la formation de l'opinion. Il est par conséquent indispensable, du point de vue **politique**, que les médecins recherchent des alliés et des majorités en faveur de leurs revendications. En adhérant à PME bernoises, la Société des médecins du canton de Berne ouvre une porte sur de nouveaux forums de discussion, lui permettant ainsi de formuler ses revendications à un public élargi et, ce faisant, d'avoir une meilleure **capacité d'influencer un référendum**.

Alors que tout change toujours plus vite, il importe de pouvoir compter sur des partenariats. Nous autres, médecins, sommes des indépendants et par conséquent, toujours minoritaires du point de vue économique. Pour nous, **PME bernoises est un partenaire de poids**.

Jürg Schlup, président

20 ans Piroshka Wolf	2
Incapacité de gain et droit aux prestations dans le cadre de la prévoyance professionnelle du corps enseignant dans le canton de Berne	2
Tiers payant – non merci!	3
Tiers garant: protection de tous les acteurs du système de la santé	5
Hôpital de l'Île et médecine de pointe / médecine hautement spécialisée	8
Recommandations salaires 2006	9
Nouveaux modèles pour les soins urgents en Grande-Bretagne – les implications pour la Suisse	10
Séminaire 2005 de la SMCB	12
Expériences acquises lors des inspections des pharmacies privées des médecins	15
BESICplus – qu'est-ce que c'est?	16
Moratoire sur le génie génétique – la solidarité est souhaitée	18
Sans OGM – la voie la plus saine	19
Bravo... c'est une fille	20

Vous pouvez prendre connaissance de nouvelles récentes sous www.berner-aerzte.ch «Membres»

Piroschka Wolf, une collaboration de vingt ans avec nous

Chère Piroschka,

Tu es au service de la Société des médecins du canton de Berne depuis vingt ans.



Photo: Jenny Hellmund

Tu as aidé trois présidents et un nombre incalculable de membres du comité à connaître les arcanes de la Société, tu les as assistés quand ils butaient sur des difficultés et les as patiemment écoutés, même quand leurs questions frisaient l'évidence. Au sein de notre organisation, tu as participé à de nombreux changements. Tu as pu assister et collaborer au passage d'une organisation auparavant fortement structurée, aujourd'hui moins rigide et donc plus difficile à gérer; il t'a été possible de t'adapter à tous ces changements. Ton sens de l'humour a permis de faire oublier bien des difficultés. Les relations avec nos membres sont devenues de plus en plus difficiles, tu as pu le constater, parfois douloureusement, lors de discussions en tête-à-tête ou au téléphone. Les membres de la Société cantonale des médecins manifestent souvent de l'impatience, parfois de l'agressivité, cette dernière étant souvent proportionnelle au manque d'information. Il t'a été possible de faire front et de calmer l'agressivité. Nous t'en remercions. Ton expérience est devenue indispensable à notre organisation. Nous ne pourrions plus renoncer à tes connaissances en ce

qui concerne notre infrastructure, nos priorités politiques, de même que nos visées et nos stratégies. Il nous a été souvent possible de bénéficier de tes critiques (et nous continuerons à le faire) concernant nos projets en nous ramenant à la réalité et à la raison.

Sous ton autorité, notre secrétariat a évolué vers une équipe aimable et compétente, qui nous fournit un travail dont nous ne saurions plus nous passer.

Nous savons que ta vie de famille et ta santé ont eu à souffrir à cause de nous, nous souhaitons que cela ne t'empêche pas d'avoir encore du plaisir à travailler avec nous. Nous admettons que ce n'est pas toujours le cas et que nous devrions nous améliorer. A côté du stress et du poids du travail, il y a aussi la joie de collaborer à notre association, à la formulation active de notre politique et à la solution de problèmes ardues.

Chère Piroschka, veuillez accepter nos remerciements et notre reconnaissance. A côté de ce que tu nous as donné, c'est peu de chose, mais nos vœux viennent du cœur et non de la raison. Nous espérons que cela se poursuivra encore pendant de longues années.

Pour le comité, Thomas Heuberger

Incapacité de gain et droit aux prestations dans le cadre de la prévoyance professionnelle du corps enseignant dans le canton de Berne

L'association professionnelle des enseignants et enseignants bernois (LEBE) nous prie d'informer les médecins du canton de Berne que dans la nouvelle loi sur la caisse d'assurance du corps enseignant bernois (LCACEB), la notion d'invalidité a été redéfinie, respectivement définie de façon plus restrictive. Dans la nouvelle version, le droit à une rente d'invalidité se fonde sur l'art. 10 de la LCACEB, ainsi que sur l'art 24 f du règlement de prévoyance sur les prestations (RP-CACEB), qui stipulent ce qui suit:

Art. 10 LCACEB Rente d'invalidité

¹ Ont droit à une rente d'invalidité les personnes qui ont été déclarées totalement ou partiellement invalides au sens de l'article 8 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) et qui étaient assurées à la CACEB lorsqu'est survenue l'incapaci-

té de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité.

² Le montant de la rente d'invalidité correspond à celui de la rente que la personne assurée aurait obtenu à l'âge de 65 ans révolus.

³ Le règlement de prévoyance fixe les modalités de détail.

Art. 25 RP-CACEB Droit

¹ La rente annuelle complète d'invalidité de la CACEB correspond au montant annuel de la rente vieillesse à laquelle la personne assurée aurait droit le 1er du mois après avoir eu 65 ans si elle avait eu jusque-là un rapport de travail tout en conservant son dernier traitement assuré.

² La personne assurée a droit à une rente d'invalidité correspondant à la partie du traitement assuré dont elle est privée pour cause d'incapacité de gain.

Selon le droit en vigueur jusqu'à maintenant, une rente d'invalidité était déjà versée lorsqu'une personne assurée ne pouvait plus exercer sa profession (d'enseignant) d'origine (incapacité professionnelle). Actuellement, les rentes d'invalidité dans le cadre de la prévoyance professionnelle ne sont versées que si une personne assurée, dans le cadre d'un marché du travail équilibré, restera vraisemblablement toujours ou pour une longue durée incapable d'exercer une activité lucrative (ce qu'on nomme incapacité de gain), c.-à.-d., qu'elle ne pourra jamais plus exercer une activité de remplacement raisonnable. Dans ce cas, l'invalidité doit situer au moins à 40% (art. 40 LPP et art. 28 LAI). Jusqu'à maintenant une personne avait déjà droit à une rente d'invalidité lorsque l'incapacité de gain se situait en-dessous de 40%.

Thomas Eichenberger, secrétaire

Tiers payant – non merci!

... ou pourquoi un canton à tiers payant établi,
tel St-Gall, préfère le tiers garant



Dr Peter
Wiedersheim
MBA,
président de la
Société des
médecins du
canton de St-Gall

- Depuis la fin de la phase de neutralité des coûts, un certain nombre d'assureurs maladie font activement de la publicité en faveur de la livraison directe de toutes les factures.
- Dans le tiers payant tout ce qui brille n'est pas or.
- Il y a lieu d'étudier de plus près les prétendus avantages du tiers payant.
- Nos «clientes et clients» ne sont pas les assureurs maladie mais les patientes et les patients – on ne doit pas ignorer leur capacité de discernement en livrant directement des factures.

Introduction

Il n'y a plus que cinq cantons (Uri, Schwyz, Glaris, Grisons et St-Gall) dans lesquels, dans le cadre d'un système tiers payant, on continue d'envoyer, les factures directement aux caisses maladie. Tous les autres cantons sont sous le régime du tiers garant, c.-à-d. que les factures sont adressées dans un premier temps aux patientes et aux patients.

L'«Union tarifaire de la Suisse orientale» (à laquelle appartiennent les cantons de AI/AR, GL, SH, TG et SG) a résilié, en date du 30.6.05, le contrat d'adhésion afin de le remplacer à partir du 1.1.06, si possible sans phase transitoire, par un nouveau contrat (contrat sur les prestations et les prix [CPP]) avec santésuisse. De son côté, santésuisse a résilié le contrat d'adhésion dans l'ensemble des cantons, à l'exception de ceux du Jura, du Tessin et de Vaud. Dans la mesure où l'on ne parvient à au-

cune solution concernant un nouveau contrat, selon la LAMal, art. 42 al. 1, c'est le système du tiers garant qui entre en vigueur à partir du 1.1.07.

Les comités des cantons de Glaris et de St-Gall ont tous deux obtenu la compétence de négocier un contrat prévoyant le passage au tiers garant. De son côté, l'Union tarifaire de Suisse orientale, en prévision de futures négociations d'un contrat, a formulé deux conditions précises: maintien de la région et tiers garant pour les cinq cantons.

Changement lent de système dans le canton de St-Gall

En 2000 déjà, le comité de la Société des médecins du canton de St-Gall s'est prononcée en faveur d'un passage au tiers garant. Dans le cadre de la neutralité des coûts, un changement de système a été catégoriquement refusé par santésuisse. Une assemblée générale extraordinaire, en automne 2003 (adoption du contrat d'adhésion), a délégué au comité, à une importante majorité, la compétence de négocier le passage au tiers garant. Dans le canton de St-Gall, ainsi que dans tous les cantons qui ont connu le passage au tiers garant, on a pu évidemment entendre certaines voix critiques souhaitant le maintien du tiers payant; une estimation objective de la situation parle pourtant clairement en faveur du tiers garant. Dans le cadre des négociations actuelles, on constate peu d'enthousiasme en faveur du changement de système de la part de santésuisse Est 2.

Les leçons de la phase de neutralité des coûts

Grâce à nos propres données (celles des trustcenters), nous avons pu éviter, pour l'ensemble de la Suisse, un manque à gagner dépassant 100 millions de francs au préjudice des médecins. On s'imagine facilement que cela n'a pas suscité beaucoup de joie chez les assureurs et les conduits, depuis la fin de la phase de neutralité des coûts, à mener une propagande acharnée auprès des médecins pour les inciter à choisir le tiers payant. En utilisant des arguments tentateurs tels qu'«optimisation des procédures», «efficience» et

«réduction des coûts», etc. on cherche à convaincre le plus grand nombre possible de consœurs et de confrères à passer à la transmission directe des données aux assureurs maladie. Le directeur de la plus importante caisse maladie de Suisse s'est personnellement engagé dans cette entreprise, ne reculant pas devant des assertions infondées au sujet des trustcenters en main médicale. Les «tentations» des assureurs maladie visent premièrement à obtenir la livraison par voie électronique de toutes les données et, deuxièmement, à la maîtrise des données.

Dans l'intérêt de nos patientes et de nos patients, il faut savoir que les données de facturations transmises électroniquement peuvent être décortiquées jusqu'au dernier détail, analysées et étudiées. Il peut en résulter des conséquences désagréables non seulement pour notre assuré (notamment dans le domaine des assurances complémentaires), mais aussi pour les médecins.

Au cours de la phase de neutralité des coûts, il a été possible à plusieurs reprises, grâce aux données des médecins, de constater des insuffisances notoires au niveau des données chiffrées de santésuisse. Le contrôle des prestations se poursuit après la fin de la phase de neutralité des coûts, il est donc absolument nécessaires que le pool des données en main médicale ne se perde pas et que, si possible, on continue à l'alimenter.

Dans le tiers payant tout ce qui brille n'est pas or

En dépit d'un système de facturation des plus moderne, les assureurs ont encore un comportement antédiluvien en ce qui concerne les paiements. Plutôt que de recourir à des remboursements électroniques, ces derniers continuent d'être effectués par des bordereaux. Cela signifie que les versements concernant des factures différentes sont adressées par la poste au médecin par l'intermédiaire d'un formulaire séparé, sur lequel figure le total des montants versés. Sur le bordereau, dans le meilleur des cas, figurent le nom du patient, le numéro de la facture, le montant de la facture et la date de la facture. Ces quatre indications sont évidemment souvent incomplètes, voire fausses. C'est ainsi que des patients peuvent être confondus, des numéros de factures sont copiés avec des fautes ou manquent complètement, le montant total de la facture est mal transcrit ou remboursé à double, etc., etc. Cela

signifie, en résumé, qu'il faut, mois après mois, péniblement comparer les bordereaux de remboursements avec les extraits de comptes bancaires, que le système de facturation électronique du cabinet doit disposer d'un système de recherche perfectionné et que néanmoins il faut adresser chaque mois des courriers aux caisses et procéder à des virements.

Une autre cause de contrariété est constituée par ce qu'on nomme les prestations non obligatoires des caisses maladie. Si celles-ci sont facturées en même temps que les prestations obligatoires, il arrive que de nombreuses caisses réduisent le montant total de ces dernières, parce qu'elles s'appuient sur le principe que ces montants doivent dans chaque cas être facturés au patient. Si on respecte ce principe, le montant d'est d'abord payé au médecin par la patiente ou le patient, puis une nouvelle fois par la caisse maladie (puisque nous nous trouvons dans canton avec tiers payant). Il en résulte des transferts d'argent inutiles, ainsi que des écritures supplémentaires.

La propagande, selon laquelle les assureurs, dans le cas du tiers garant, remboursent les patientes et les patients dans un délai de 10 jours, a touché les médecins d'un canton où l'on est habitué au tiers payant. L'avis de paiement, dans le tiers payant, peut effectivement parvenir en partie dans les 2-3 semaines, mais souvent avec la remarque que le versement n'interviendra qu'à la date la plus éloignée (45 jours selon le contrat d'adhésion encore en vigueur). Il arrive encore souvent qu'il faille attendre au moins une semaine pour que l'argent nous parvienne.

P.S. Au cours de la phase de neutralité des coûts seulement, nombre de caisses maladie ont pu tout soudainement payer les médecins dans un délai de 1-2 semaines – une façon comme une autre de générer des «coûts médicaux».

Des rappels doivent être fréquemment adressés aux caisses. La notion d'intérêts de retard est étrangère à la plupart des caisses – les frais occasionnés par la correspondance à ce sujet sont quelque chose de frustrant et elle n'aura lieu qu'une seule fois. Finalement, il faut savoir que tiers payant ne signifie pas garantie de paiement. Quand un patient n'a pas payé ses primes d'assurance et qu'il y a un acte de défaut de biens, le médecin peut constater soudainement et avec effet rétroactif qu'il n'y aura plus aucun versement aussi longtemps que la totalité des primes en retard

n'aura pas été payée (dans de tels cas, même une garantie écrite de paiement est sans valeur).

Avantages prétendus du tiers payant (prudencel)

- L'économie de frais de port réalisée par l'envoi des factures aux caisses maladie plutôt qu'aux assurés n'est que théorique, puisque l'art. 42, al. 3 LAMal stipule ce qui suit: «Dans le système du tiers payant, l'assuré reçoit une copie de la facture qui a été adressée à l'assureur.» Les dépenses sont ainsi quasiment les mêmes.
- Le médecin ne court aucun risque de recouvrement, oui mais, ainsi que mentionné plus haut, il faut relativiser. Dans le tiers payant il faut également contrôler soigneusement les versements et mentionner que le risque de recouvrement existe également dans le cas des caisses maladie.

Ce qui parle en faveur du tiers garant

En tout premier lieu la protection des données. Nos «clientes et clients», ce sont les patientes et les patients, ce ne sont pas les assureurs maladie. Ceux qui ont reçu nos soins doivent pouvoir décider s'ils veulent ou non transmettre leurs données. Dans le cadre d'une parfaite transparence des coûts, il convient également de favoriser la prise de conscience de la responsabilité – le patient «responsable» ne doit pas rester un simple slogan.

Pour le transfert électronique des données, dans le cadre du tiers garant, c'est le principe qui consiste à aller chercher qui prévaut. En rassemblant dans un premier temps l'ensemble des données au niveau du trustcenter, on permet non seulement un contrôle supplémentaire des coûts du côté médical, mais on peut également stocker des données pour l'optimisation de la qualité et pour l'établissement de directives. En principe, les caisses maladies ne devraient disposer que des dates de fourniture des prestations qu'elles doivent rembourser.

A l'opposé, dans le tiers payant, le médecin est soumis à l'obligation d'envoyer, c.-à-d. que tous les frais pour la mise à disposition de la facture électronique incombent au fournisseur de prestations. Celui qui ne satisfait pas aux exigences des caisses risque de courir un risque d'encaissement.

Pas de «risque cumulé»

En gros, environ 80% du volume des prestations sont couverts par 10 assureurs. Différentes caisses maladie (y compris la plus grande) disposaient à la fin de l'année dernière de réserves inférieures au minimum légal. Pour contenir l'augmentation des primes de caisse maladie, une recommandation fédérale de réduction des réserves minimum a été émise. Le risque de caisses maladies défaillantes va en augmentant. En adressant d'abord les factures à ceux qui ont reçu nos soins, le risque d'encaissement se réduit. D'après des expériences auprès de plus de 5000 cabinets, le risque d'encroquer se situe vers 1% (il peut être plus élevé si les cabinets ont un mauvais système de rappel ou un collectif de patients défavorable). En ce qui concerne ces derniers, il est possible de convenir de certaines dispositions directement avec les assureurs maladie concernés.

Conclusion

Les malades du canton de St-Gall ont eux aussi un droit à la responsabilité, à la transparence et à la protection des données. Nos «clients» ne sont pas les assureurs maladie mais nos patientes et nos patients. Ce sont eux qui doivent par conséquent recevoir nos factures. Ils choisissent alors les données qu'ils ont l'intention de transmettre à la caisse maladie. Le remboursement de prestations fournies dans le cadre de l'assurance complémentaire est prioritairement une affaire entre assureur maladie et patiente/patient – elle ne doit pas être mise à la charge du médecin.

La neutralité des coûts a permis de démontrer l'importance du pool des données en main médicale pour garantir les intérêts de la profession. Il doit rester à disposition afin de continuer de contrôler les prestations.

Le contrôle de la qualité et l'établissement de lignes directrices sont des tâches essentiellement médicales. Dans l'intérêt de tous les malades de ce pays ils ne doivent pas découler des vues des assureurs maladie!

Je salue tout ce qui peut permettre une optimisation dans la «jungle de la facturation» médicale, mais à condition que tout se passe équitablement et correctement. En ce qui concerne les «tentations» actuelles de certains assureurs maladie je ne fais qu'un seul commentaire: Le tiers payant – non merci!»

Tiers garant: protection de tous les acteurs du système de la santé

Le tiers garant ancré dans la LAMal, un bienfait à protéger



Adrian Sieber,
membre du
comité de la
SMCB

Dans la LAMal, c'est le système du tiers garant (dans lequel le médecin établit une facture qu'il adresse directement à son patient) qui est prévu. Dans le canton de Berne, le tiers garant a été convenu dans le cadre du contrat d'adhésion TARMED entre santésuisse et la SMCB.

Tant au plan fédéral que cantonal, on avait choisi, avec le tiers garant, un système de remboursement qui s'adresse à un patient responsable, au courant de son traitement et désireux de contrôler les frais qu'il génère.

C'est ainsi que le tiers garant fait du patient un contrôleur motivé et compétent de ses propres coûts médicaux. On évite ainsi des abus!

Quels sont acteurs du système de la santé protégés par le tiers garant, que permet-il d'éviter?

Le tiers garant évite au patient

des honoraires médicaux exagérés:

Le patient est seul à connaître l'étendue et la nature de son traitement, il est le seul partenaire en mesure de vérifier la facture du médecin de façon compétente.

des abus des caisses maladie dans l'utilisation des données:

Le patient est seul en mesure de vérifier si la facture contient des données sensibles et, le cas échéant, de la faire corriger. Il peut retenir des factures dont il considère le contenu comme trop confidentiel, il évite ainsi de se transformer en un patient transparent.

de perdre sa responsabilité devant le médecin et la caisse-maladie:

La connaissance du contenu des factures garantit la responsabilité du patient est sa qualité de partenaire – le plus souvent le plus faible! – du domaine de la santé. Cette responsabilité est importante.

... aux caisses maladie

des dépenses administratives irraisonnées

Le patient n'enverra pas à sa caisse pour traitement administratif toutes les factures d'un montant inférieur à la franchise. On réduit ainsi les dépenses et on évite des augmentations de primes.

des erreurs de facturation qui seraient passées inaperçues

Certaines prestations médicales non exécutées mais facturées peuvent échapper au contrôle d'une facture par le personnel d'une caisse maladie. Le patient est seul en mesure de s'en rendre compte. Pour la caisse maladie, c'est d'ailleurs le contrôleur le plus motivé.

des coûts résultant du risque du croire

Dans le tiers garant c'est le médecin qui l'assume et non la caisse maladie.

... aux cantons

des imprécisions dans leur vue d'ensemble des coûts de leur système de santé

Dans le tiers garant, les médecins sont motivés et en mesure d'avoir un contrôle de leurs propres données. C'est ainsi qu'on disposera de deux ensembles de données pour apprécier les coûts du secteur médical, une concurrence qui est un gage de qualité dont profitent les cantons.

... aux médecins

des erreurs dans leurs factures

Même si c'est rare, il peut arriver que des erreurs du contenu d'une facture n'échappent pas au filtre du contrôle par le patient, ceci contribue à nous améliorer dans l'établissement des factures.

des lacunes dans la qualité des données lors de négociations

Dans le tiers garant, nous avons la possibilité, sans frais supplémentaire, de collecter et d'évaluer sous forme anonyme les données de nos factures par l'intermédiaire de nos propres trustcenters régionaux. Grâce à ces données, la profession médicale libérale devient un partenaire précieux et compétent dans les relations avec santésuisse et les cantons. Le calcul correct de la valeur du point pour le pilotage ultérieur de l'évolution des coûts dans le canton de Berne (CPP) continue d'être assuré grâce aux données de notre trustcenter.

l'impuissance devant des procédures en restitutions d'honoraires

Dans les cas de procédures en restitution d'honoraires, au cours desquels santésuisse procède à une enquête sur l'activité médicale selon les critères d'économicité, d'adéquation et d'efficacité, il est d'importance vitale de disposer de valeurs de comparaison. Le client de PonteNova qui adresse les données de son cabinet peut disposer de données de comparaison anonymes provenant d'autres cabinets du canton de Berne et de l'ensemble de la Suisse. Son profil du cabinet évalue son cabinet en détail et sous forme comparée. Il arrive ainsi fréquemment que les questions posées par les caisses maladie sur la base de leurs propres données trouvent une réponse et que les données de chacun deviennent plausibles.

des pratiques routinières dans la gestion du cabinet

Celui qui, dans le tiers garant, envoie sans frais supplémentaires ses données à PonteNova, peut comparer à intervalle régulier ses données, son collectif de patients, sa manière de facturer avec ceux d'un pool anonyme de données provenant d'autres cabinets du canton et de la Confédération. De telles comparaisons sont enrichissantes pour évaluer sa propre façon de pratiquer et de facturer. On peut mettre en évidence certaines particularités et adapter sa manière de procéder.

le risque cumulé par rapport aux caisses maladie

Le nombre des caisses maladie va encore diminuer. Dans le tiers garant le médecin est face à un grand nombre de débiteurs. Dans le tiers payant il n'y en a que deux ou trois. Des mauvais payeurs, dans le tiers payant, peuvent très vite conduire à des problèmes de liquidités. Le propriétaire d'un cabinet est menacé de chantage si une ou deux caisses lui annoncent qu'elles vont cesser leurs versements.



Pfizer AG
Schärenmoosstr. 99
8052 Zürich

Fachinformation VIAGRA® (Sildenafilcitrat) **Indikation:** Erektile Dysfunktion. **Dosierung:** 1 x 50 mg, bei Bedarf ungefähr eine Stunde vor dem Geschlechtsverkehr, maximal einmal täglich. Entsprechend der Wirksamkeit und Verträglichkeit auf 100 mg erhöhen oder auf 25 mg verringern. Empfohlene Maximaldosis 1 x 100 mg. Ab 18 Jahren. Initialdosis bei älteren Patienten, Patienten mit Leberfunktionsstörung (Child-Pugh A u. B), schwerer Nierenfunktionsstörung ($Cl_{cr} < 30$ ml/min) oder Patienten unter Therapie mit CYP3A4 Inhibitoren: 25 mg. Entsprechend der Wirksamkeit und Verträglichkeit auf 50 mg und 100 mg erhöhen. Gleichzeitige Behandlung mit Ritonavir: maximale Dosierung: 25 mg/48 h. **Kontraindikationen:** Überempfindlichkeit gegenüber Viagra®. Patienten, die Stickstoffmonoxid-Donatoren oder Nitrate in jeglicher Form einnehmen. Bei Pat., denen von sexueller Aktivität abzuraten ist, ist die Behandlung d. ED nicht angezeigt. **Warnhinweise und Vorsichtsmassnahmen:** Sildenafil nicht empfohlen: Schwere Herz-Kreislaufkrankung (schwere Herzinsuffizienz, lebensbedrohliche Rhythmusstörungen, instabile Angina pectoris), schwere Leberinsuffizienz, Hypotonie (BD < 90/50), unkontrollierte Hypertonie (BD > 170/110), erblich bedingte degenerative Retinaerkrankung, gleichzeitige Behandlung mit anderen ED-Therapien oder Ritonavir. Erhöhtes Risiko aufgrund d. Vasodilatation: Links ventrikuläre Abflussbehinderung, Multisystematrophie. Sildenafil mit Vorsicht verabreichen: Bei Patienten, die α -Rezeptorenblocker einnehmen, Blutgerinnungsstörung, akutes peptisches Ulkus, anatomische Penismissbildung, für Priapismus prädisponierende Erkrankung, kürzlich erlittener Hirnschlag oder Myokardinfarkt (Viagra® nur falls sexuelle Aktivität angemessen), Fahrzeug lenken oder Maschinen bedienen. **Häufigste unerwünschte Wirkungen in klinischen Studien:** Kopfschmerzen, Flush, Dyspepsie, verstopfte Nase, Harnwegsinfektion, Sehstörung, Diarrhoe, Schwindel, Hautausschlag. **Interaktionen:** Nitrate oder Stickstoffmonoxid-Donatoren (kontraindiziert); CYP3A4 Inhibitoren (Startdosis 25 mg). Zeitgleiche Einnahme von Sildenafil (> 25 mg) und α -Rezeptorenblocker (symptomatische Hypotonie). Antikoagulantien: Blutgerinnung engmaschig überwachen. **Packungen:** 25 mg, 50 mg, 100 mg; 4 und 12 Filmtabletten. **Verkaufskategorie:** Liste B. **Vertrieb:** Pfizer AG, Zürich. Ausführliche Angaben siehe Arzneimittel-Kompendium der Schweiz. LPD 16JULY04. **Referenzen:** 1) Katzenstein L. Viagra® the remarkable story of Discovery and Launch, NY, 2001 2) Moncada I et al. Efficacy of Sildenafil at 12 hours after its intake: re-exploring the therapeutic window, Poster Presentation, ISSIR, 2002



RASCH
STARK
KONTROLLIERT



VIAGRA®
Genau richtig (Sildenafil)

WIRKT

Ainsi le tiers garant est une chance pour tous les partenaires du domaine de la santé. C'est notre devoir à nous les médecins de maintenir, dans l'intérêt de nos patients et de notre propre indépendance, le tiers garant en tant qu'instrument qui a fait les preuves de son efficacité.

Avec la participation et l'utilisation de notre trustcenter PonteNova, le tiers garant garantit le maintien de la parité des données.

Tous les médecins en pratique indépendante, généralistes et spécialistes, doivent contribuer à renforcer la parité des données et augmenter notre poids statistique. A cet effet, le tiers garant est le meilleur moyen de facturation. Nous lançons un nouvel appel en faveur de l'adhésion de tous les médecins en pratique indépendante, généralistes et spécialistes, et pour qu'ils envoient leurs données à PonteNova, le trustcenter bernois en mains médicales.

La représentativité de notre image au sein de la profession médicale du canton de Berne et par là, celle de nos données, n'est jamais assez grande.

Lettre de lecteur

Lettre de lecteur, parue dans PrimaryCare 2005; 5: no 39

Tiers garant, tiers payant, tiers soldant: prudence

Le tiers soldant n'est connu que de ceux de nos confrères qui, comme moi, se sont adressés à des caisses maladie, pour faire usage de la possibilité, par l'intermédiaire d'un contrat séparé, de facturer directement à la caisse maladie dans le cas des patients au moral de paiement défaillant. Au cours des dernières années, je me suis approché sans succès de plusieurs CM à ce sujet. Pour la dernière fois en 2004.

La réponse des CM était en général la suivante: le tiers garant a été choisi par les médecins et ancré dans la loi. Il n'est par conséquent pas possible de passer au tiers payant. – C'est logique, c'est dans la loi. Les CM font une offre: le tiers soldant (générosité, altruisme): la facture des patients défaillants va directement à la CM. Le médecin reçoit ce qui reste après déduction de la quote-part et de la franchise.

Exemple: Une facture de 2800.– / une franchise de 2500.– / une quote-part de 10%, 280.–, le versement de la caisse, dans le pire cas du tiers soldant: rien. Dans le cas cité: fr 20.–.

En 2005, les mêmes caisses entendent nous démontrer que nous agissons dans notre propre intérêt si nous décidons de passer au tiers payant. Quelle est la raison pour laquelle les CM m'ont encore offert le tiers soldant il y a quelques mois, alors que légalement le tiers payant n'est pas possible?

Chers collègues, vous ne savez pas à quoi vous vous exposez lorsque vous acceptez l'offre des CM.

Chères caisses maladie, vous savez parfaitement ce que vous voulez. Après avoir vécu ce qui vient d'être décrit, même un enfant de première année peut comprendre où cela le mène.

Dr Victor Süess, Köniz

zur Rose Ärztegrossist



Die neue BasisLinie Mit etwas Konzentration können Sie viel Geld sparen.

Wie viel, erfahren Sie im Katalog der BasisLinie. Anfordern im Internet unter www.zur-rose.ch/aerztegrossist oder per Telefon unter 052 724 00 20.

Zur Rose AG | Walzmühlestrasse 60
Postfach | 8500 Frauenfeld
Telefon 052 724 00 20 | Fax 052 724 00 15
www.zur-rose.ch | aerztegrossist@zur-rose.ch

Hôpital de l'Île et médecine de pointe / médecine hautement spécialisée



Prof. Andreas
Tobler, directeur
médical de
l'hôpital de l'Île



Dr. Beat Geering,
vice-président
du CA de
l'hôpital de l'Île

Le veto du gouvernement zurichois à la «Coordination et concentration de la médecine hautement spécialisée» (CICOMS), a créé une situation d'incertitude quant à la suite des événements. Le canton de Zurich maintient sa position au sujet de la concentration de la médecine de pointe sur deux sites. Pour la CDS (Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé) et les cantons universitaires de Bâle, Berne, Genève et Vaud, la stratégie en réseau est sans conteste la meilleure solution pour répondre aux exigences d'un développement optimal de la médecine de pointe et pour assurer à l'ensemble de la population l'accès à des prestations efficaces et de bonnes chances de survie après des atteintes graves à leur santé. L'assemblée générale du CDS du 25 novembre se prononcera sur la suite de la procédure.

La médecine de pointe – qui est la même chose que la médecine hautement spécialisée – est considérée au niveau politique comme un symbole de médecine coûteuse, même si jusqu'à maintenant il n'a pas été possible de démontrer par des chiffres vérifiés l'exactitude de cette affirmation. Dans toutes les discussions autour de la médecine de pointe on peut constater qu'il est apparemment difficile de définir précisément cette notion. On pourrait décrire la médecine de pointe de la façon suivante: il s'agit de prestations médicales de niveau tertiaire, hautement spécialisées, exigeant en règle générale une infrastructure importante au plan financier et technique et un réseau étendu de personnes compétentes hautement spéciali-

sées. Au sein de la CICOMS on a renoncé à une définition précise. On a préféré l'établissement d'un catalogue de critères (Tab. 1). La CICOMS a également défini une liste de domaines dans lesquels le besoin de coordination et de concentration doit être étudié (Tab. 2).

Il s'agit maintenant, pour l'hôpital de l'Île, de se situer au mieux dans ce cadre incertain. Le conseil d'administration a défini à ce sujet la stratégie de l'entreprise en déclarant sans ambages que l'hôpital de l'Île doit être un hôpital universitaire important, de réputation internationale. L'hôpital de l'Île et la faculté de médecine s'engagent en commun en faveur de cette stratégie. Tous deux appuient la stratégie en réseau de la CDS. Des pas dans cette direction ont déjà eu lieu dans le cadre du projet d'«Alliance médicale Bâle-Berne», qui vise à une collaboration plus intensive et plus contraignante des deux hôpitaux universitaires et des deux facultés de médecine de Bâle et de Berne. Dans un certain nombre de domaines, on planifie

une collaboration plus étroite avec Lausanne. Il s'agit de renforcer des collaborations existantes et de les rendre obligatoires.

A côté de la polémique concernant le positionnement de la médecine de pointe dans nos hôpitaux universitaires, on ne doit pas oublier qu'à l'hôpital de l'Île, à côté des neuf domaines énumérés par le CICOMS, on offre dans toutes les autres cliniques et divisions des prestations de haut niveau, dans le sens d'une médecine de pointe. A cet égard, l'hôpital de l'Île bénéficie de l'ensemble du spectre sur un territoire limité, comparable à un véritable campus. C'est ce qui permet également d'offrir sur place, 24 heures sur 24, des prestations de soins, d'enseignement et de recherche par des équipes interdisciplinaires hautement spécialisées.

A la suite de la décision du conseil d'administration concernant la stratégie d'entreprise, il s'agit maintenant d'établir les différentes stratégies fonctionnelles (Fig. 1). Le conseil d'administration et la direction de l'hôpital ont fixé des priorités pour la mise en œuvre. Il s'agit avant tout de définir aussi rapidement que possible les stratégies d'offre et d'alliance. A cet égard on a choisi une stratégie de différenciation dans le but d'une croissance sélective des pres-

Tab. 1
Catalogue de critères pour la médecine hautement spécialisée selon la CICOMS

1. Qualité
2. Economicité
3. Efficacité
4. Utilité
5. Durée d'application technique et économique
6. Disponibilité de personnel hautement qualifié et formation d'équipes
7. Importance du lien avec la recherche et l'enseignement
8. Financement

Tab. 2
Liste de la médecine hautement spécialisée selon la CICOMS

1. Neuroradiologie interventionnelle
2. Transplantation de cellules souches hématopoïétiques
3. Chirurgie cardiaque pédiatrique et cardiologie pédiatrique
4. Certaines parties de l'ophtalmologie
5. Chirurgie de l'hypophyse
6. Grands brûlés
7. Transplantation d'organes
8. Tomographie par émission de positrons
9. Radiothérapie protonique

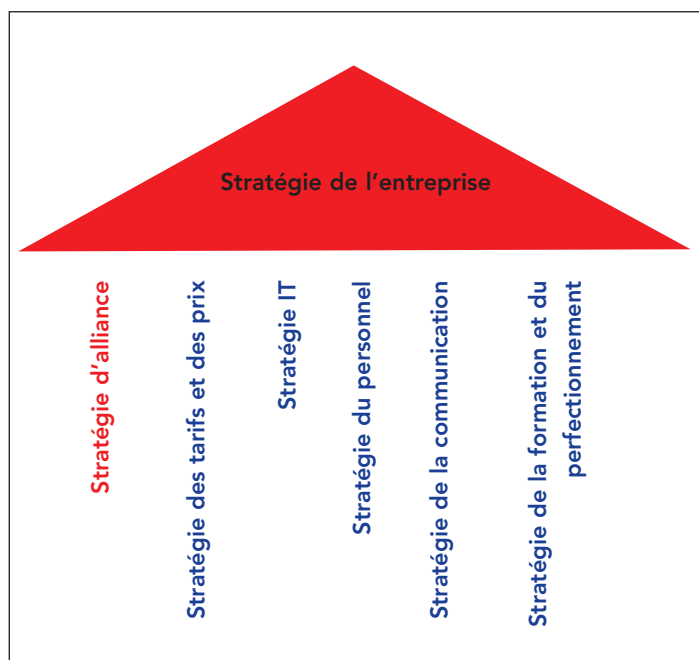


Figure 1

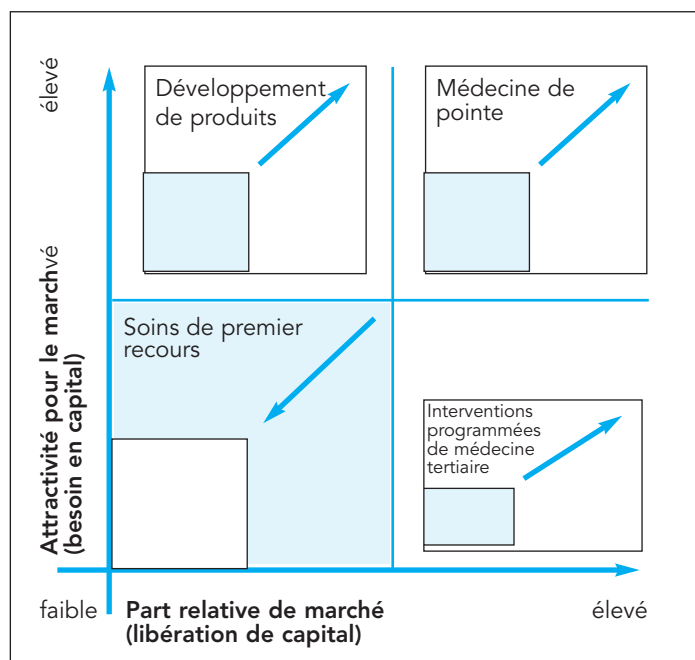


Figure 2

tations en faveur du développement de produits et de la médecine de pointe (Fig. 2). A cet effet, il ne s'agit pas de prendre en considération la seule médecine de pointe, mais l'ensemble du spectre comprenant l'enseignement et la recherche.

On peut considérer que le nombre des patients présentant des maladies très compliquées exigeant un haut niveau d'interdisciplinarité et de relations interprofessionnelles, va continuer d'augmenter. C'est la raison pour laquelle cette force de l'hôpital de l'île doit être encouragée de façon ciblée et devenir un facteur de réussite. Dans beaucoup des domaines cités par la CICOMS, l'hôpital de l'île est très bien situé. Il s'agit de les renforcer encore et de communiquer à leur sujet dans le cadre du canton et au niveau suisse. On ne peut

assez insister sur le fait que renoncer à certaines prestations particulières peut éventuellement entraîner des conséquences sur l'ensemble de l'offre de prestations. C'est pourquoi il y a lieu d'adopter une façon différenciée de considérer la situation. Renoncer aux transplantations d'organes dans notre centre – par exemple à la transplantation de foie – pourrait signifier qu'à l'avenir un grand nombre de patients bernois présentant des affections hépatiques seraient traités ailleurs en Suisse, puisqu'il n'y aurait plus à disposition la totalité de l'offre pour le traitement des maladies du foie. Ce sont également les équipes spécialisées qui quitteront Berne pour d'autres hôpitaux universitaires – avec les inévitables conséquences que cela entraînerait pour la qualité des soins offerts à la population.

Si l'on veut que l'hôpital de l'île continue à l'avenir d'être un hôpital de haut niveau, les conditions-cadre suivantes doivent être remplies:

- Le gouvernement cantonal et le Grand conseil soutiennent résolument l'hôpital de l'île en tant que clinique universitaire et lui accordent leur appui au sein du canton de Berne et au niveau suisse.
- La population et, avant tout, la Société cantonale des médecins soutiennent l'hôpital de l'île en tant qu'hôpital universitaire de haut niveau.
- L'hôpital de l'île et la faculté de médecine continuent de se présenter unis sans restriction aucune et disent un «Oui» sans réserve à la stratégie qui a été décidée.

Recommandations pour les salaires 2006 des assistantes médicales

Salaire de base

Fr 3650.- x 13 pour 43 heures de travail hebdomadaires et 4 semaines de vacances

Augmentation d'ancienneté

Fr 100.- par mois (par année d'ancienneté) pour chaque année suivant la première année d'ancienneté. L'augmentation pour ancienneté constitue l'un des éléments de l'entretien annuel de qualification.

Salaire des apprenties

1^{ère} année: fr 250.- ; 2^{ème} année: fr 900.- ; 3^{ème} année: fr 1300.-. Un 13^{ème} salaire est versé.

Nouveaux modèles pour les soins urgents en Grande-Bretagne – les implications pour la Suisse



Dr Hans-Peter
Kohler PD, président
du cercle
Berne-Ville,
directeur des
urgences médicales de
l'hôpital de l'île

Des discussions au sujet des nouveaux modèles pour la fourniture des soins urgents ont lieu non seulement en Suisse, mais dans la plupart de pays européens et également outre-mer. C'est notamment la fourniture des soins «24 heures sur 24» par le praticien de premier recours qui fait l'objet des discussions, quand on sait que la disponibilité à participer au service de garde est en forte régression dans certaines régions et qu'il est difficile de trouver des reprenneurs pour les cabinets de premier recours. Les raisons de cette situation sont variées, mais sont les mêmes dans tous les pays, indépendamment de leur système de santé: des temps de présence peu attractifs, partiellement, un trop grand poids au plan physique et psychique, partiellement une rémunération insuffisante, l'absence d'une participation financière publique, etc., etc. On observe de plus un comportement différent des patients avec un besoin de «consommation» de prestations médicales au niveau de l'hôpital central. Se fondant sur des relations entretenues depuis plusieurs années avec la Grande-Bretagne et sur ses propres expériences avec le National Health System (NHS) anglais, l'auteur souhaite décrire un certain nombre de modifications brutales, décisives et inattendues survenues dans le Royaume, donc dans un pays qui représentait un modèle en ce qui concerne le médecin de premier recours ou plus précisément le «General Practitioner» (GP) toujours à disposition et de sa fonction de «Gatekeeper». On ne cessait de répéter, à juste titre, que ce «modèle anglais» était le meilleur.

Un nouveau contrat pour le «General Practitioner» (GP)

Au cours de l'année 2001, la «British Medical Association» (BMA) a organisé une enquête d'opinion auprès des GPs et a constaté une insatisfaction généralisée concernant la charge de travail et le plaisir dans l'exercice de la profession. Plus de 80% des GPs souhaitaient également ne participer au service de garde («out of hour service») que sur une base volontaire, mettant ainsi en question l'obligation généralisée d'un service de garde. Au cours de l'année 2004, on a assisté à une évolution inattendue et décisive. Tous les GPs ont reçu un nouveau contrat réglant également les obligations «out of hour», donc l'obligation du service de garde en dehors des heures. La BMA a décidé les choses suivantes: jusqu'en avril 2004, le service de garde fait encore partie du cahier des obligations des GPs, d'avril à décembre 2004, ce service est déclaré «obligation supplémentaire» éventuelle et à partir du 1.1.2005 il a été totalement transféré du GP à des «Primary Care Organisations». Le Chairman des «General Practitioners» (le Dr Hamish Meldrum) a donné son feu vert à ces changements en août 2004. En d'autres termes, depuis janvier 2005, un GP ne participe plus aux soins urgents de sa région. Le confrère Meldrum a toutefois émis l'avis que par cette évolution contractuelle, le lien médecin-patient était interrompu.

Citation: *«However, if more GPs opt out of providing out-of-hours care and more private companies get involved in delivering primary care, this could mean the end of the traditional doctor-patient relationship!»*

Le Dr Meldrum a lancé un appel à ses collègues pour qu'un certain nombre d'entre eux, au moins, continuent d'assurer le service de garde. Résumant cette évolution, les médias ont qualifié cette procédure de plus grand changement de l'histoire du National Health System!

Citation des News de la BBC: *«It is one of the biggest changes in history of the NHS – GPs no longer have to provide care to patients in the evenings and at weekends.»*

Les centres «Walk-In» et les centres «Primary Care»

A la suite des modifications décrites plus haut, on a assisté, au cours des toutes dernières années, à la création de ce qu'on appelle des «Walk-In Centres» et «Primary Care Centres», afin de permettre aux patientes et patients présentant un problème médical, spécialement en dehors des heures de travail (mais également pendant les heures d'ouverture du cabinet), de recevoir des soins médicaux sans recourir au médecin de famille. Ces centres Walk-In ont poussé comme des champignons. Jusqu'au milieu de l'année 2005, ce sont plus de 80 centres qui se sont ouverts en Grande-Bretagne, d'autres ouvertures sont planifiées. L'ouverture de ces centres visait à soulager les services d'urgence des hôpitaux de moyenne importance ainsi que des hôpitaux universitaires, le nombre de leurs patients ayant beaucoup augmenté au cours des dernières années, comme d'ailleurs en Suisse. Il y a lieu d'ajouter dans ce contexte que, pour des motifs économiques, des services d'urgence ont été fermés dans de petits hôpitaux au profit de plus grands ou ont été fusionnés (concentration des ressources). Dans certains comtés (par exemple dans le Gloucestershire) en lieu et place ou en complément des centres Walk-In on a ouvert ce qu'on a nommé des centres Primary Care. Certains ne sont pas gérés de façon autonome mais dans le cadre des hôpitaux. En fonction des vœux du patient, on peut faire appel dans un premier temps à un «Call-Centre» local ou national, chargé de procéder au triage et qui décide finalement s'il y est possible d'attendre jusqu'au matin suivant, c.-à-d. jusqu'à l'ouverture du cabinet du médecin de famille. Le fait que ces nou-

Impressum

doc.be, Organe de la Société des médecins du Canton de Berne – Edité par la Société des médecins du Canton de Berne, Kapellenstrasse 14, 3011 Berne / paraît 6 x par an.

Résponsable pour le contenu: Comité de la Société des médecins du Canton de Berne.

Rédacteur: Marco Tackenberg, Service de presse et d'information, Postgasse 19, 3000 Berne 8.

Tél. 031 310 20 99;

Fax 031 310 20 82; E-Mail: tackenberg@forumpr.ch

Annonces: P. Wolf, Kapellenstrasse 14, 3011 Berne.

Tél. 031 390 25 60; Fax 031 390 25 64;

E-Mail: pwolf@hin.ch

Impression: Druckerei Hofer Bümpliz AG, 3018 Berne.

Edition octobre 2005.

velles unités de soins coûtent plus cher que les cabinets individuels «ayant fait leur preuves» a pu être constaté, mais accepté dans le cadre des réformes générales du système de santé.

De nouvelles professions sur le marché de la santé anglais

Une constatation intéressante et étonnante est celle que ces cliniques Walk-In ne sont pas exploitées par des médecins mais par du personnel infirmier du NHS spécialement formé. On tombe ainsi sur la dénomination «nurse-consultant» en «primary care», donc en soins de premier recours ou spécialisée en «mental health», donc en psychiatrie. Ces spécialistes ont le droit de mettre en route un traitement médicamenteux. L'offre s'étend à l'évaluation et au traitement des maux d'estomac, des allergies cutanées ainsi que de la toux et des céphalées, elle va jusqu'aux conseils en matière de sexualité. Il existe une nouvelle dénomination de profession, c'est celle de «Emergency Care Practitioner» (ECP), qui, ne serait-ce que du point de vue de son nom, n'a rien en commun avec un «praticien». Il s'agit d'une nouvelle catégorie professionnelle paramédicale qui peut faire des visites à domicile en moto ou en auto! Ces personnes sont habilitées à soigner en particulier des affections chroniques telles que l'asthme et le diabète, elles peuvent rédiger des ordonnances et procéder à des examens sanguins «au lit du malade». Au cours des dernières années, c'est pour les visites à domicile qu'il y avait un nombre insuffisant de GPs à disposition. Cette nouvelle catégorie professionnelle a fait l'objet, le 26.6.2005, du titre principal du journal télévisé le plus important (Ten O'Clock News sur la BBC 1). Cette évolution a été qualifiée de nouvelle amélioration des soins de premier recours du NHS. Il se passe des choses dans le Royaume ! Mais où se situent maintenant le GP et le gatekeeper? Les cabinets individuels sont devant un grand changement.

Les grands cabinets ou «Super Surgeries» ou la disparition des cabinets individuels

On pouvait lire en juin 2005 dans le British Medical Journal que des «supercabinets» («Super Surgeries») étaient planifiés dans le but de réduire le nombre des quelque 10 000 cabinets individuels à 1800. En titre on pouvait lire: «Super surgeries threaten general practice!» Le cabinet individuel est

menacé, il est même menacé de disparition. Il est prévu de rassembler jusqu'à 10 praticiens de premier recours dans le cadre de ces grands cabinets.

Un bref coup d'œil «down under»

Dans l'édition de fin de semaine de la presse australienne (The Weekend Australian) du 23.7.2005 on a pu lire que, pour les raisons mentionnées plus haut, les soins de premier recours ne pouvaient plus être maintenus dans les régions rurales. Suite à des pressions de la part du gouvernement australien, il est prévu de planifier un nouveau curriculum qui doit aboutir à la formation de «praticiens de premier recours» qui seraient une combinaison entre personne spécialisée dans le domaine des soins et médecin, appelée «doctor-nurse hybrid»! Cette formation devrait être de relativement courte durée et évidemment ne pas correspondre, comme on peut le craindre, à des études de médecine classiques, mais bien plutôt à un «enduit rapide» médical. L'«Australian Medical Association» a une attitude très critique devant cette évolution et défend la position des médecins de famille. Les promoteurs du nouveau curriculum affirment, eux, qu'une formation universitaire classique n'est pas nécessaire pour des soins de premiers recours complets et que celle-ci génère des professionnels qui souhaitent de toute façon adopter plus tard un style de vie peu compatible avec la vie «sur le terrain»... C'est de «manuels» qu'on a besoin, qui acceptent de se «salir» les mains!

Citations: «You don't need to be a scientist to do a lot of primary healthcare. What we need is someone more like a mechanic, who can go in there and get their hands dirty.»

Réflexions finales

Les évolutions que nous venons de décrire doivent-elles nous faire réfléchir ou ne s'agit-il que de «nouvelles de l'étranger» qui ne nous concernent pas (encore)? Ce qui me frappe, c'est la rapidité avec laquelle les praticiens de premiers recours ont dû subir et devront encore subir ces changements considérables en Grande-Bretagne. Comment se présenteront, dans dix ans, les soins de premiers recours en Grande-Bretagne? Est-ce que l'infarctus non compliqué sera traité à l'avenir par un «Nurse-Consultant in Cardiology» ou par un «Emergency Care Practitioner» qualifié, voire un «Doctor-Nurse Hybrid» dont la formation ne s'est étendue que sur 1-2 ans? En Suisse, l'enseignement de nombreuses professions paramédicales est actuellement dispensé dans des hautes écoles spécialisées ou des écoles spécialisées (suite à la tertiarisation ou plus exactement l'«universitarisation»), la limite entre écoles spécialisées et universités devenant de plus en plus floue (à cause également du modèle de Bologne en vue de la création d'un espace universitaire commun en Europe) et la valeur d'un certificat de maturité gymnasial et de plus en plus miné par les maturités professionnelles attribuées en masse. Est-il encore nécessaire de faire des études de médecine pour devenir «praticien de premier recours»? Ces derniers doivent-ils déléguer leur service de garde à de nouvelles catégories professionnelles telles que les «spécialistes non médicaux en Primary Care»? Qu'en pensez-vous?

Nous vous prions de faire parvenir vos réponses à:
hanspeter-kohler@insel.ch

Manifestations dans le cadre du 200^e anniversaire de la Faculté de médecine de Berne

NOVEMBRE

- 1.-30.11 Exposition au sujet de la maladie de Paul Klee dans le cadre du Centre Paul Klee (ZPK)
- 2.11 Conférence pour écoliers: Génération XL
Le surpoids – une épidémie avec des conséquences
- 8.-9.11 Journées de la recherche clinique
- 9.11 Manifestation à l'intention du public dans le cadre du ZPK
- 18.11 150^e anniversaire Waldau: Symposium international
- 24.11 Manifestation pour les médecins dans le cadre du ZPK



Séminaire 2005 de la SMCB

Le séminaire de cette année du comité de la Société bernoise des médecins était consacré au service de garde médical. Les participants ont établi un catalogue de mesures visant à garantir le maintien d'un service de garde dans le canton de Berne.

Le service des pompiers professionnels de la ville de Berne existe depuis 1908. De nos jours, 74 hommes – en deux équipes – sont en service 24 heures sur 24 et logés durant cette période à la caserne des pompiers de Breitenrain. Il y a ainsi en permanence au moins 18 pompiers en service, prêts à intervenir au profit de toute la population.

Un service noble

Les médecins sont également au service du public dans le canton de Berne – par exemple sous la forme de leur service de garde. A l'opposé du pompier, du policier sanitaire ou du policier, le médecin est tenu par la loi de financer par ses propres deniers l'obligation de garde qui lui a été imposée. L'état, le canton ou la commune ne versent aucune contribution à l'infrastructure nécessaire au service de garde. Lorsqu'on parle de service noble d'une corporation professionnelle, on a raison. Ce qui est par contre inacceptable, c'est que le canton impose aux médecins un service de garde sans leur attribuer la compétence de prononcer d'éventuelles sanctions contre ceux qui, dans leurs

propres rangs, se comportent en tire-au-flanc ou en passagers clandestins.

Flûte enchantée

Et c'est ainsi que nous avons déjà abordé une partie – qui n'est pas la plus importante – des problèmes relatifs au service de garde médical. Beat Gafner, président de cercle médical et membre du comité de la SMCB, a résumé les principales caractéristiques du service de garde dans le canton de Berne dans le cadre du projet «Flûte enchantée»: grandes différences entre ville et campagne pour ce qui concerne la charge de travail des médecins astreints, peu de contacts avec les patients en région rurale mais importante exigence horaire; hétérogénéité de l'organisation du service en raison de la délégation de son organisation aux différents cercles de garde; diminution de la disponibilité dans les agglomérations; augmentation du travail à temps partiel dans les cabinets; attitude exigeante des patients. Il y a encore d'autres problèmes, mais il faut arrêter ici l'énumération. S'ils veulent maintenir un service de garde dans ces conditions difficiles, les cercles médicaux chargés de son organisation doivent de plus en plus souvent (et à contrecœur) recourir à des mesures de contrainte. Ils le font avec des résultats incertains, ainsi que nous l'avons dit en introduction.

Des mesures susceptibles d'être réalisées

Que faire? Jürg Schlup, président de la

SMCB et Beat Gafner ont présenté en commun le but principal du séminaire de cette année: trouver, à court ou moyen terme, des solutions réalisables pour assurer le maintien du service de garde médical dans le canton de Berne. C'est dans ce but que des hôtes, formant une équipe compétente dans la question du service de garde médical, ont été invités à Oberhofen au bord du Lac de Thoune. Au tout début de la manifestation, Hans Gerber, le médecin cantonal, nous rappela les bases légales du service de garde dans le canton de Berne. Il fit part sans équivoque de l'intérêt du canton à rechercher de nouvelles solutions. Il y a à cela également des raisons économiques: les consultations urgentes inutiles à l'hôpital génèrent des coûts jusqu'à dix fois supérieurs à ceux d'une consultation urgente ambulatoire par un médecin. Le représentant de la Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale reconnaît que les médecins assument le service de garde dans des conditions de plus en plus difficiles, occasionnant pour le médecin astreint une charge physique et psychique toujours plus grande.

Convention de prestation

En vue du séminaire, Beat Gafner avait réuni une liste de solutions envisageables qui ont fait l'objet de discussions approfondies au sein de trois groupes de travail. Il en est ressorti un accord pour ainsi dire unanime sur la nécessité de trouver des modèles nouveaux pour le service de garde. Ceux-ci ne peuvent toutefois pas être financés sans l'aide du canton. Par analogie avec le service de secours, il faudrait pouvoir disposer d'une convention de prestation entre les médecins et le canton. Les médecins se verraient confier la responsabilité de l'organisation et du fonctionnement du service de garde et recevraient en contrepartie une subvention du canton pour l'infrastructure, les pertes sur débiteurs, les pertes d'honoraires ou la formation continue des médecins astreints au service de garde.

De telles propositions de réformes conduisent à un important problème: il n'est pas possible de les envisager si l'on ne procède pas à une nouvelle répartition des tâches et des compétences entre le canton, la SMCB et les cercles. C'est ainsi que la SMCB devrait à l'avenir établir des conditions-cadre telles que l'âge d'astreinte, le nombre d'astreintes de garde annuelles, une taxe en cas de non-participation et la rémunération du service de garde. Les cercles sont-ils disposés à abandonner certaines de leurs prérogatives? L'un ou l'autre pourrait avoir des



Prof. Hans Gerber, médecin cantonal, Mme Dr Franziska Schneider, directrice de l'office juridique de la SAP, Dr Daniel Marth, président du CA de Medphone

craintes devant les changements à venir, se mettre à réfléchir et finir par décider que le statu quo actuel n'est pas si mauvais et qu'il est parfaitement possible de continuer à travailler avec ce dernier au cours des prochaines années.

Hans-Peter Kohler, président du cercle médical de Berne-Ville, en se référant à la Grande-Bretagne, a lancé un avertissement dans lequel il signalait le danger qui consisterait à ne rien entreprendre. Au cours d'un exposé remarquable, il a montré comment l'évolution du service de garde en Grande-Bretagne a été dominée par le boom des centres Walk-In et des centres Primary Care (voir l'article aux p. 10 et 11). Les praticiens de premier recours anglais se sont complètement retirés du service de garde médical. Leur travail est actuellement entièrement pris en charge par du personnel infirmier spécialement formé à cet effet.

Huisartsenpost

Harrie van Rooij, responsable du management de la qualité d'un centre d'urgence ambulatoire à Tilburg aux Pays-Bas, a présenté certaines possibilités qui permettraient de faire face aux futurs défis en tenant compte des intérêts à la fois des médecins et des patients. L'orateur a présenté la réorganisation du service de garde médical aux Pays-Bas. Les problèmes à résoudre étaient à peu de chose près les mêmes que ceux régnant en Suisse: surcroît de travail des médecins astreints au service de garde, pénurie menaçante de médecins de premier recours, doutes quant à la garantie de l'accès aux soins. Le cumul des problèmes a eu pour conséquence qu'une réorganisa-

tion du système n'était plus un tabou. La pensée centrale consistait à organiser le service de garde autour de centres ambulatoires dans lesquels les médecins assurent un service depuis le début de la soirée jusqu'au lendemain matin. Van Rooij a illustré l'évolution des centres d'urgence par la présentation de Tilburg et de son agglomération, où, auparavant, quatre à dix médecins devaient assumer les soins de 5'000 à 21'000 habitants. Dans le nouveau «Huisartsenpost», ainsi que s'appelle le poste des médecins de premier recours, des médecins organisés au plan régional, assurent leur service de garde pour 75'000 à 25'000 habitants. Des conseillères téléphoniques ayant reçu une formation médicale, un médecin d'appui pour le téléphone (dans le sens d'un Call Centre pour le triage), une réception, les médecins astreints au service de garde, des chauffeurs pour le transport des patients et pour aider les médecins partant en visite, ainsi que des services administratifs font partie du Huisartsenposten. Les médecins donnent une appréciation majoritairement positive à leur expérience avec le Huisartsenposten, ils ne voudraient plus retourner à l'ancien système. On met notamment en évidence que ce modèle permet d'apprendre avec les autres puisque le médecin n'est plus le loup solitaire dans son cabinet. «Le travail dans le cadre du Huisartsenposten est plus intensif que lors du service de garde traditionnel, pour l'en-



Le président, Jürg Schlup, décrit les objectifs du séminaire

semble de l'année cependant le nombre d'heures à fournir est réduit grâce à la centralisation» nous déclare van Rooij. Chaque heure de travail est d'ailleurs rémunérée à hauteur de 50 euros.

Centrale de triage cantonale

Quelle sera la suite des événements dans le canton de Berne? A l'occasion de l'assemblée des délégués du 20 octobre 2005 (après le bouclage de doc.be), on va présenter un projet de centrale téléphonique cantonale de renseignement et de triage. Une telle centrale en main médicale est une des conditions pour que nous soyons pris au sérieux par le canton et pour que nous puissions négocier une convention de prestations avec des chances de succès. Il ne faut pas s'illusionner: si nous ne disposons pas d'un centre cantonal de triage et de compétence, en mesure de documenter vers l'extérieur des critères qualité tels que l'accessibilité, la durée de l'attente au téléphone ou la qualité des renseignements fournis, il ne faudra pas compter sur une subvention cantonale dans le sens d'une convention de prestation.

Beat Gafner a planifié, pour la période de février à avril 2006, une étude statistique sur la fréquence des consultations, des visites et des consultations téléphoniques pendant le service de garde. Ces données sont une autre des conditions pour négocier une convention de prestation avec le canton.



Dr Beat Gafner, responsable du projet de service d'urgence «Flûte enchantée»

Marco Tackenberg, SPI



Trust sei Dank



GallOnet



trustmed



TrustCenter sind ein Gewinn für alle Beteiligten:

Für die Krankenkassen
dank enormer Konzentration der Rechnungen*

Für die Versicherten
dank 100-prozentigem Datenschutz

Für die Ärzte
dank Praxisspiegel und Aufhebung von Limitationen

Besser, Sie rechnen auch mit uns!

*) Bis heute warten 12,5 Mio. elektronische Rechnungskopien von 7200 Ärzten und Ärztinnen

newindex

Wir schaffen Synergien

Expériences acquises lors des inspections des pharmacies privées des médecins



Dr S. Fritz, pharmacien, Mühledorf



Dr P. Fuchs, médecin. Attiswil

Suite à l'entrée en vigueur de la loi sur la santé de 1984, les droits et devoirs des médecins dans le canton de Berne ont été réglés sous une forme nouvelle. La surveillance du commerce des médicaments a été transférée au pharmacien cantonal et celui-ci engage des inspecteurs à temps partiel chargés de vérifier le respect des prescriptions. Des inspections ont lieu dans les pharmacies publiques, les pharmacies d'hôpitaux, les pharmacies privées des médecins, les drogueries, lors de leur ouverture, d'un changement de détenteur du changement de la personne responsable, de transformations ou périodiquement env. tous les 4 ans. En ce qui concerne les pharmacies privées des médecins autorisés à dispenser, l'équipe d'inspection se compose d'un médecin et d'un pharmacien. Nous nous considérons comme des conseillers des médecins visités. Selon les souhaits de l'office du pharmacien cantonal, les médicaments doivent être fabriqués, distribués et remis en respectant les lois et règles régissant l'exercice de la profession en vigueur. La tâche des inspecteurs consiste à surveiller le respect de ces règles et – le cas échéant – à indiquer les voies et moyens afin de les respecter. Dans la plupart des cas, il est possible d'y parvenir sans problème par le dialogue.

Au cours des dernières années, les bases légales de l'approvisionnement en médicaments ont considérablement évolué. Les règles de la «Good Manufacturing Practice» (GMP), et de la «Good Distribution Practice» (GDP) ont été mises en œuvre. On exige actuellement, dans la cadre de la sécurité des médicaments, la traçabilité totale des médicaments du fabricant au patient. Cela comprend la documentation des conditions de fabrication et de stockage durant toute la durée de vie d'un médicament et par tous ceux qui sont impliqués dans le marché. Ces évolutions ont des

conséquences au niveau de l'activité d'inspection. Au début de l'année en cours on a introduit à titre d'essai un nouveau procès-verbal d'inspection sous la forme d'une liste de vérification (checklist) contenant tous les éléments mentionnés. Elle a été adressée en décembre 2004, par courrier du pharmacien cantonal, à tous les cabinets médicaux disposant d'une pharmacie privée. La liste comprend des questions relatives à des prescriptions qui doivent obligatoirement être respectées, ainsi que des questions informatives au sujet de thèmes relevant de la direction de la santé publique.

Les cabinets médicaux qui vont être inspectés reçoivent à temps le procès-verbal avec des explications et sont invités à le remplir de leur côté à titre d'autocontrôle. La liste remplie servira, aux inspectrices et inspecteurs, de base à leur inspection. Elle permet également aux cabinets médicaux d'adapter leur pharmacie privée aux nouvelles exigences. A la fin de l'année 2005, on procédera à une évaluation des expériences faites avec le nouveau PV.

Il est dorénavant possible de télécharger ces documents sur le site de l'office du pharmacien cantonal (www.gef.be.ch/site/index/gef_direktor/gef_kapa_kantonsapotheke.htm).

Dans ce qui suit, nous souhaiterions présenter brièvement les problèmes rencontrés lors de nos inspections au cours de la présente année, ainsi que des années précédentes:

- La loi sur les produits thérapeutiques interdit la fabrication de médicaments dans les cabinets. Le fractionnement de grands emballages ou le transvasement de substances liquides (y compris de méthadone) pour la remise au patient, sont considérés comme une fabrication. Ces travaux ne peuvent être exécutés que par des entreprises au bénéfice d'une autorisation de fabriquer.
- Les cabinets médicaux n'ont plus le droit de fabriquer un stock de prescriptions magistrales. Ces dernières doivent être prescrites, fabriquées par une pharmacie et remises au patient concerné.
- Le fournisseur d'une pharmacie privée doit bénéficier d'une autorisation de grossiste.
- La température dans les locaux de stockage, ainsi que dans le réfrigérateur à médicaments, doit être contrôlée et documentée au moyen de thermomètres minimum-maximum validés. Les gros-

sistes des médecins peuvent aider lors de l'achat et la vérification des thermomètres adaptés – on peut les acheter aujourd'hui à des prix raisonnables. Dans les pharmacies on se sert souvent de thermomètre de la marque «Oregon», que l'on peut obtenir par l'intermédiaire de la firme os-technology, à Gümligen (www.ostechology.ch). En ce qui concerne les réfrigérateurs, en cas de nouvelle installation, on conseille l'installation d'un réfrigérateur à médicaments validé avec un vérificateur de température incorporé.

- Nous devons régulièrement constater des oublis dans le cadre de l'utilisation de stupéfiants et de benzodiazépines. On oublie souvent de se servir des capacités du système informatique du cabinet, qui permettent de pratiquer simplement et correctement le contrôle des stupéfiants et des benzodiazépines. Il est rare que les états annuels des stocks prescrits (art 12 de l'o concernant la LF sur les stupéfiants) parviennent à l'office du pharmacien cantonal. La liste à cet effet peut également trouvée sur l'Internet (www.swissmedic.ch/files/pdf/BTM_Formular_Bestand_Apotheken_VO2.xls).

Un certain nombre de cabinets ont déjà mis en route un système de contrôle de la qualité (QMS). Pour eux, il va de soi que pour toutes les procédures se déroulant dans le cabinet, il y a lieu d'établir des listes de vérification et des directives concernant la procédure. Le nouveau procès-verbal d'inspection peut servir de base sur laquelle se fondent les éléments de QMS dans le domaine des médicaments. Il s'intéresse par exemple, à l'existence de directives écrites concernant les dispositions pour le droit d'accès aux locaux du cabinet, les reprises et retours de médicaments ou s'il y a une documentation au sujet des compétences pour la remise des médicaments (en particulier des stupéfiants) ainsi que la formation et la formation continue des collaboratrices. Il est possible qu'à l'avenir la preuve de l'existence d'un QMS rende les inspections inutiles!

Les premières expériences avec le nouveau procès-verbal ont démontré après avoir, dans un premier temps, provoqué une réaction de rejet (bien compréhensible) qu'il est maintenant généralement considéré comme un instrument utile, même si un certain nombre de petites adaptations paraissent sensées et doivent intervenir.

Nous nous réjouissons, en qualité d'inspecteurs, de pouvoir nous confronter à vous dans un esprit ouvert et constructif, afin de viser au mieux dans le domaine de la sécurité des médicaments.

BESICplus – qu'est-ce que c'est?



Dr C. Hug, délégué de la société des médecins à l'échange électronique des données hôpital – cabinet – hôpital

BESICplus nous concerne tous. L'article qui suit décrit ce qu'est BESICplus et pourquoi nous autres médecins praticiens devons nous y intéresser.

«BESICplus – définition des standards minimaux requis, c'est-à-dire des normes techniques minimales et des interfaces pour les échanges de données à l'intérieur des établissements et entre les établissements. Les données des patients revêtant un caractère sensible, une attention toute particulière a été accordée à la protection des données.» – c'est ainsi que s'appelle le rapport remis au printemps 2005 par un groupe de projet au directeur de la santé publique Samuel Bhend.

Qu'est-ce qu'en définitive un système d'informations cliniques (SIC ; BE = Berne)? En quoi un praticien est-il concerné par un SIC? Dans ce qui suit je vais répondre à ces questions et expliquer comment on en est arrivé au projet BESICplus.

J'ai trouvé la définition suivante dans la documentation au sujet du projet BESIC: «La mission d'un système d'informations cliniques ou hospitalières consiste à apporter une aide et à documenter l'ensemble des données primaires entrantes (diagnostic, traitement, soins, prestations hospitalières), des données primaires sortantes (transfert, admission/ambulatoire, diagnostic, unité (pré- et postopératoire, salle d'opération, sortie/facturation) ainsi que du processus de traitement¹.»

«La pièce essentielle de BESIC est constituée par le dossier électronique du patient (documentation médicale et des soins)².»

Un SIC doit permettre d'atteindre les objectifs suivants (je mentionne avant tout les avantages pour le secteur médical; les autres membres du personnel hospitalier et la direction hospitalière peuvent également tirer un bénéfice d'un SIC):

- simplification et optimisation du travail administratif (de nombreuses données ne seront saisies qu'une seule fois et tous les postes concernés pourront y recourir)
- amélioration de la qualité dans le domaine diagnostique et thérapeutique (en évitant les doublons, les erreurs de traitement, etc.)
- accès facilité aux données du patient (le dossier électronique ne peut pas être égaré!)
- établissement rapide de rapports exacts, informatifs (y compris les rapports des médecins consultants; traitement médicamenteux exact et à jour; etc.)
- pas de solution de continuité entre l'hôpital et les impliqués suivants (p.ex. médecin adressant, spécialiste, hôpital secondaire ou tertiaire, etc.)

En 2001, l'hôpital de l'Île s'est mis en recherche d'un SIC; 5 produits ont été évalués et l'un d'entre eux a été choisi. Une action a été intentée s'opposant à cette décision, à la suite de celle-ci, le Conseil exécutif a interrompu l'acquisition et mis en route le projet BESIC dans le but de décider le choix d'un système unique pour l'ensemble du canton.

En mai 2003, puis en mars 2004, la commission de gestion du Grand conseil a rejeté un projet de crédit concernant le projet BESIC au motif que ce projet présentait des risques d'exploitation et financiers trop grands, tout en reconnaissant que les hôpitaux devaient disposer d'un SIC de toute urgence. En avril 2004, la direction de la santé publique et de la prévoyance sociale (SAP) a reçu le mandat du Grand conseil de définir au cours des 6 mois qui suivent, en collaboration avec des représentants des médecins en pratique indépendantes et des hôpitaux, en lieu et place d'un système

unique, les standards et les interfaces de systèmes pré- et posthospitaliers. Le projet BESIC était né et la première séance eut lieu le 25.8.04. Pour les médecins en pratique indépendante, la grande différence par rapport à BESIC est celle que les interfaces vers les médecins qui adressent des patients et médecins chargés de la suite du traitement doivent encore être mises en place; le projet BESIC ne le prévoyait pas encore. Thomas Kissling de Mühleberg et Christoph Hug de Madiswil ont été désignés par la SMCB en qualité de représentants des médecins en pratique indépendante au sein du groupe de projet. Après un certain nombre de séances, au début de mai 2005, le rapport BESICplus a été remis au conseiller exécutif Samuel Bhend. Les hôpitaux publics peuvent dès maintenant acquérir un SIC, ce dernier devant toutefois satisfaire aux exigences minimales définies dans BESICplus.

On peut maintenant répondre à la question demandant pourquoi les médecins bernois doivent s'intéresser au projet BESICplus: ce projet définit les données et documents auxquels le médecin pré- et posthospitalier (de premier recours ou spécialiste) doit au minimum avoir un accès électronique – données et documents concernant évidemment uniquement ses «propres» patients:

- données importantes du patient (p.ex. nom, assurance, classe d'assurance, etc.)
- diagnostic principal et accessoire
- constatations de radiologie
- examens de laboratoire
- administration de médicaments durant l'hospitalisation
- rapports (de sortie, de transfert, définitif; rapport spécial; rapport opératoire, de consultant, des soins intensifs, d'anesthésie, etc.)

D'autres informations/données pourraient également être ajoutées (exemples):

- planification des ressources concernant les lits
- planification des ressources concernant les salles d'opération
- clichés radiologiques numérisés
- documents concernant les soins infirmiers

A l'heure actuelle, dans le cadre des hôpitaux publics, on procède à des évaluations initiales concernant les systèmes d'informations cliniques existants. L'état d'avancement est très variable selon les différents hôpitaux, les responsables de l'informatique cultivent toutefois un excellent esprit en ce qui concerne les échanges d'idées. Sur mandat de la SMCB, il m'a été possible

¹ Jürg Wägli: Benutzer-/Fach- und Einführungskonzept für das Projekt BEKIS; keine Jahresangabe; p.23

² André Leitner, Peter Gabriel: BEKIS-Beschaffung – Projektcharta V.3; 9. September 2002; p.4

de prendre déjà contact avec un certain nombre des responsables de l'informatique et de leur présenter nos différentes exigences. J'ai pour but d'éviter, ou pour le moins de limiter, les coûts qui pourraient résulter pour nos cabinets lorsque nous nous joignons à un SIC et qu'il ne soit pas nécessaire de nous procurer pour chaque clinique un système différent (logiciel, certificats, etc.).

En principe il n'y a aucun problème pour accéder aux données; il doit être possible d'obtenir directement les données avec une interface web. Ce qui est d'une importance considérable, c'est la protection des

données: le cabinet doit pouvoir être défini sans erreur possible (p.ex. au moyen d'un certificat) et le flux des données ne peut se faire que sous forme cryptée. On ne sait pas encore si ASAS (HIN) est en mesure d'offrir une solution à cet égard, si cette technologie de sécurité suffit aux exigences des protecteurs des données, ou si l'on exigera un certificat (p.ex. X509 – que l'on ne peut obtenir que sur présentation de documents officiels tels que passeport ou carte d'identité et en payant). Il sera également difficile de résoudre le problème «patient urgent»: comment sera-t-il possible, la nuit précédant un dimanche, de fournir les données d'un patient hospi-

talisé peu de temps auparavant? C'est pourtant précisément cette situation qui présente un intérêt pour les confrères qui assurent le service de garde.

Quelle va être la suite? Les hôpitaux publics évaluent le SIC et adressent ensuite à la SAP une demande de financement. Nous allons, de notre côté, poursuivre les contacts avec les hôpitaux afin de parvenir à une liaison aussi efficace que possible avec chacun des SIC. Souhaitez-vous en savoir plus? Vous pouvez prendre contact avec moi sous chug@hin.ch. Des informations complémentaires paraîtront dans de prochaines éditions de doc.be.

Betakli 2005

De mercredi 16 à
samedi 19.11.2005

Hôpital de l'île

Inscriptions en ligne sous
www.berner-aerzte.ch
ou par fax 031 390 25 64

ROKO

Dernier délai pour le retour des
questionnaires ROKO:
30 novembre 2005

Calendrier 2005

24 novembre
Assemblée des cercles médicaux
– ensemble du canton



Ballast bitte abgeben!

Rechnungen ohne Ärztekasse sind teuer
Das Büro in der Praxis bringt Ihnen keinen Ertrag – nur Kosten. Sinnvoller ist es, die administrativen Routineaufgaben an die Ärztekasse auszulagern. Setzen Sie deshalb jetzt zum Befreiungsschlag an und reden Sie mit den Spezialisten der Ärztekasse.

Praxismanagement und Outsourcing

A K ÄRZTEKASSE
C M CAISSE DES MÉDECINS
CASSA DEI MEDICI

Steinackerstrasse 25 · 8902 Udorf
Telefon 044 436 17 74 · Fax 044 436 17 60
www.aerztekasse.ch
marketing@aerztekasse.ch

Moratoire sur le génie génétique – la solidarité est souhaitée



Prof Beda M. Stadler, directeur de l'Institut d'immunologie, hôpital de l'Île, Berne

Certains médecins se disent peut-être que cinq ans c'est peu de chose. Finalement, cela ne nous concerne pas vraiment. En médecine, le génie génétique est accepté sans réserve. L'initiative dont il est question ici n'est pas honnête, ce que veulent ceux qui l'ont lancée c'est en réalité l'interdiction totale. Les médicaments produits à l'étranger à partir de plantes génétiquement modifiées peuvent même être importés sans difficulté. Les initiants n'ont dévié de leur attitude fondamentaliste que devant la réalité politique et ont tout d'abord modifié le cap pour un moratoire de dix, puis finalement de cinq ans. Dans cinq ans, ces initiants vont continuer de prétendre que le génie génétique n'a rien à faire dans la nature! Où étaient ces initiants quand autrefois, à Berne, on a testé le vaccin anticholérique génétiquement modifié et qu'il a été lâché dans la nature? Le petit jeu de la peur fonctionne probablement moins bien lorsque les consommateurs peuvent entrevoir un bénéfice.

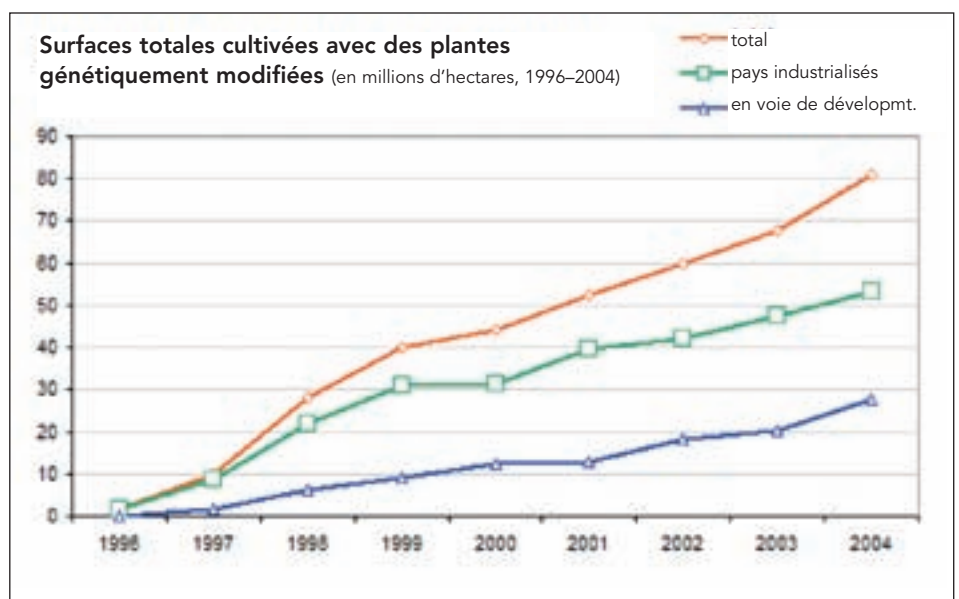
Cette initiative est également malhonnête parce qu'elle promet aux consommateurs des aliments provenant d'une agriculture sans OGM, alors qu'elle est incapable de tenir sa promesse. En effet, même si l'initiative est acceptée, l'importation en Suisse de produits provenant de plantes génétiquement modifiées reste autorisée par la loi, tant sous forme d'aliments que pour l'affouragement. On promet aux paysans une plus grande part de marché grâce aux produits sans OGM. Aujourd'hui déjà, les paysans peuvent renoncer librement à l'utilisation d'OGM, ce qui est démontré par le grand nombre de labels biologiques, les zones libres d'OGM qui viennent de se créer dans différentes régions de la Suisse. La loi très stricte sur le génie génétique garantit la coexistence des différents types

de production. Un moratoire n'est pas nécessaire pour sa réalisation. Le moratoire vise à mettre les paysans sous tutelle: à l'opposé ce qui se passe à l'étranger, ils ne devraient plus avoir le droit de mettre en culture des plantes résistantes aux parasites et aux maladies. En Suisse, l'interdiction légale de cultiver ne sera d'aucun bénéfice sur le marché des produits sans OGM. Selon des rapports récents, on trouve sur l'ensemble de la planète, déjà plus de 80 millions d'hectares cultivés avec des plantes améliorées génétiquement, ceci par 8 millions de paysans (Fig.) La Suisse, en comparaison, n'est qu'une Swissminiatur de Melide! Au moment où cette technologie jouit partout dans le monde d'un intérêt qui va grandissant, on discute dans notre pays pour savoir si nous voulons l'interdire à l'avenir!

Depuis le 1.1.2004, nous disposons en Suisse de la loi sur le génie génétique la plus stricte au monde. Cette loi garantit l'utilisation responsable et sûre du génie génétique, y compris dans les domaines de l'agriculture et de l'alimentation. Elle tient compte des craintes de la population et garantit l'utilisation sûre et responsable de plantes génétiquement modifiées, grâce à la déclaration des produits, ce qui laisse toute liberté au consommateur. Celui-ci peut aujourd'hui librement choisir ce qu'il veut manger ou pas. Il peut décider aujourd'hui déjà s'il se prononce pour ou contre les produits sans OGM.

Le moratoire envoie un signal négatif au site de recherche suisse. Aujourd'hui la Suisse occupe au plan mondial la respectable 5ème place dans le domaine de la recherche sur le génie génétique des plantes. La Suisse a besoin d'innovations et non de stagnation. Pour y parvenir elle doit pouvoir, dans le cadre des dispositions légales en vigueur, utiliser toutes les possibilités de la technologie moderne. Si elle ne le peut pas, le progrès aura lieu à l'étranger et c'est là que seront créées de nouvelles portes de travail. Même si la recherche n'est pas concernée par le moratoire, l'utilisation pratique d'une technologie ne peut pas être distinguée de la recherche. Qui va investir de l'argent dans une recherche dont il sait que le résultat sera interdit?

C'est aussi de solidarité qu'il s'agit finalement. L'initiative pour la protection génétique a constitué une garantie d'avenir pour tous les chercheurs du domaine biomédical. Pourquoi ce moratoire doit-il bâillonner les chercheurs actifs dans d'autres domaines? Mes collègues de l'EPFZ se plaignent aujourd'hui déjà d'un recul du nombre des étudiants dans les domaines du génie génétique vert. Ce débat insensé nous a déjà nuï. La plupart d'entre nous a déjà oublié que ce sont pratiquement les mêmes personnes qui exigeaient lors de l'initiative pour la protection génétique, un moratoire pour les médicaments produits par génie génétique. Une absurdité, vue sous l'angle actuel! C'est de la même façon que sera évaluée dans quelques années le moratoire sur le génie génétique.



Sans OGM – la voie la plus saine



Simonetta Sommaruga, présidente de la fondation pour la protection des consommateurs et de Swissaid

L'initiative pour des aliments sans manipulations génétiques a pour but d'empêcher que l'agriculture mette en culture pendant cinq ans des plantes génétiquement modifiées. L'interdiction des manipulations génétiques chez les animaux, qui est entrée en vigueur avec la loi sur le génie génétique, ne peut être assouplie pour l'instant. La recherche et les utilisations médicales ne sont pas concernées par le moratoire.

Le génie génétique met-il en danger notre santé dans les domaines de l'agriculture et de l'alimentation? Pour ce qui concerne les conséquences du génie génétique agricole sur la santé, nous ne sommes pour l'instant qu'au début de l'expérience. Au plan mondial, seuls 5 pour-cent des surfaces agricoles sont cultivées avec des cultures modifiées génétiquement. Dans le cas des semences modifiées génétiquement, qui sont à disposition dans le commerce, il s'agit essentiellement de maïs pour l'affouragement ou de maïs pour la production d'amidon, ainsi que de soja et de colza pour la production d'huile. Ce sont des produits qui servent avant tout d'adjuvants dans la production industrielle d'aliments. En Suisse, les produits alimentaires sont toujours exempts d'OGM.

Aucune envie de jouer le rôle de cobaye

Les consommatrices et consommateurs n'ont aucune envie de jouer le rôle de cobaye au profit des multinationales du génie génétique. Partout, en Europe en particulier, on aborde avec des doutes la manipulation génétique des produits ali-

mentaires de base. Selon des sondages, on constate jusqu'à 70 à 80 pour-cent de refus. Deux facteurs jouent un rôle à cet égard:

- L'offre actuelle en plantes génétiquement modifiées n'apporte aucune amélioration aux consommatrices et consommateurs. Quel bénéfice tirons-nous de semences résistant aux herbicides?
- Les consommateurs en ont assez des scandales alimentaires. On a dépassé trop souvent les limites du dégoût dans le choix des additifs alimentaires, en allant jusqu'aux déchets industriels contenant de la dioxine. La crise de l'ESB a eu des effets particulièrement importants: les industriels de l'alimentation animale n'ont pas respecté certaines frontières naturelles en incluant des farines animales – avec l'aval de la science – à l'alimentation des ruminants.

Des problèmes écologiques, sociaux et économiques

C'est le sentiment de confiance des consommatrices et consommateurs qui est concerné par les discussions autour du génie génétique agricole. On trouve au premier plan des considérations écologiques, sociales et économiques aux conséquences multiples sur le bien-être humain. Le marché des semences génétiquement modifiées s'adresse à des cultures industrielles. Des entreprises spécialisées dans une seule culture pratiquent la monoculture et sont la cause de l'érosion. L'utilisation de produits chimiques destinés à l'agriculture est la cause de problèmes environnementaux. Les semences génétiquement modifiées prolongent le cul-de-sac jusqu'au moment où les mauvaises herbes et les parasites se sont habitués aux nouvelles conditions et s'adaptent aux nouvelles conditions d'existence. Chaque modification dans la spirale des poisons rend les problèmes plus difficiles à résoudre.

Dans l'agriculture industrielle et intensive, la concurrence ne passe que par les coûts et les prix. Dans ces conditions, les familles paysannes du monde entier tombent sous la dépendance des acteurs puissants du marché mondial. La globalisation aggrave la situation sociale et économique de l'agriculture. A quoi servent les promesses

des multinationales du génie génétique pour un petit paysan nigérian ou brésilien s'il n'a pas de terre à cultiver? A quoi sert la recherche en génie génétique si la récolte de maïs en Afrique ne peut être transportée de la campagne vers la ville?

Le développement durable, but de la politique agricole

L'agriculture suisse a adopté la voie écologique au cours des dix dernières années. La politique agricole encourage une production plus proche de la nature et respectueuse des animaux. Dans toutes les régions du pays, on produit des spécialités mises sur le marché avec de l'imagination. Les marques et labels pour des modes de production écologiques ou un marché équitable ont la cote. La variété est florissante, les produits de masse font partie du passé. La population reconnaît les prestations des paysannes et des paysans.

Pour réaliser les objectifs de l'article constitutionnel 104 – sécurité de l'approvisionnement de la population, conservation des



ressources naturelles et occupation décentralisée du territoire – l'agriculture suisse peut renoncer au génie génétique agricole mis actuellement sur le marché. L'agriculture veut y renoncer. Toutes les organisations nationales de paysannes et de paysans appuient l'initiative anti-OGM. Les paysans et les consommateurs tirent à la même corde. Une agriculture sans OGM jusqu'en 2010 facilitera la vie de tous les partenaires du marché de l'alimentation.

Il est regrettable que des scientifiques se soient laissés convaincre de prendre la tête d'une campagne qui prédit le déclin du site de recherche suisse, alors que la recherche est clairement exclue du moratoire. Il est regrettable que le conseil fédéral ne veuille pas reconnaître qu'une production agricole sans OGM est un gage de qualité. C'est pourquoi il est bien que le peuple ait le dernier mot. En votant OUI, il choisit la voie la plus saine.

Bravo... c'est une fille



Th. Heuberger,
membre du
Grand-conseil

Nous avons assisté à une naissance, celle de la médecine de famille, qui est devenue une institution universitaire dans le canton de Berne. Le Grand conseil a accepté à une grande majorité (144:14) une motion (motion Fritschy) qui demandait la création d'une chaire ordinaire de médecine de famille, qui devra faire partie du contexte universitaire normal. La chaire à créer doit disposer des moyens indispensables à l'enseignement et à la recherche.

Permettez-moi d'exprimer ma joie à ce sujet, voire de manifester quelque euphorie même s'il n'est pas rare que beaucoup de temps s'écoule entre une décision parlementaire, et même d'une décision contraignante à l'intention du gouvernement, jusqu'à sa réalisation. De nombreuses haies doivent encore être franchies, et le poisson peut encore être noyé dans son bocal. Mais il faut tenir. Des mesures d'accompagnement ont été proposées, visant à rendre la médecine de famille plus attractive et tournée vers l'avenir. Le gouvernement a reçu le mandat impératif de les mettre en œuvre. A la place du postulat, souhaité par le gouvernement, c'est une motion (signal d'alarme) qui a été acceptée à une large majorité (157:0 et aucune abstention!). Je suis certain que la chose ne se répètera jamais au cours de toute ma vie de parlementaire. Le mandat stipule qu'il s'agit, avec l'aide d'un groupe de travail représentatif, de planifier des critères et des mesures susceptibles de rendre plus attractif le champ d'action de la profession de praticien de premier recours et d'adapter l'environnement de son exercice aux conditions futures et de le rendre moins pénible. Dans ce but, les directions de la santé et de l'éducation ne doivent pas être seules concernées, les consultations doivent être étendues et concerner également l'économie, la

SMCB, les assureurs et la FMH. La profession doit être étudiée sous tous ses angles afin de définir de larges possibilités d'action. C'est indispensable si l'on veut assurer à long terme l'accès aux soins médicaux de premier recours et aux soins urgents. Si ce n'était le cas, la profession de médecin de premier recours pourrait disparaître et elle devrait être remplacée par des instruments créés par l'état.

Une mesure pratique a été également acceptée (130:14) par l'intermédiaire de la motion Kilchheer. La formation des étudiants dans les cabinets (modèle bernois de la FIHAM) devrait (enfin) obtenir les moyens financiers nécessaires à sa réalisation.

Au cours de la session venant de se terminer, nous avons délibéré au sujet de la formation tertiaire des professions infirmières et accepté des propositions qui devraient quelque peu limiter la tendance centralisatrice du gouvernement. La formation ne se limitera pas au seul centre de compétence bernois des professions infirmières. On doit aussi planifier des écoles ou des

classes annexes (avec un curriculum unique) dans des localisations de la périphérie qui ont fait leurs preuves. Il s'agit d'éviter que les régions disposant d'hôpitaux et d'écoles bien établis ne se trouvent confrontés à un manque de relève infirmière à cause de leur éloignement.

Dans ce cas, comme dans celui de la médecine de famille, les cinq membres médecins du Grand conseil se sont engagés pour des solutions raisonnables et pleines de promesses. Ils ont participé à la mise en œuvre d'une chose qui sera importante pour notre corporation et notre profession. Je suis convaincu que la date du 8.9.2005 restera la date de naissance de la chaire ordinaire en médecine de famille. Personne ne pourra dire que les médecins ne sont pas capables de réaliser quelque chose dans le canton!

Think on it and just do it (sic)!

Nous avons, au cours de (trop) longues débats également examiné le rapport de la CEP, planté des jalons pour l'avenir et accepté un certain nombre de propositions importantes (et moins importantes). Mais ce ne sont (presque) que des détails en comparaison des succès évoqués précédemment.



Nouvelles du Grand conseil