



août 2005 / 4

doc.be

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

Remboursement des prestations
médecin – patient – caisse (tiers
garant) ou médecin – caisse –
patient (tiers payant)

«Quel est, aujourd'hui, pour les cabinets médicaux du canton de Berne, le mode de remboursement des prestations en vigueur?» Vous vous êtes certainement posé la question quand certains assureurs (Helsana, CSS) vous ont offert le remboursement des prestations caisse – médecin, selon le principe du tiers payant. Dans un tel cas, vous adressez directement vos factures à la caisse et celle-ci fonctionne en tant qu'intermédiaire entre vous et vos patients.

Notre **contrat cantonal** – cosigné il y a un peu plus d'une année par l'ensemble des assureurs – stipule, dans son art. 11 al. 1, que, dans le cadre de la LAMal, le patient est le débiteur à l'égard du fournisseur de prestations (système du **tiers garant**). Le médecin adresse sa facture au patient. D'après notre contrat, c'est donc le tiers garant qui est valable. Certains assureurs contestent ce fait et concluent d'autres dispositions avec certains d'entre nous, ils nomment ce type de remboursement des prestations un tiers payant individuel. Dans l'ensemble des 21 cantons pratiquant le système du tiers garant, ce ne sont qu'à peine 5% de nos collègues qui se sont prononcés pour cette solution individuelle. Les tribunaux auront à décider qui a raison – les assureurs ou le corps médical!

Quelle est la raison pour laquelle, un an après la conclusion du contrat, certaines caisses recherchent un changement du type de remboursement? Pourquoi veulent-elles faire passer de force ce changement au moment précis de la fin de la neutralité des coûts? Pourquoi certains de nos collègues manifestent-ils plus de confiance à l'égard du moral de paiement de certaines grandes caisses plutôt que de celui de l'ensemble de leurs patients?

Enfin, pourquoi le parlement fédéral, dans l'art. 42 al. 1 de la LAMal a-t-il favorisé le système du **tiers garant**? Parce que la patiente ou le patient doit pouvoir décider s'il/si elle souhaite transmettre une facture à sa caisse ou non; parce qu'il/elle doit être rendu/e attentif/ve aux frais qu'il/elle génère en contrôlant la facture avant de la payer et parce que la protection des données est mieux garantie dans le cadre du tiers garant.

Jürg Schlup, président

Communications du secrétaire	2
Entendez-vous le chant envoûtant des sirènes?	3
Le bon vieux temps	4
Changement et continuité dans la formation médicale	5
Nouvelle réglementation pour la formation des professions de la santé	8
Faut-il un rationnement en médecine	9
Nouvelles du Grand conseil	11

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

Communications du secrétaire



Thomas
Eichenberger,
secrétaire
de la SMCB

I. Résiliation du contrat d'adhésion TARMED LAMal pour le canton de Berne

Notre partenaire tarifaire, santésuisse, a résilié dans les délais, au 31 décembre 2005, le contrat d'adhésion TARMED réglant pour les médecins, dans le canton de Berne, la tarification et le système de remboursement des prestations à la charge de l'assurance maladie sociale (LAMal).

Selon un courrier daté du 27 juin 2005, cette résiliation est motivée par des considérations de principe. La phase de neutralité des coûts est arrivée à son terme. Santésuisse admet que les négociations contractuelles au sujet d'une éventuelle solution destinée à prendre le relais pour la gestion des coûts ne peuvent plus aboutir avant la fin du délai de résiliation, c'est-à-dire avant la fin de 2005.

Nous ne sommes pas en mesure d'apprécier, à l'heure actuelle, si ces craintes sont fondées. La première séance de délégations de négociation de la SMCB et de santésuisse aura lieu déjà en août. Si, effectivement, aucun nouveau contrat ne devait être conclu jusqu'à la fin de l'année, ce que nous ne souhaitons nullement, c'est l'art. 47 al. 3 LAMal qui serait applicable. Si les fournisseurs de prestations et les assureurs ne peuvent s'accorder au sujet du renouvellement d'un contrat tarifaire, le gouvernement cantonal peut prolonger d'une année le contrat en vigueur. Si, pendant ce délai, aucun nouveau contrat n'est conclu, c'est au gouvernement cantonal, après audition des parties, de fixer le tarif.

Pour mémoire: la valeur du point actuelle se situe, en fonction d'une évaluation conforme au contrat de la phase de neutralité des coûts, au niveau de 86 centimes.

A partir du 1er janvier 2006, on devrait procéder, également en fonction de la réglementation tarifaire en vigueur actuellement, à une adaptation de la valeur du point tarifaire à 87 centimes. Si un nouveau contrat tarifaire devait entrer en vigueur, ce sont exclusivement les nouvelles dispositions qui prévaudraient à partir du 1er janvier 2006. S'il n'existe aucun nouveau contrat tarifaire, c'est le décret du gouvernement, selon l'art. 47 al. 3, qui s'applique.

Nous tiendrons au courant à temps nos membres de la suite des événements.

II. Article de la Sonntagszeitung

On a pu lire, dans la Sonntagszeitung du 10 juillet 2005, sous les titres «La Société des médecins fait des affaires avec les factures médicales» et «La prospérité du médecin», des articles consacrés, au sens large du terme, à la problématique du tiers garant et du tiers payant.

On sait que le contrat d'adhésion TARMED actuellement encore en vigueur ne prévoit en principe que le tiers garant. Nous recommandons avec insistance à nos membres de s'en tenir aux dispositions contrac-

tuels. Si certains de nos membres font bande à part et concluent des contrats de tiers payant avec certains assureurs, il en résultera tout au plus un grand sentiment d'insécurité auprès des patientes et des patients et de la confusion auprès de tous ceux qui sont concernés, ce que de récentes expériences nous ont amplement démontré.

Tenant compte de ces considérations, une réglementation uniforme, décidée par contrat au niveau de la Société, est justifiée. Je renonce par conséquent à m'étendre davantage sur les considérations d'ordre éthique, de politique professionnelle et de nature économique qui nous font préférer la solution du tiers garant.

Dans les articles de la Sonntagszeitung mentionnés, on prétendait que la Société des médecins du canton de Berne (SMCB) envisager d'exclure un collègue parce qu'il avait décidé d'adresser directement ses factures à la caisse maladie. En réalité, ce n'est pas d'une menace d'exclusion de la Société dont il était question, mais plutôt que le collègue avait été rendu attentif au risque de sanction éventuelle auquel il s'exposait et qui consistait en son exclusion du contrat d'adhésion TARMED.

A la suite de notre intervention légale, la Sonntagszeitung a dû publier le 24 juillet 2005 la rectification suivante:

Rectification

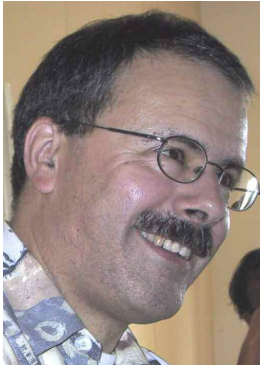
En réponse aux accusations contenues dans l'article intitulé «La Société des médecins fait des affaires avec les factures médicales» et aux commentaires sous le titre «La prospérité du médecin», parus dans la Sonntagszeitung du 10 juillet 2005, la Société des médecins du canton de Berne apporte la rectification suivante:

Il est faux de prétendre qu'un membre qui adresse directement ses factures à la caisse maladie selon le système du tiers payant a été menacé d'exclusion de l'association. Le membre concerné a été rendu attentif aux possibles sanctions résultant du non respect du contrat d'adhésion Tarmed. L'art. 18 al 1 du contrat tarifaire Tarmed bernois stipule, entre autres, en cas de non respect du contrat, la possible exclusion du contrat tarifaire. Il ne s'agit pas d'une exclusion de la Société des médecins.

Nous allons continuer de nous engager pour le respect du contrat d'adhésion TARMED, c'est-à-dire en faveur d'une facturation selon le système du tiers garant respectant le contrat. La SMCB se réserve le droit d'engager des poursuites légales à l'égard des assureurs maladie qui, à l'exemple de la CSS et d'Helsana, proposent à tort le tiers payant.

Entendez-vous le chant envoûtant des sirènes?

Ils nous privent de notre discernement!



Jürg Schlup,
président
de la SMCB

On percevait déjà faiblement le doux chant avant d'accoster la côte rocheuse de la neutralité des coûts: «des factures électroniques – gratuitement». A peine ces rochers disparaissaient-il en juin à l'horizon, que les **sirènes** résiliaient leur participation à l'adhésion décidée par contrat et qu'elles se mettent à jeter le trouble d'une voix toujours plus forte – ainsi la belle **Aglaopé alias MediData**: «l'échange électronique gratuit par l'intermédiaire de Mediport»; puis, avec son beau visage, **Parthénopé, également connue en Suisse sous le nom de CSS**: «tiers payant individuel». L'une et l'autre parviennent à séduire certains d'entre nous! En juillet, c'est **Helsana**, sous les traits de **Télès**, la parfaite, qui veut nous attirer: «des factures LAMal électroniques dans le système tiers payant», elle réussit à faire perdre la raison

à d'aucun. Vous n'avez pas fini d'entendre le chant des sirènes.

Tiers garant/Tiers payant

De quoi s'agit-il? Il y a 18 ans, dans ce canton, nous avons obtenu de haute lutte que, **dans le domaine de la pratique ambulatoire, le système de remboursement soit celui du tiers garant**. Nous craignons alors une dépendance à l'égard des caisses qui irait en croissant, dans le cadre du tiers payant alors en vigueur. A l'heure actuelle, pour l'ensemble de la Suisse, 80% de la population est assurée auprès de 8 caisses seulement. De ce fait, 15'000 fournisseurs de prestations sont confrontés à huit garants des prestations. Nous autres, médecins praticiens, courrons ainsi, du point de vue de la technique des assurances, un risque cumulé. Nous n'avons que huit débiteurs, voire même, selon les régions, quatre seulement. C'est pour cette raison, qu'en Suisse, il n'y a plus que cinq cantons qui connaissent le tiers payant, c'est-à-dire que, au cours des dernières décennies, quelque 90% des médecins praticiens sont passés au tiers garant par l'intermédiaire de leurs organisations professionnelles. Les collègues des précédentes générations se sont battus pour obtenir leur indépendance grâce au tiers garant. Et cette dernière est actuellement menacée – sous l'effet du chant envoûtant des sirènes – d'être de nouveau perdue.

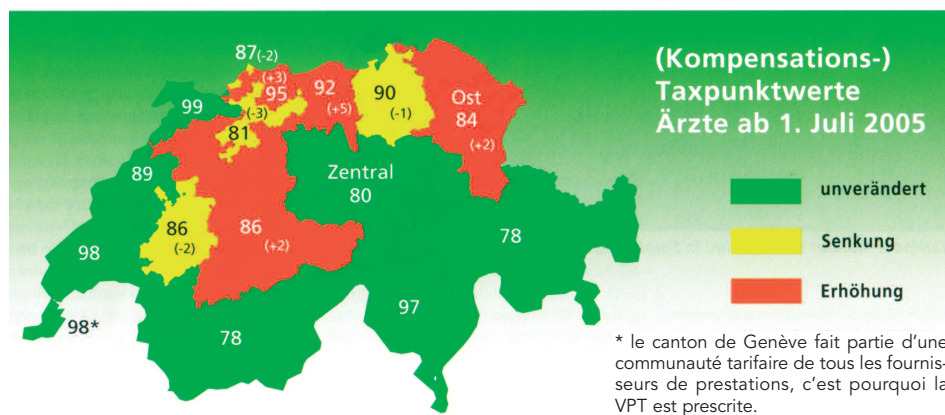
Plus grave encore: si nous perdons le tiers garant, nous pourrions également ne plus bénéficier de la parité des données que nous venons de gagner. Et si, au cours des mois prochains, devait se profiler un état sans convention, il nous serait difficile – sans tiers garant – de faire face à la situation.

Mode de remboursement selon la LAMal

La parité des données entre caisses et corps médical a permis un changement de paradigme dans le cadre des discussions concernant la maîtrise des coûts et les procédures en cas de non respect de l'économicité. Un certain nombre de caisses influentes (les sirènes) voient dans ce changement le danger d'une perte de puissance. Pour d'autres petits assureurs, c'est la chance d'un nouveau partenariat avec les médecins qui est au premier plan. Ils savent qu'une relation solide s'appuie sur des partenaires d'égale valeur. Ils savent que pour la pratique ambulatoire, le tiers garant est le mode de remboursement qui garantit la **protection des données** au patient et qui garantit aux organisations de patients **les pleins pouvoirs du patient (patient empowerment)**. C'est pour ces deux dernières raisons que le parlement fédéral a prévu dans la LAMal, dans le domaine de la pratique au cabinet, le remboursement selon le mode du **tiers garant**. L'art. 42 al. 1 a la teneur suivante: «Sauf convention contraire entre les assureurs et les fournisseurs de prestations, l'assuré est le débiteur de la rémunération envers le fournisseur de prestations. L'assuré a, dans ce cas, le droit d'être remboursé par son assureur (**système du tiers garant**)» Santéuisse, dans le cadre du contrat bernois d'adhésion – de même que dans 21 autres cantons –, a apposé sa signature au contrat qui prévoit le tiers garant. Mais il est vrai que **Télès, alias Helsana**, n'est pas toujours fidèle à ses engagements.

Valeur du point tarifaire médical à partir du 1.7.2005 – vue d'ensemble des cantons

(Source: santéuisse)



Au cours des mois qui viennent, les sirènes vont continuer de nous charmer de leur chant, elles souhaitent en effet des relations de dépendance et en aucun cas la parité des données. Elles parviendront également à faire perdre la raison à certains d'entre nous – par Jupiter, je forme le vœu qu'ils restent une minorité!

Le bon vieux temps



H.W. Leibundgut,
membre du
comité
de la SMCB

Au cours de la première année d'activité de mon cabinet, en 1986, nous facturions encore dans le système tiers payant. Dans notre village, nous comptions 40% d'assurés CCB. Chaque mois, la caissière locale venait au cabinet prendre livraison des feuilles de maladies remplies. C'est alors que commençait l'attente anxieuse.

La caisse va-t-elle payer dans les 90 jours, ainsi que le prévoit la convention? Serai-je en mesure de payer mes salaires, les factures des fournisseurs, les intérêts, etc.? En cas de retard de paiement, les assureurs doivent verser une «amende conventionnelle» de l'ordre de grandeur de quelques centimes, qui n'équivaut évidemment pas à ce qu'elles gagnent en intérêts créditeur et ce que je perds en intérêts débiteur. C'était le bon vieux temps.

Quelle ne fut pas ma joie, en 1987, lorsque fut introduit le tiers garant. Mes patients ne voulaient pas garder à la maison des factures pendantes et les réglèrent dans un délai d'un mois. Depuis lors je n'ai plus de problème de liquidités. Au cours de mes 20 ans de pratique de cabinet, je n'ai en moyenne pas eu à enregistrer une perte de débiteur supérieure à 1000 francs par année. C'était aussi le bon vieux temps.

Retour en arrière sur
des temps meilleurs,
en apparence seulement.

Foto: Keystone

Tiers garant ou tiers payant?

On voudrait aujourd'hui revenir en arrière et revenir au tiers payant. Pour quelle raison? Les arguments des partisans de ce changement sont les suivants:

- simplicité – pour les médecins, les patients et les caisses
- liquidités
- pas de pertes de débiteurs

Je leur oppose **les avantages du tiers garant suivants:**

- pleins pouvoirs du patient et protection des données
- parité des données
- indépendance – pas de risque

Plus simple ne signifie pas mieux, encore moins juste. On a déjà beaucoup écrit au sujet des fondements juridiques, les bases légales et contractuelles sont claires, seuls des avocats de bas étage cherchent encore à pêcher en eau trouble.

Aujourd'hui on ne peut plus simplement pratiquer la médecine avec l'argument de la «simplicité». Chaque patient a droit à une facture pour qu'il puisse, en qualité de citoyen et en toute responsabilité, 1) constater ce que sa décision de consommer de la médecine a pour conséquence et 2) décider s'il veut payer les honoraires de sa poche ou les faire rembourser par la caisse. Il va de soi que certains médecins aux factures douteuses préfèrent une solution plus «simple» ... Il va également de soi qu'il est plus simple

pour les assureurs d'améliorer leur stock de données en disposant de toutes les factures, et pas uniquement de celles qui dépassent la franchise. Pour eux, c'est également plus simple lorsqu'ils peuvent établir des profils de patients, ce qui leur permet de sélectionner les risques...

La possibilité de l'échange électronique des données exige, selon le préposé fédéral à la protection des données, le remboursement des prestations selon le tiers garant et au travers d'un intermédiaire. Le patient doit en effet avoir la possibilité de refuser le transfert électronique des données.

Ce sont précisément les jeunes médecins, eux qui viennent d'ouvrir leur cabinet, qui ne voient que les avantages du tiers payant, la «garantie de l'argent rapide». Je voudrais les inciter à prendre connaissance de mes expériences. La dépendance à l'égard d'une caisse est beaucoup plus grave et humiliante que celle à l'égard d'un patient. Finalement, nous avons encore toujours la possibilité de choisir nos clients.

Les médecins de ville, qui sont confrontés à de fréquentes consultations urgentes, se plaignent du mauvais moral de paiement des patients qui consultent en urgence. Ces réflexions sont justifiées. Il faudrait vérifier si ces pertes ne sont pas compensées par les suppléments pour urgence.

Ne transigeons pas. Le tiers garant garantit l'équilibre des forces du triangle médecin – patient – caisse. Les changements ont un goût de politique de force.



Changement et continuité dans la formation médicale

Allocution lors de la fête de diplôme et de promotion de la Faculté de médecine de l'Université de Berne, Kultur-Casino Berne, le 22 mars 2005



Prof. Urs Boschung, directeur de l'Institut d'histoire de la médecine¹

Monsieur le Doyen, Monsieur le Recteur, très honorés parents et invités d'honneurs, chers diplômées et diplômés, chers nouvelles promues et nouveaux promus, Mesdames, Messieurs,

Nous sommes ici réunis pour fêter ensemble la transition d'un état à un autre. Vous, Mesdames et Messieurs, assis dans les premiers rangs de l'assistance, vous vous trouvez au moment de passer d'une fin à un commencement. Vous êtes entrés dans la salle en qualité de futurs diplômés et futurs nouveaux promus, vous allez la quitter en qualité de diplômés et nouveaux promus. Par les documents qui vous seront remis, vous recevrez la confirmation des connaissances, des compétences et des capacités acquises au cours des dernières années, que, dès maintenant, vous allez appliquer et mettre en œuvre au cabinet, à l'hôpital et dans le domaine de la science. Ainsi, lorsque vous monterez sur cette estrade, lorsque vous recevrez votre diplôme dans le cadre de ce rituel de passage, on verra que vous sortez des rangs de l'assistance et que vous vous trouvez dès lors sur la scène de votre profession et que devant la société vous acceptez en même temps le rôle et

la responsabilité de médecin et de médecin-dentiste.

La première apparition sur la scène du théâtre du monde n'a jamais été quelque chose de banal, encore moins dans une profession telle que celle du médecin. Dans les premiers temps de l'histoire déjà, les hommes se sont mis en quête de l'assurance que les personnes qui peuvent offrir leur aide en cas d'accident, de maladie et de situation menaçant l'existence soient en mesure de la faire de manière efficace et qu'ils tiennent vraiment ce qu'ils avaient promis. Les documents que vous recevez aujourd'hui sont le signe, visible par tous, que dorénavant vous agirez en qualité de médecins et répondrez aux attentes qui sont mises en vous.

Les deux différents diplômes qui vous sont remis ce soir appartiennent aux constantes auxquelles il est fait allusion dans le titre de mon allocution «Changement et continuité dans la formation médicale». D'une part, le diplôme fédéral de médecine attestant de la réussite à l'examen professionnel, décerné par des instances fédérales, d'autre part le titre de docteur, décerné par la Faculté de médecine et l'Université.

Le titre de docteur atteste de la promotion, c'est-à-dire l'avancement aux plus grands honneurs dans les sciences médicales. Il est la preuve que vous avez été initiés au domaine de la science, que vous pouvez la pratiquer et aussi l'enseigner, docteur signifiant la même chose qu'enseignant. Le rituel de la promotion trouve son origine dans les universités du Moyen Âge, à Bologne, Paris, Oxford et Montpellier, à partir du 13^{ème} siècle, les diplômes étaient traditionnellement rédigés en latin, la langue des savants et étaient toujours remis dans le cadre de fêtes spécialement destinées à cet usage.

La médecine, en tant que science, bien que capable de définir ses objectifs et de tendre vers eux, est incapable de les atteindre toujours et surtout pas avec une précision mathématique, elle a toujours

fait l'objet d'une attention plus ou moins soupçonneuse et méfiante de la part de ceux qui avaient besoin d'elle (les choses ont peu changé de nos jours). Il n'y a donc pas lieu de s'étonner si c'est précisément le côté cérémonieux de la création de nouveaux docteurs en médecine qui a été pris pour cible. Il est bien connu qu'il n'y a qu'un pas du solennel au ridicule. Molière, qui lui-même avait été souvent malade et connaissait donc bien les médecins de son temps, met en scène en 1673, à la fin de son *Malade imaginaire*, une cérémonie de promotion, au cours de laquelle le bachelier reçoit le bonnet de docteur et le doyen déclare solennellement:

«Ego, cum isto boneto / Venerabili et docto, / Dono tibi et concedo / Virtutem et puiscanciam / Medicandi, / Purgandi, / Seignandi, / Perçandi, / Taillandi, / Coupandi, / Et occidendi / Impune per totam terram.»

Avec ce bonnet de médecin / vénérable et savant / je te remets et te concède / le privilège et le droit / de pratiquer la médecine, / de purger, / de saigner, / de percer, / de tailler, / de couper, / et de tuer / impunément sur toute la terre.

Cette accusation, comprise certainement à l'époque déjà comme une exagération satirique, peut néanmoins être comprise comme une indication et un exemple de méfiance à l'égard des médecins, qui ont toujours dû accepter le reproche que leurs traitements sont ou inefficaces ou nocifs et dangereux.

Dans ce contexte, et pour honorer l'art médical, mais également dans le but de protéger les patients, jusqu'au 20^{ème} siècle, les facultés de médecine (par endroit encore de nos jours), ont associé à la promotion la prestation d'un serment ou d'une promesse solennelle. Ce n'était que très rarement le serment d'Hippocrate dans sa version originale, mais le texte en était inspiré. Dans le cas du serment médical bernois de 1836, les nouveaux promus promettaient de remplir «fidèlement et consciencieusement dans leur totalité les devoirs du médecin» «et d'assister en science et conscience le malade sans tenir compte de la personne, sans espoir de récompense, par pur respect de l'art et altruisme» et de surtout «vouer toutes leurs forces à la science et à l'art auxquels ils avaient consacré leur vie» afin de «continuer à se perfectionner». Presque partout le serment de promotion a été abandonné au cours du 20^{ème} siècle, puisque – sous l'angle juridique – toutes

¹ Prof. Urs Boschung, Institut d'histoire de la médecine, université de Berne, Bühlstasse 26, case postale, 3000 Berne 9

ces promesses sont contenues dans la notion de «devoir médical de diligence».

Pendant des siècles, la solennité de l'obligation librement consentie et le diplôme de docteur décerné par l'université suffisaient pour avoir le droit de pratiquer la médecine en tout lieu du monde occidental. Les choses changèrent au temps des Lumières (je reviendrai plus tard sur le second type de document, celui des diplômes fédéraux). Au cours du 18^{ème} siècle, dans un but de sécurité publique, les hautes autorités prirent sur elles de protéger leurs sujets de l'incompétence de certains médocastres peu sérieux. C'est au conseil sanitaire des autorités que fut conféré le pouvoir de décerner la patente et le droit d'établissement et d'exercice de la pratique, et il ne le faisait que dans le cas de personnes médicales qui avaient passé avec succès un examen devant elles – un examen d'état – qu'elles soient en mesure ou ne le soient pas d'exciper d'un diplôme obtenu ailleurs. Cette prise en compte de critères et de besoins locaux n'était pas si nouvelle, puisque les chirurgiens avaient de tout temps été obligés de se former selon les règles de la corporation ou de la coopérative artisanale de leur ville. Après un apprentissage de trois ou quatre ans auprès d'un maître local, le jeune barbier ou chirurgien était, ainsi qu'on le nommait, «affranchi», c'est-à-dire qu'il recevait le certificat qui l'autorisait, en qualité de compagnon, de partir pour son tour. Lorsqu'il avait accompli ce dernier avec succès, il avait le droit, dans sa ville natale, de se présenter à l'examen de maîtrise et – pour autant que tout aille bien et qu'un besoin existe et qu'une place soit à disposition d'un jeune – de s'établir pour exercer son art.

Lorsque, il y a 200 ans, la Faculté de médecine de Berne a été créée, le temps de la formation artisanale des chirurgiens venait de se terminer. Dans le cadre de la nouvelle Faculté ouverte en 1805, la médecine et la chirurgie devaient être enseignées sur un même pied, puisque l'Académie, dont la Faculté faisait partie, devait avant tout servir la République bernoise et que le but qu'elle visait était la formation de «praticiens de premiers recours», ainsi que nous les appelons de nos jours. Par conséquent, dans les débuts, l'accès aux études à Berne n'exigeait ni examen ni connaissances du latin. On argumentait en affirmant que des exigences trop élevées auraient pour conséquence une sélection des étudiants, et que ces derniers, par la suite, hésiteraient à s'établir en région rurale. A l'issue des

quatre ans d'études, aucun doctorat n'était prévu, encore moins nécessaire, on obtenait par contre de manière quasi automatique l'examen d'état bernois. Toutefois, celui qui souhaitait pratiquer dans un autre canton de la Confédération, devait passer un nouvel examen d'état devant le conseil sanitaire du canton concerné. Rien ne changea jusqu'au moment de la conclusion du concordat de 1867 et de l'entrée en vigueur de la loi fédérale de 1877 sur la libre circulation des personnes appartenant aux professions médicales. C'est sur cette loi, encore valable, que se fondent ce qu'on nomme les examens fédéraux de médecine, ces examens que vous, Mesdames et Messieurs futurs diplômées et diplômés, avez passés sous l'autorité du président local et pour lesquels vous recevez maintenant la confirmation du succès – en recevant le diplôme fédéral de médecine qui – si l'on voulait être précis – devrait s'appeler diplôme d'examen fédéral.

Je voulais vous entretenir de changement et de continuité, jusqu'à maintenant il est plutôt question de ce qui est constant, l'obligation d'obtenir des diplômes. Mais il est évident que l'attestation de qualité que représente en effet le diplôme, concerne un contenu qui ne cesse d'évoluer. C'est cela que nous allons maintenant évoquer.

L'Académie – d'un point de vue uniquement limité au canton de Berne – aurait pu suffire encore pour longtemps. On n'attendait rien de plus de sa part qu'elle veuille bien se charger de la formation pour le pays, avec des dépenses aussi limitées que possible, «de pasteurs zélés, de médecins habiles et de fonctionnaires compétents». Il y avait trois professeurs de médecine, chacun d'entre eux était responsable de l'enseignement de deux disciplines, anatomie et physiologie, médecine interne et thérapeutique, chirurgie et obstétrique. Le quatrième professeur appartenant à la Faculté enseignait la médecine vétérinaire. C'est alors qu'est venu le temps du Libéralisme qui fit, en 1834, de l'Académie une Grande école (appelée Université dès 1874) qui ne se contenta plus d'apporter des connaissances établies à de futurs médecins de premier recours mais voulait augmenter et élargir ces connaissances et qui, dès lors, jeta inéluctablement un regard au-delà des limites de la République bernoise en direction du reste du monde. C'est à cet instant qu'intervient le changement de contenu profond de la médecine. Un premier pas essentiel à été celui d'apprendre

et d'enseigner la médecine au lit du malade et non plus seulement dans les livres. A cet effet, les étudiants et professeurs devaient avoir le droit d'entrer à l'hôpital. L'hôpital de l'île de Berne, qui, depuis des siècles, prodiguait gratuitement, en sa qualité de fondation de bienfaisance, des soins à des patients pauvres, n'accepta pas facilement – à l'instar d'autres hôpitaux – sa nouvelle vocation. Les professeurs de médecine qui dès lors eurent leur mot à dire à l'hôpital, ne se contentèrent pas des habitudes traditionnelles. La médecine et la chirurgie développèrent de nouvelles disciplines, de nouvelles méthodes de traitement, qui exigeaient de nouvelles installations, par exemple des salles d'opération. L'hôpital dut être transformé et évoluer de l'état d'hôpital pour les pauvres à celui d'un centre médical. Les branches fondamentales se développent grâce aux méthodes des sciences naturelles et, à côté des livres et de la clinique, le laboratoire fit son apparition. On ne put plus aller directement de l'examen à la pratique, mais il fut nécessaire de suivre une formation en qualité d'assistant dans une clinique. Cela ne concernait plus seulement les hommes, mais aussi les femmes. Les premières femmes commencèrent des études de médecine après 1870, vers 1900, il y en avait déjà des centaines, avant tout de Russie, qui n'étaient autorisées à étudier la médecine qu'en Suisse. Les russes qui restèrent furent peu nombreuses, mais elles furent celles qui, pour les suissesses et les étudiantes d'autre origine, ouvrirent le chemin de la médecine, un chemin suivi de nos jours par plus de femmes que d'hommes.

Nous avons examiné les formes et les contenus de la formation médicale sous l'aspect du changement et de la continuité et avons trouvé des éléments pour l'un comme pour l'autre, des éléments qui pourraient encore se multiplier. C'est précisément maintenant qu'une nouvelle loi fédérale est en consultation, qui doit régler le contenu et la forme de la formation médicale ainsi que la relation future de l'enseignement universitaire et du contrôle de qualité par la Confédération, – une problématique ancienne, ainsi que nous avons pu le voir. Il est question de nouveaux et d'anciens titres dans le domaine de la médecine, du baccalauréat et du magistère. Dans des milieux réputés, on a récemment évoqué à nouveau la possibilité d'une formation non-académique des praticiens de premier recours – cela me rappelle l'Académie bernoise de 1805. Changement? Continuité? Des questions qui restent ouvertes.

Chères futures diplômées, chers futurs diplômés,
chères futures nouvelles promues, chers futurs nouveaux promus,

Voici bientôt le moment où vous allez monter sur l'estrade. Dans le cadre du rituel solennel de promotion du 18^{ème} siècle, c'était le moment où le doyen invitait le candidat à se diriger de la chaire du bas vers celle du haut, la sienne, pour y recevoir les insignes de la fonction de docteur, le bonnet de docteur, l'anneau de docteur, tous deux des symboles de la dignité et de la liberté qui ne doivent respecter que la vérité. Puis un livre était ouvert, attestant des connaissances transmises, puis refermé en signe de la propre capacité de jugement acquise dès maintenant. Finalement, le doyen en prenant

le nouveau docteur dans ses bras et l'embrassant, l'accueillait dans les rangs des savants avec les mots suivants: «Apprends que tu dois amour et bonnes relations avec les autres médecins, que tu restes toutefois libre de toute soumission, tes seules obligations sont l'entendement et la vérité.»

De nos jours il n'y a plus ni bonnet ni anneau ni embrassade. C'est la poignée de main du doyen de la Faculté de médecine qui les remplace, dans le cas de l'examen fédéral, la poignée de main de la présidente locale, la représentante de la Confédération. Pour tout ce qui va suivre, au cours des jours et des années, je vous adresse mes vœux de succès, de satisfaction, de bonheur.

CALENDRIER 2005

20 octobre
Assemblée des délégués
après-midi

24 novembre
Assemblées des cercles médicaux
ensemble du canton

zur Rose Ärztgrossist



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/aerztgrossist 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 | aerztgrossist@zur-rose.ch

Nouvelle réglementation pour la formation des professions de la santé¹



Liliane Zurflüh,
administratrice
de la section de
Berne de l'Association suisse des
infirmières et
infirmiers

La section de Berne de l'Association suisse des infirmières et infirmiers (ASI) se trouve, dans le cadre de la nouvelle loi sur la formation professionnelle, confrontée à de nouveaux défis. La nouvelle formation d'assistant/e en soins et santé communautaire (ASST) et le nouveau positionnement de l'«infirmière» et de l'«infirmier», qui devient un/e infirmier/ère d'école spécialisée (ES) de niveau tertiaire, auront probablement des conséquences au niveau de la composition de l'équipe de soins, des compétences et peut-être même de la qualité. Les médecins sont également invités à se prononcer au sujet de cette évolution.

La nouvelle loi sur la formation professionnelle

La nouvelle loi sur la formation professionnelle adapte la formation cantonale des professions de la santé aux exigences de la Confédération. Désormais la compétence de régulation dépend de l'Office fédéral de la formation professionnelle et de la technologie (OFFT). Dans le canton de Berne, la responsabilité passe de la direction de la santé publique et de la prévoyance sociale à celle de l'instruction publique. La nouvelle loi sur la formation professionnelle apporte les nouveautés suivantes:

- Tertiariation des diplômes.
Les formations en vue de l'acquisition de diplômes (à ce jour infirmière diplômée N II) se fait actuellement au niveau tertiaire, soit dans des hautes écoles

spécialisés ou dans une école supérieure. Les programmes niveau I et II ne se poursuivront que jusqu'en 2008.

- Assistant/e en soins et santé communautaire (ASST).
Immédiatement à la suite de l'école secondaire (fin de l'école obligatoire), les jeunes gens peuvent intégrer sans délai l'apprentissage d'assistant/e en soins et santé communautaire (ASST), une formation professionnelle de base (de niveau secondaire II). On crée ainsi un accès professionnel aux formations diplômées du domaine de la santé de niveau tertiaire. L'ASST est formé dans quatre domaines spécialisés (soins et assistance, cadre de vie et activités de la vie quotidienne, administration et logistique, ainsi que techniques de soins médico-déléguées). Les premier/ères assistants/tes ont achevé leur formation en juillet 2005.

- Organisation du monde du travail du domaine de la santé dans le canton de Berne.

La nouvelle loi sur la formation professionnelle ne parle plus d'associations professionnelles, mais d'organisations du monde du travail (ORTRA). Elles ont la compétence d'assumer et de contrôler la formation pratique.

L'ORTRA de la santé Berne a été créée le 18 novembre 2004. Le comité se compose de trois membres représentant les employeurs et de deux représentants des employés, deux autres sièges seront occupés par la direction de la santé publique et de la prévoyance sociale. La direction de l'instruction publique occupe un siège avec voix consultative.

A ce jour, on n'a pas accédé à la demande de la Société des médecins demandant d'occuper un siège au comité.

La position de la section de Berne de l'ASI

Les buts de la section de Berne de l'ASI Suisse se fondent sur la définition des soins professionnels. Ils correspondent à ceux de l'ASI et de l'Institut des sciences infirmières de l'université de Bâle². En ce qui concerne la mise en œuvre de la nouvelle formation professionnelle, cela signifie:

- Dans tous les domaines (soins aigus, de longue durée, Spitex, psychiatriques), il faut engager du personnel infirmier



spécialisé en nombre suffisant. Dans le domaine des soins de longue durée, en raison de caractère de plus en plus compliqué des soins, au moins 1/3 du personnel infirmier doit être constitué par du personnel infirmier diplômé, 1/3 de personnes avec une formation secondaire II achevée (assistantes en soins et santé communautaire, gestionnaires en économie familiale, etc.) et 1/3 d'aides-infirmières. La section de Berne de l'ASI refuse le modèle selon lequel des ASST ou d'autres personnes ayant terminé une formation secondaire de niveau II pourraient assumer la direction de divisions de soins dans le domaine des soins de longue durée, les fonctions de cadre étant réservées à des diplômées.

- Les infirmiers/ères diplômées ES sont formées en vue de leur tâche essentielle qui est celle des soins, c'est-à-dire pour les soins et l'assistance aux patients/tes et non pas en vue de tâches de gestion et d'enseignement.
- Les ASST doivent être engagés en fonction de leurs compétences. Ils sont actifs dans le domaine des soins sous supervision, délégation et contrôle d'infirmiers/ères diplômés ES.

Collaboration avec les médecins

Les médecins sont les collaborateurs les plus importants du personnel infirmier. Dans le canton de Berne, il y a depuis plusieurs années régulièrement des discussions entre la Société des médecins du canton de Berne et la section de Berne de l'ASI. Elles servent à l'échange d'informations et, chaque fois que la chose est possible, à des prises de position communes au sujet de questions relatives à la politique de la santé.

Nous sommes d'avis qu'il est important que les médecins s'intéressent à l'évolution des professions du domaine de la santé – en particulier aux professions infirmières – afin de garantir la qualité de toute la chaîne des soins.

Association suisse des infirmières et infirmières (ASI), Section de Berne
Monbijoustrasse, 3011 Berne

Pour de plus amples informations:
www.asi-be.ch
www.formation-santé.ch
www.erz.be.ch
www.gef.be.ch/gesundheitsberufe

¹ « ... ces dispositions ne s'appliquent qu'à la partie alémanique du canton de Berne. La partie francophone s'adapte au système d'éducation des professions de la santé des cantons romands.» courriel du 23.8.05 de M. Achim Steffen, DIP Berne (ndt)

² www.sbk-asi.ch, www.unibas.ch/nursing

Faut-il un rationnement en médecine?



Dr Hedwig
Kurth, Reutigen

Le rationnement, en cas de pénurie, sert à la répartition équitable de certains biens et ressources essentiels. Si la demande est augmentée sans qu'existe un véritable problème d'approvisionnement, il est parfois créé artificiellement dans le but d'augmenter les prix; en cas de stagnation des ventes, pour stimuler la demande selon le principe «profitez, ce sont les derniers!»

En médecine, il n'y a ni demande insuffisante ni besoin de stimuler les ventes, dans ceux qui offrent des prestations que ceux qui les consomment ne souhaitent leur limitation. Le financement fait seul l'objet d'un débat. Seule une petite partie est payée directement par les consommateurs. La plus grande partie provient d'une caisse collective qu'il n'est plus possible depuis longtemps de regarnir par l'argent des primes et qu'il faut donc compléter par des moyens provenant des impôts. Ainsi, ce n'est pas d'un vrai rationnement dont il est question, mais bien plutôt de l'utilisation appropriée et de la répartition de moyens financiers limités.

L'offre étendue de prestations et la solidarité?

La palette très étendue des prestations médicales et paramédicales n'est pas seulement très coûteuse. Elle permet également des résultats remarquables et elle représente une source de revenus pour un grand nombre de personnes. Aujourd'hui, on guérit non seulement des maladies, mais l'ensemble des états physiques et psychiques indésirables. Même ceux qui sont en bonne santé apprécient un bien-

être supplémentaire et c'est ainsi que nombreuses sont les situations qui incitent à aller rechercher sur le marché de la santé et du confort ce qui nous fait envie, que cette chose soit d'importance vitale, qu'elle soit susceptible de guérir ou tout simplement agréable. La plus grande partie étant payée de façon anonyme, ni le fournisseur des prestations ni le consommateur ne se posent dans un cas précis trop de questions au sujet des coûts. Même ceux qui doivent payer des primes et des impôts réagissent calmement, ils se voient dans la situation de celui qui va un jour bénéficier des prestations. La notion de l'assurance collective est très répandue en Suisse et utilisée largement sur une base volontaire, ce qui fut à l'origine autrefois de la création des caisses maladie. L'obligation de s'assurer garantit actuellement à toutes les couches de la population une offre étendue de prestations de grande

Questions de principe

Le collectif des assurés et contribuables va-t-il continuer d'accepter les coûts élevés et qui continueront d'augmenter? Quelles prestations – et destinées à qui – faut-il réduire si nous ne disposons plus de moyens suffisants? Y aura-t-il des pertes de qualité? Quelles prestations ne doivent-elles (plus) être couvertes par l'assurance collective? Les coûts résultant d'atteintes à la santé par négligence ou provoqués intentionnellement doivent-ils continuer d'être couverts par la communauté? Les caisses maladie sont-elles encore des institutions solidaires ou des associations d'égoïstes avides de consommer? Le renoncement doit-il être prescrit, y a-t-il d'autres moyens de faire un choix? Si, pour des raisons financières, des limitations sont inévitables, qui doit en établir les règles? Qu'est-ce qui est acceptable au plan de l'éthique?

Quelles que soient les réponses qui seront données à ces questions, il faudrait avant d'évoquer des solutions, poser et résoudre



qualité. Le caractère obligatoire et les réductions de primes pour les moins favorisés garantissent la solidarité, évitant ainsi au système de s'effondrer. Des mesures telles que des franchises progressives et des quotes-parts sont cependant les premiers signes d'une exclusion du marché des économiquement faibles. S'ils ne disposent pas de moyens propres pour payer les franchises, ils vont renoncer à consommer, alors que leurs primes vont paradoxalement financer ceux qui ont plus de moyens financiers et qui continuent de consommer.

certaines questions de principe. A ce jour, les caisses maladie, les économistes ou les politiciens n'ont présenté et dicté leurs différentes solutions que sous le seul angle de la réduction des coûts et le plus souvent d'une façon non démocratique. Le résultat attendu ne fut généralement pas au rendez-vous, le pouvoir de décider librement de ceux qui étaient concernés (ceux qui payent, les fournisseurs de prestations, les malades) fut réduit et certains mécanismes d'organisation inadaptés eurent pour conséquence l'attribution de moyens au mauvais endroit.

Questions d'éthique

La discussion sur la limitation des prestations doit prendre en compte les questions qui touchent à l'éthique. Dans ce cadre, il convient de citer des sujets tels que le renoncement volontaire avec réductions de coûts et la possibilité de choisir (par exemple dans les situations où les chances de guérison sont très réduites), le devoir de se maintenir en santé, les atteintes à la santé par négligence ou intentionnelles ou les limites de la responsabilité sociale. La discussion éthique ne devrait pas reculer devant des questions telles que celle-ci: est-il juste, au plan de l'éthique, que dans des pays riches on dépense beaucoup d'argent pour des être humains très gravement malades qui n'ont aucune chance de guérison, alors que dans d'autres régions du monde, où avec les mêmes moyens on pourrait sauver des centaines de malades, des hommes en bonne santé meurent de faim ou des suites de la consommation d'une eau contaminée? La maladie peut être la conséquence du destin. Maintenir la santé et la répartition des moyens pour la rétablir sont des choses que l'on peut organiser. Ne confions pas uniquement cette gestion au seul flux de l'argent, mais imposons nous la tâche de créer des règles éthiques, sociales et démocratiques à cet effet.

Propositions de solution pour un système de santé supportable financièrement

- Un rationnement généralisé a pour

conséquence la mise en œuvre inadaptée des moyens financiers limités, il est cause d'injustices. On doit l'éviter.

- Il ne faut pas tout mettre à la charge de la communauté. Les coûts qui résultent de simples perturbations du bien-être, qui sont la conséquence d'une atteinte volontaire à la santé ou certains traitements aux chances réduites de succès devraient être transférés à la responsabilité individuelle.
- Il faut réduire la responsabilité solidaire dans le cas d'atteintes dues à des comportements auto-destructeurs. De tels comportements ne doivent plus être acceptés tacitement.
- Il faut décharger la communauté solidaire des cas bagatelle. La nature du traitement peut être choisie librement sans frais administratifs, mais les coûts de celui-ci doivent être payés par les moyens du patient. Un plafond des coûts (relativement élevé) empêche une obligation de prise en charge exagérée.
- La solidarité doit continuer de jouer pour les maladies imprévisibles et chroniques, de même que pour les mesures de prévention indispensables (par exemple les vaccins).
- Il faut mieux encourager les comportements et connaissances favorables au maintien de la santé. Des valeurs normales, des recommandations de comportement reconnues et des décou-

vertes de la science ayant des répercussions dans la vie de tous les jours doivent absolument être diffusées par les médias (nouvelles). L'incitation à un comportement favorable à la santé pourrait être constitué par des réductions de primes lorsque la preuve est apportée par de bons tests de santé (BMI, certains valeurs de laboratoire, tests simples de fitness).

- Celui qui se sent bien dans sa peau génère moins de coûts. Il serait plus utile à celui qui se sent mal si on lui proposait, en cas de problèmes de nature non médicale (problèmes relationnels, sociaux, financiers, difficultés au travail) une aide plutôt que la consultation du médecin. Des solutions dans ce sens auraient certes un coût, mais offriraient des solutions plus efficaces.
- Les solutions acceptables exigent la responsabilité individuelle, la possibilité de choisir et un traitement démocratique de ceux qui payent, des malades et de ceux qui offrent des prestations médicales. L'assurance, à l'avenir, pourrait proposer des paquets, de coût croissant, de différents choix possibles, de standard à luxe, comprenant des prestations selon des règles générales et contenues dans un catalogue de prestations de base avec leurs indications, complétées par des prestations complémentaires, ainsi que des offres de luxe «tout compris».

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 août 2005.

Betakli 2005

Du mercredi 16 au samedi 19.11.2005

Hôpital de l'île

Inscription en ligne sous
www.berner-aerzte.ch

ou par Fax 031 390 25 64

Nouvelles du Grand conseil



Th. Heuberger,
membre du
Grand conseil

Session de juin 2005

Il n'y eut pas a grand-chose à dire lorsque le gouvernement a soumis la convention intercantonale pour la réglementation de la médecine de pointe en Suisse. Il a paru raisonnable à la majorité des parlementaires que dans un domaine difficile, touchant au prestige et coûteux, il fallait conclure une convention intercantonale afin de compenser et de limiter l'emploi des ressources et d'éviter les combats de coqs autour de la répartition. L'opinion selon laquelle il valait mieux résoudre le problème au niveau des cantons, en leur qualité de partenaires d'égale importance, a vite prévalu, plutôt celle qui aurait consisté à remettre le tout (y compris la responsabilité) entre les mains de la Confédération.

Nous avons donc été les premiers, à une grande majorité, à ratifier la convention, attestant ainsi d'une volonté raisonnable de collaboration intercantonale. Jusqu'ici, pas de problème, mais la suite? Les nouvelles des derniers jours et semaines en provenance de Zurich nous apprennent que tout est tombé à l'eau et que les cantons disposés à discuter et à collaborer ont été renvoyés à leurs études avec des qualificatifs tels que «arrogants», «se croyant supérieurs aux autres» et «égoïstes». Et cela venant précisément de l'endroit qui cherche s'appropriier les plus grands morceaux du gâteau.

Il y aurait pourtant lieu, dans le domaine de la médecine de haute technicité, de renoncer à se monter les uns contre les autres et – en abandonnant tout égoïsme – de choisir la coopération; des partenaires inégaux peuvent aussi apprendre à choisir en commun la voie la plus sensée (pour la société également). Ce pourrait être pour le canton de Berne un modèle de planification et de réalisation des infrastructures médicales de haute technicité, sous la forme d'une co-

opération fixée par contrat entre des fournisseurs publics de prestations médicales et des supports privés ou des instituts à but lucratif. Ces pensées me sont passées par la tête alors que presque en même temps que le projet mentionné plus haut, le conseil a décidé une transformation de l'infrastructure de l'hôpital de l'île après l'achat d'une nouvelle génération d'appareils de RMN. Le besoin est-il prouvé? Toutes les ressources à disposition sont-elles utilisées judicieusement? Ne crée-t-on pas des surcapacités, pour être en mesure de résister à la «lutte pour la concurrence»? Le membre du parlement tout simple, manquant peut-être d'expérience, se pose parfois de telles questions, simples, banales, puis cherche des explications auprès de spécialistes. N'y a-t-il alors plus de doute? La médecine n'était que marginalement concernée lors d'un autre débat – même si la médecine préventive occupait l'avant-scène: faut-il, par des lois et des interdictions de fumer dans les endroits publics, de même que l'obligation de prévoir dans les cafés et restaurants des zones où il n'est pas permis de fumer, intervenir dans la lutte contre la fumée et la protection du personnel devant les dangers de la fumée passive? Voulons-nous agir dans l'intérêt général ou la fameuse responsabilité individuelle est-elle vraiment en mesure de contrôler le problème des maladies dues au tabac? Qu'est-ce qui a le plus grand poids, la responsabilité générale ou la responsabilité individuelle? La prévention peut-elle tenir ce qu'elle promet? Au cours des débats, se sont avant tout des spécialistes qui se sont exprimés; vraiment? Il y a peu, il a été question de la prévention à l'égard des particules fines. La majorité a été capable d'appréhender l'importance du problème. Mais cela n'a abouti à aucune réalisation pratique jusqu'à maintenant. Qui a raison dans ce cas, la majorité ou la minorité?

Des décisions relatives à la politique de l'éducation sont devant nous, elles vont nous occuper dans un avenir proche et provoquer de longs débats, qui devraient également intéresser les médecins.

Est-il judicieux que la formation du personnel infirmier soit doré-

navant confiée au département de l'instruction publique? Ce dernier y trouve certainement de l'intérêt et dispose des compétences nécessaires. Mais il maîtrise moins bien les connaissances techniques spécialisées concernant les professions de la santé et ne considère pas comme une priorité le principe de l'exigence de la fourniture assurée de soins médicaux et infirmiers à la population. Est-ce raisonnable qu'il n'existe plus qu'une école centralisée pour les infirmières diplômées et de renoncer aux compétences acquises au cours de longues années par les différentes écoles de soins du canton?

Une motion (Fritschy) a été déposée, qui exige en toutes lettres la création d'un institut de médecine de premier recours dans le cadre de la formation médicale universitaire, dans le but d'assurer des bases plus solides à la formation en médecine générale dans le canton. Il constituerait une pièce de la mosaïque du projet médecin de famille destiné à soulager la fourniture des soins de premiers recours de tous les problèmes dont il est fait mention actuellement dans tous les médias. Cette motion pourrait compléter fort judicieusement les deux autres motions (Kilcheer et Heuberger) qui visent à promouvoir la médecine de famille. Ces thèmes feront l'objet d'un débat en septembre et on pourra en reparler à cette date. Jusque là il faut fournir beaucoup de travail d'information et de persuasion.

A la fin de la session j'ai souvent en tête plus de questions que de réponses sensées.



4 novembre 2005

Journée nationale de vaccination contre la grippe des médecins de premier recours suisses

Les différentes organisations des médecins de premier recours (CMPR, SSMG, SSMI, SSP, et FMP) organisent une nouvelle fois une journée de vaccination contre la grippe, afin de motiver les personnes à risque non encore vaccinées à bénéficier d'une meilleure protection à l'égard de la grippe.

A l'occasion de cette journée, les personnes à risque concernées, ainsi que celles qui sont en contact avec elles, peuvent se présenter sans rendez-vous dans les cabinets des médecins participants pour se faire vacciner à un prix forfaitaire.

Adresses:

Collège de médecine de premier recours

Dr Ueli Grüninger, secrétariat, Landhausweg 26, 3007 Berne,
tél. 031 370 06 70/71/72
ueli.grueninger@hin.ch – www.kollegium.ch

Office fédéral de la santé publique (pour des questions / commander le matériel d'information de l'OFSP à partir de juillet 2005)

courriel: grippe@ofsp.admin.ch
www.grippe.admin.ch bzw. www.influenza.admin.ch



Wo drückt der Schuh?

Nie mehr Druckstellen in der Praxisadministration!
Die Ärztekasse bietet eine Vielzahl wertvoller Instrumente an. Finanzdienstleistungen, Computerhard- und -software, statistische Auswertungen usw. helfen Ihre Arztpraxis auf Erfolgskurs zu steuern.

Ärztekasse – Part of your Team

Ä K ÄRZTEKASSE
C M CAISSE DES MÉDECINS
CASSA DEI MEDICI

Steinackerstrasse 35 · 8902 Urdorf
Telefon 044 436 17 74 · Fax 044 436 17 60
www.aerztekasse.ch
marketing@aerztekasse.ch

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

SEPTEMBRE

- 5.9 Café scientifique: Le médecin de famille – menacé de disparition?
- 7.9 Conférence pour écoliers: Troubles alimentaires – un phénomène de notre époque
- 16.9 Vernissage «L'art à l'institut d'anatomie»
- 16.-17.9 Journées portes ouvertes, pré-clinique de la faculté de médecine

OCTOBRE

- 19.10 Conférence pour écoliers: Schizophrénie et drogues

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

