



No 2 • Avril 2007

doc.be

Ärztegesellschaft des Kantons Bern
Société des médecins du canton de
Berne

www.berner-aerzte.ch

La caisse unique (CU)

En gagnant la bataille avons-nous aussi gagné la guerre ?

La CU a été clairement rejetée. Je pense que c'est une bonne chose; avec sa tendance à l'étatisation elle aurait multiplié le nombre de nos problèmes. Mais le faible nombre des votes OUI est un signe défavorable : la faillite de ceux qui critiquent le système actuel recèle le danger de retarder, de diluer, de repousser ou d'oublier les indispensables réformes de la LAMal. Cela ne conduirait qu'à faire durer les problèmes actuels et n'aboutirait qu'à des corrections cosmétiques en permettant à des prétendus « politiciens de la santé » de se mettre en valeur.

La FMH a malheureusement négligé, au cours de la campagne qui a précédé le vote, de se prononcer nettement, avec de bons arguments, contre l'initiative et a choisi, par manque de courage, la solution de ne rien décider. C'est ainsi que sa voix perd de sa force au niveau de la révision de la LAMal, celle des caisses s'en trouve renforcée, permettant à ces dernières d'empêcher que des mesures efficaces mais inconfortables puissent être prises. Certains politiciens sont dès lors encouragés à poursuivre leurs « conceptions de réformes », qui ne bénéficient ni aux médecins ni au rétablissement du système de santé. Leurs premières propositions parues dans la presse vont exactement dans cette direction, celle d'une réduction de l'obligation de contracter (limitée aux spécialistes !). C'est ici que les praticiens de premier recours, en dépit d'une déception bien compréhensible, doivent apporter leur soutien et réagir à de telles idées : la division ne sert qu'à augmenter le poids des caisses ! Le résultat ne simplifie pas les problèmes du système de la santé, l'adoption du projet n'aurait pas non plus apporté de solution. Nous sommes, maintenant comme avant, mis au défi et nous devons apprendre à penser en termes politiques si nous voulons rendre possibles des réformes raisonnables et durables dans notre domaine de la santé.

Thomas Heuberger

Vice-président de la Société des médecins,
membre du Grand Conseil

Journée des Soins Infirmiers.
Quotidien des soignants. Soin quotidiens. 2

Décisions de l'assemblée des délégués 3

swisspep: opinions et attitudes de la
Société bernoise des médecins à
l'égard des réseaux médicaux 4

Rapport annuel 2006 9

200^{ème} anniversaire de la Société des
médecins du canton de Berne 19

Orchestre des médecins Berne 19

Médecine de famille
Zurich montre l'exemple 20

Journée des Soins infirmiers. Quotidien des soignants. Soins quotidiens.



Barbara Dätwyler, présidente de l'Association Suisse des Infirmières et Infirmiers, section de Berne

Le 12 mai aura lieu la Journée des soins infirmiers. Une nouvelle Journée de Ceci ou Cela ? Les soins infirmiers englobent beaucoup de choses : être soigné, avoir besoin de soins, louer ou critiquer les soins, c'est valable pour le monde entier. Nous avons donc de bonnes raisons de consacrer quelques réflexions à la Journée des soins infirmiers.

Il y a les jours ordinaires du calendrier et les jours consacrés à quelque chose. L'année compte 365 jours, de temps en temps un de plus. Si nous ne tenons pas compte des jours inscrits au calendrier mais des jours de quelque chose, on constate qu'il y en a plus de 365, pour toute la Terre, bien quelques milliers, et chaque année quelques uns de plus. Les jours de l'Enfant, des Malades, de Fête nationale, de la Mère, en Allemagne celui du Père et du Deuil national, aux États-Unis, le jour de l'indépendance, en Angleterre, celui de la Reine, le jour du Travail, et on pourrait continuer longtemps. Il y a encore la Semaine de quelque chose, l'Année de quelque chose. On en arrive à souhaiter un jour sans rien.

Le 12 mai, Journée des Soins infirmiers

Serait-ce une bonne idée que de décider que le 12 mai, Journée des Soins infirmiers et des Infirmières et Infirmiers, sera libéré, à condition toutefois que personne d'autre ne vienne l'occuper ? Ce serait en tout cas une décision altruiste et c'est l'altruisme qui est attendu de la part des soignants. Ce serait peut-être juste, en effet, je n'ai jusqu'à maintenant jamais entendu parler d'une journée des Médecins et une série comprenant la Journée des Malades, des Infirmières, des Médecins, des Hôpitaux serait en quelque sorte logique et pourrait se poursuivre à l'infini et même encore se ramifier en Médecine dentaire, Physiothérapie, Ergothérapie. Et nous ne serions pas encore arrivés au bout.

Si nous tenons néanmoins à la Journée des Soins infirmiers et que nous nous réjouissons de cette manifestation et de pouvoir la commenter ici, c'est que nous avons de bonnes raisons pour le faire.

Soigner, une notion globale

Nous avons ces raisons. Elles tiennent moins à la hauteur si souvent citée ni au caractère noble de la profession infirmière – la Journée des Soins infirmiers est en réalité la date de l'anniversaire de Florence Nightingale – qu'au banal quotidien des soignantes et soignants.

Ce quotidien est une notion globale. Les Inuit n'ont pas besoin de frigo, les habitants du Sénégal ne portent pas de bas de laine, tous cependant nous avons besoin de soins lorsque nous sommes affaiblis ou malades ou les deux en même temps. La Journée des soins infirmiers et son slogan qui change chaque année ne sont pas limités à des frontières nationales. En anglais, il s'intitule *positive practice environments : quality workplaces = quality patient care*, en français, *environnements favorables à la pratique : qualité au travail = soins de qualité*, en espagnol, *entornos de práctica favorables : lugares de trabajo de calidad = atención de calidad al paciente*, les Allemands, à juste titre, constatent que : *Arbeitsqualität heisst Pflegequalität*, quant aux Bernois, nous allons en reparler plus loin.

Être soigné, avoir besoin de soins, louer ou critiquer les soins, c'est valable pour toute la Terre. Notre Journée des Soins a lieu dans le canton de Berne, dans nos hôpitaux, nos homes, les chambres de nos malades à domicile. Et, dans ce canton, la situation des soignants n'est pas des plus florissante. Le paysage hospitalier, la formation des soignants, le financement des soins sont en pleine évolution. Un grand nombre de projets sont à l'étude. Nous autres soignantes avons été récemment enjointes à nos réjouir du grand nombre de chantiers en cours. Même si nous pouvons reconnaî-

tre et apprécier les efforts et l'engagement de ceux qui s'activent à tous les niveaux, nous avons de la peine à nous réjouir. Sur de nombreux chantiers de nombreuses personnes travaillent dans des directions opposées sur des projets complexes, mais tous travaillent dans leurs bureaux et dans des séances, aucune n'est active au lit du malade.

Les patients doivent en assumer les frais

Nous doutons et, en même temps, critiquons, mais nous ne souhaitons pas retourner à l'époque où il était possible, en multipliant le nombre des jours de soins par les forfaits journaliers, il était possible de générer beaucoup d'argent. Nous avons besoin de revoir le système, les médecins sont concernés au même titre que les soignants. Mais nous constatons que l'évolution va dans une direction qui ne nous satisfait pas, parce que ce sont en définitive les patients qui en souffrent. Trop peu de temps pour les patients, trop de papier pour l'administration, des cursus de formation visionnaires plutôt qu'orientés vers la pratique, le stress de la rationalisation et la rhétorique de la réforme dans les entreprises : si de trop nombreuses choses sont menacées en même temps, il se crée une peur d'accéder à la profession et le désir d'en sortir.

Les soignants ne veulent pas assister à la dégradation de soins de bonne qualité, les médecins ne peuvent en assumer la responsabilité. C'est la raison pour laquelle nous exprimons notre slogan pour la Journée des soins infirmiers du 12 mai en dialecte bernois, en espérant qu'il sera bien compris au bon endroit « *We's für d'Patiente söll guet sy, muess es o für die Pflegende stimme* » [Ce qui est bon pour les patients, l'est également pour les soignants, traduction libre].

Liens :

<http://www.sbk-be.ch/php/aktuelles.php>
<http://www.icn.ch/indikit.htm>

Décisions de l'assemblée des délégués du 29 mars 2007

Rapport du Dr Thomas Eichenberger, secrétaire de la SMCB

1. Adoption des comptes 2006 et vote de décharge du comité cantonal

à l'unanimité

2. Budget 2007 prévoyant le maintien de la cotisation au niveau actuel ; réduction de la cotisation cantonale de fr 100.- pour les médecins chefs et médecins dirigeants membres de l'AMDHS.

Remarque : Les membres de la catégorie 01 qui livrent à temps une réponse évaluable au questionnaire de l'étude permanente des frais généraux (ROKO), bénéficient, comme auparavant, d'un remboursement de fr 300.-.

Motif de la réduction de la cotisation pour médecins cadres de l'AMDHS :

L'Association des Médecins Dirigeants d'Hôpitaux de Suisse (AMDHS) a été reconnue en tant qu'organisation de base de la FMH. Les médecins cadres, membres à la fois de la Société cantonale et de l'AMDHS, peuvent choisir, au titre d'organisation de base, soit la Société cantonale, soit l'AMDHS. L'organisation de base est notamment chargée de l'encaissement de la cotisation FMH. Le nombre de membres d'une organisation de base est déterminant pour fixer le nombre de délégués de celle-ci à la chambre médicale. Le comité de la SMCB recommande à ce sujet aux membres de l'AMDHS de bien considérer que la qualité simultanée de membre des deux organisations (SMCB et AMDHS) est une chose sensée du point de vue de la politique professionnelle. Celui qui peut attester de sa qualité de membre de l'AMDHS (cotisation annuelle AMSHS fr 150.-) bénéficie, à compter de 2007, d'une réduction de fr 100.- sur le montant de la cotisation cantonale.

La proposition du comité cantonal d'adopter le budget (cotisation inchangée, réduction de fr 100.- pour les membres de l'AMDHS est adoptée

à l'unanimité

3. Autorisation accordée au comité cantonal de prélever, en cas de nécessité, au cours de l'année 2007, fr 100.- (catégories 01 et 02), respectivement fr 50.- (catégories 03, 04, 05 et 06) par membre pour des mesures de politique professionnelle destinées au public (cotisation extraordinaire) :

à l'unanimité moins 3 abstentions

4. Elections

a) Élection de l'organe de contrôle

Les délégués élisent en qualité d'organe de contrôle PriceWaterhouseCoopers pour une nouvelle période d'une année, à l'unanimité et 1 abstention.

b) Élection du vice-président de la commission cantonale de déontologie

Les délégués élisent à l'unanimité Pierre Graden, de Tramelan (membre de la commission cantonale de déontologie) en qualité de nouveau vice-président de la commission cantonale de déontologie.

5. Proposition du Dr de Quervain, de Berne, concernant l'adaptation de TARMED au bénéfice des praticiens de premier recours

« Le président et le comité sont chargés, dans la mesure du possible, de soumettre à discussion dans les différents organes une adaptation du tarif TARMED au bénéfice des praticiens de premier recours (objectif visé 8-14%). »

rejetée par 30 non, 12 oui et 9 abstentions

Motif : La proposition a été modifiée lors de l'assemblée des délégués (v. texte de la proposition). La proposition envoyée par écrit avant l'assemblée des délégués allait sensiblement plus loin. Celui qui avait déposé la proposition voulait charger le comité de la SMCB de faire adopter par la chambre médicale une adaptation relativement étendue. Cette dernière devait absolument rester neutre au niveau des coûts et ne pouvait avoir lieu qu'au détriment des spécialistes et de leurs positions tarifaires. Le comité proposait à l'unanimité de rejeter la proposition adressée par écrit.

En cours de discussion, un certain nombre de participants se sont déclarés en principe pour la pro-

position, mais ils n'approuvent pas la voie qu'elle suggère. Tant certains membres des disciplines spécialisées que plusieurs praticiens de premier recours sont d'avis que cette tâche n'incombe pas à la SMCB, qui représente la totalité des groupes médicaux du canton, mais aux sociétés de discipline concernées (VBH et SSMG).

Malgré le rejet de la proposition, le comité de la SMCB va continuer de s'engager clairement, au niveau des instances concernées, pour que les praticiens de premier recours, dans les régions rurales tout particulièrement, ne soient condamnés à disparaître « par la voie tarifaire ».

6. Logo / décision préalable

Les délégués se prononcent contre une simple modernisation du logo actuel et pour le développement d'une variante moderne autour de l'« ours et du caducée ».

décision : remplacement de l'ancien logo par une variante moderne
proposition adoptée par 35 oui, 5 non et 1 abstention

Mandat est donné au comité cantonal de poursuivre le développement de la variante d'un logo moderne telle qu'elle a été approuvée par l'assemblée des délégués et de soumettre la version définitive une nouvelle fois à décision de l'assemblée des délégués.



L'hôte de l'AD :
Ph. Perrenoud, directeur de la santé publique et de la prévoyance sociale du canton de Berne

7. Proposition du Dr Michel Marchev : financement de Medphone

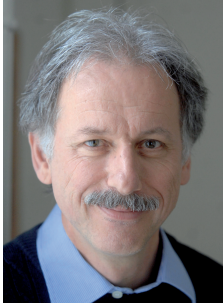
Les délégués approuvent par 38 oui, 4 non et 1 abstention, une proposition du Dr Marchev, qui ne figurait pas à l'ordre du jour, selon laquelle le comité cantonal est mandaté pour indiquer, lors de l'assemblée des délégués de juin 2007, comment le financement du Fonds Medphone est réglé, en tenant compte d'une éventuelle subvention cantonale et du budget de Medphone pour 2008.

Motif : Lors de l'assemblée des délégués du 29 mars 2007, le conseiller exécutif Ph. Perrenoud a déclaré que le canton de Berne avait accordé une subvention unique de soutien de fr 100'000.- pour la création de Medphone. C'est très réjouissant. Mais au moment où la décision était prise, les conditions liées n'étaient pas encore connues. On sait que Medphone et la SMCB avaient déposé une demande pour un crédit renouvelable annuellement.

Cotisation annuelle à partir de 2007 pour :

Catégorie 01 (membres en pratique indépendante)	fr 720.-
Catégorie 02 (en pratique non indépendante et fonction dirigeante)	fr 600.-
Catégorie 02 (affiliation prouvée à l'AMDHS)	fr 500.-
Catégorie 03 (pratique non indépendante, pas de fonction dirigeante)	fr 300.-
Catégorie 04 (membres en formation postgraduada FMH)	fr 300.-
Catégorie 05 (domicile et activité professionnelle à l'étranger)	fr 150.-
Catégorie 06 (provisoirement pas d'activité en qualité de médecin)	fr 150.-

swisspep : opinions et attitudes de la Société bernoise des médecins à l'égard des réseaux médicaux



Dr Beat Küenzi,
directeur scientifique
de swisspep



Dr Klazien Matter-
Walstra, Institut
für Evaluative For-
schung in der
Orthopädie IEFO

Dans le présent article, on décrit la situation de départ, le contexte, ainsi que les questions et la méthodologie de l'enquête sur les réseaux médicaux et le managed care mise en route à l'initiative de la Société bernoise des médecins. Dans deux éditions prochaines de doc.be d'autres résultats seront présentés, puis, en conclusion, on décrira leur signification. Conscients des controverses concernant les implications au niveau de la politique de la santé et de la prise en charge des soins, on accordera dans ce qui suit plus d'espace au contexte de l'étude.

1ère partie : Contexte et méthodologie de l'enquête « L'avenir appartient-il aux réseaux médicaux ? »

Situation de départ

Le tarif à la prestation constitue un obstacle à une prise en charge économique, coordonnée et efficace.

Dans le cadre quotidien et la médecine, ainsi que de la politique – chez nous également – il apparaît de manière de plus en plus évidente que : « Les systèmes de santé prévoyant une rémunération à la prestation constituent de plus en plus fréquemment un obstacle à une prise en charge économique, coordonnée et efficace. »¹ La rémunération à la prestation récompense l'abus de consommation et de prestations de service et favorise la surmédicalisation d'un patient en

particulier. Elle ne récompense par contre pas le fait d'empêcher une (ré)hospitalisation, les soins efficaces d'affections chroniques ou une bonne coordination de la prise en charge².

C'est ainsi que le conseil fédéral, dans son message du 18 septembre 2000 sur la 2^{ème} révision de la LAMal, proposait déjà d'augmenter l'offre de formes alternatives d'assurance, afin d'offrir aux assurés la possibilité d'être pris en charge en totalité dans une chaîne de soins. La discussion fut ainsi élargie à des milieux extérieurs à ceux des promoteurs du managed care qui s'en préoccupaient déjà depuis longtemps³ et portée à la connaissance du public. Au premier plan on trouvait des questions de compréhension, concernant donc la définition (le pouvoir) des notions relatives au sujet, ainsi que la conception et l'efficacité de tels modèles de prise en charge. Les contributions à la discussion – de la part des médias, des politiciens tels que les parlementaires de tout horizon, ainsi que des médecins – se caractérisent jusqu'à nos jours par le fait que les notions autour du managed care sont utilisées sans esprit critique et de manière erronée.⁵

Notions et définitions

En relation avec l'enquête dont il question dans le présent cadre, il convient tout d'abord de définir et de bien différencier les unes des autres les trois notions centrales « managed (health) care », « réseaux médicaux » et « coresponsabilité budgétaire » - en tenant compte des conditions locales et non des expériences anglo-américaines.

Le « managed care » (MC) désigne un modèle de gestion dans le cadre du système de la santé. Le MC tente d'intriquer l'offre, la demande et le financement, sans abandonner le principe de solidarité du domaine de la santé. A cet effet, il existe différents modèles qui contiennent les éléments suivants :

- **Les assurés** s'affilient volontairement⁴ à un système de MC. Ils peuvent être motivés par des incitatifs financiers tels que des primes/contributions moins élevées ou également par leur intime conviction. En tant que patients, ils acceptent, dans l'océan des offres de la santé, un « pilote » (praticien de premier recours⁷) désigné.
- **Les fournisseurs** de prestations qui ont adhéré à un modèle de MC (v. plus bas),

dans le cadre duquel ils reçoivent un salaire fixe ou un budget fixe et/ou participent à une partie des coûts et du bénéfice de l'ensemble du système constitué par les assureurs/les fournisseurs de prestations/les assurés. En Suisse, c'est le calcul du budget sur la base d'une contribution par tête (« capitation ») qui prédomine. En pratique, dans le modèle budgétaire, les médecins de réseau continuent de facturer selon la prestation, la totalité des dépenses est ensuite comparée à la prévision budgétaire annoncée (v. plus bas « coresponsabilité budgétaire »).

- **Des dispositions particulières** concernant le développement et l'assurance de la qualité. Selon celles-ci la qualité peut, d'une part, faire l'objet de négociations et, d'autre part, une offre trop limitée ou une sous-médicalisation doivent être empêchées.

Exemples de modèles de MC :

- **Les cabinets HMO** (HMO = Health Maintenance Organization). Ils existent chez nous depuis 1990 et sont des constructions plus complexes qu'aux Etats-Unis. Le terme HMO désigne un modèle d'assurance maladie et de prise en charge avec capitation (qu'il n'est pas possible, ici, pour des raisons d'espace à disposition, d'expliquer plus en détail).
- **Les réseaux médicaux** recouvrent une notion qui – même après 17 ans d'existence de MC en Suisse – ne peut être définie clairement ou logiquement.⁸ Le document de base de med-swiss.net⁹ définit les « réseaux médicaux », respectivement les « réseaux de soins » comme des « organisations constituées par des fournisseurs de prestations servant à la fourniture de prestations de santé. Par une collaboration contraignante à l'interne, avec des fournisseurs de prestations n'appartenant pas au réseau et avec les garants des frais elles offrent dans le domaine de la santé des prestations adaptées aux besoins des patientes et des patients. Cette collaboration s'appuie sur des procédures thérapeutiques convenues, sur des structures d'organisation d'entreprise et une culture de prise en charge commune. »¹⁰ Il a été proposé plus tard de n'employer le terme qu'en relation avec le MC. Les coopératives médicales d'achat et les groupes de cercles de qualité doivent se distinguer, en ce qui concerne la terminologie, des réseaux médicaux proprement dits.⁸ De même, les modèles Light des caisses maladie n'ont rien en commun avec le MC.¹¹ Font partie des réseaux médicaux, l'association de médecins de famille (contrat de médecin de famille avec un assureur maladie avec un objectif budgétaire

déclaré) et le réseau médical au sens strict (fréquemment société anonyme avec coresponsabilité budgétaire, v. plus bas).⁹ L'amélioration de la qualité et son assurance sont des éléments essentiels des réseaux médicaux et, en même temps, un facteur décisif de leur succès et de leur survie à long terme.^{9,10} Pour la rémunération des prestations fournies à l'extérieur du réseau, les conventions de prestations représentent une solution raisonnable (achat de prestations). C'est la seule façon de créer un système de fourniture de soins dépassant les limites du secteur, ce qu'on nomme un système intégré de fourniture de soins. Le conseil fédéral a repris cette notion dans son message de 2004⁵.

- **La coresponsabilité budgétaire.** Un autre élément central du pilotage des réseaux médicaux est une participation adaptée – en fonction du risque de morbidité – au bénéficiaire et aux pertes, puisque c'est une incitation et une récompense pour l'efficacité. L'objectif fixé pour les soins à un collectif d'assurés est par conséquent défini sous la forme d'un budget négocié librement pour l'ensemble du réseau – et par là sous celle d'une coresponsabilité budgétaire.¹⁰ Le montant par assuré convenu avec l'assureur doit permettre de payer la totalité des prestations de l'assurance obligatoire de base, par conséquent également les coûts induits (spécialistes, hôpitaux, etc.). Pour les assurés qui présentent des coûts annuels élevés, une assurance particulière grand risque est conclue. Lorsque les dépenses n'atteignent pas le niveau convenu, le réseau bénéficie d'un bonus, lorsqu'elles le dépassent, d'un malus.¹² La concurrence (régulée) entre les différents réseaux doit se jouer au niveau de l'offre, de la qualité et du prix et du choix ainsi offert aux assurés.¹³ Les assurés qui adhèrent à un modèle de MC bénéficient d'une réduction de prime. C'est la raison pour laquelle seule une compensation durable des risques¹⁴ entre les caisses participantes peut permettre un fonctionnement à long terme.

Les conditions cadres et la situation de départ

Le but visé par la révision partielle de la LAMal – de l'avis des politiciens – consistait à ne promouvoir que les seuls modèles (de soins) dont on pouvait attendre qu'ils soient susceptibles de réduire les coûts, respectivement d'améliorer la qualité. L'éventail des modèles discutés devant le parlement s'étend des « listes de médecins, aux listes de médecins de familles, aux centres d'appels, aux réseaux au sens strict, jusqu'aux Health Maintenance Organizations (HMO) où plu-



swisspep: quelle est l'attitude des médecins bernois au sujet des réseaux et du managed care?

sieurs médecins collaborent dans le cadre de modèles nouveaux d'organisation. »¹⁵ Les espoirs des politiciens et de certains qui sont concernés, que ces « modèles de managed care » soient en mesure de parvenir à un potentiel d'économies adapté aux risques, sont à l'heure actuelle confirmés par des études venant de Suisse¹⁶⁻¹⁷ Les économies pour les HMO avec coresponsabilité budgétaire sont évaluées à un ordre de grandeur pouvant aller jusqu'à environ 30 pour-cent, sachant toutefois que les modèles HMO bénéficient d'une structure d'assurés plus favorable. En ce qui concerne les modèles médecin de famille, les gains d'efficacité constatés se limitent à peine à 5 et vont jusqu'à 20 pour-cent au maximum.¹⁵ Au début de 2006, 500'000 (78%) assurés participaient à un modèle médecin de famille et environ 135'000 (22%) à un modèle HMO. Pour l'ensemble de la Suisse, en 2006, la proportion des assurés MC était d'environ 9% (635'000 de 7.384 millions d'habitants). Il y a lieu de prendre en compte d'importantes différences entre les régions. On trouve tout à la pointe le canton de TG avec une proportion de 30% de MC.¹⁸

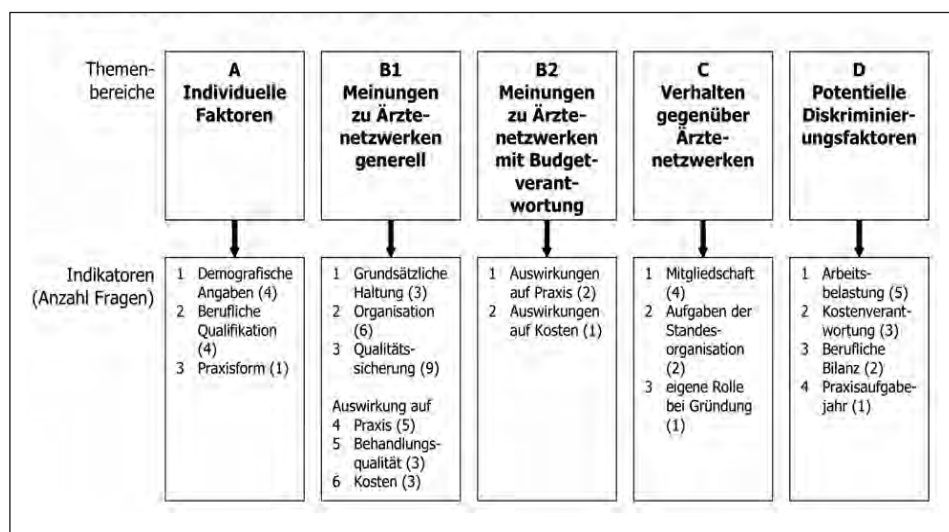
C'est devant ces conditions cadres, au cours des dernières années, qu'en Suisse et dans le canton de Berne également, des réseaux médicaux ont été créés et que d'autres vont encore suivre. Les raisons qui ont conduit à cette évolution sont diverses et parfois contradictoires. C'est ainsi qu'à côté de regroupements traditionnels d'innovateurs médi-

caux entendant contribuer à façonner de manière proactive cette évolution du domaine de la santé, on trouve d'autres groupes qui entendent, en se rapprochant, se protéger précisément des modifications décisives au niveau de leurs conditions de travail. Les évolutions dont il est question ne sont toutefois pas très transparentes pour les cabinets et les médecins et ont pour conséquence d'insécuriser les médecins. Les conditions de travail qui vont en se péjorant, en même temps que les perspectives d'avenir et le prestige social des médecins qui diminuent dans les médias renforcent – avec la menace de la perte de l'obligation de contracter des caisses maladie – un sentiment de malaise généralisé.

Objectifs et problèmes posés

Les médecins du canton de Berne ne sont intervenus que ponctuellement dans la discussion publique et politique concernant le managed care et les réseaux médicaux, ils l'ont fait à l'occasion d'interviews, d'articles à titre personnel ou de lettres de lecteurs. Devant le nombre des questions non résolues touchant au managed care et aux réseaux médicaux, la Société des médecins du canton de Berne, respectivement le trust-center PonteNova, ont souhaité la mise en route d'une enquête représentative et indépendante dans les rangs des médecins bernois. Elle devrait permettre d'aider le corps médical bernois en vue de la création de réseaux médicaux, de représenter une

Fig. 1 Domaines thématiques et questions



mesure susceptible de garantir les soins – en fonction du mandat figurant dans la loi au sujet des critères EAE -. Dans ce but, il s'agissait d'évaluer le niveau d'information, les attentes et les demandes, ainsi que l'attitude envisagée ou effective de tous les médecins au bénéfice d'une autorisation de pratique du canton de Berne en ce qui concerne les réseaux médicaux. Des questions complémentaires étaient destinées à savoir la mesure dans laquelle des moyens d'aides ciblés – p. ex. dans le cas de création d'un réseau – étaient souhaités de la part de l'organisation professionnelle. Les résultats doivent être à la disposition des médecins et du public et leur permettre de se forger une opinion au niveau de la politique professionnelle et de la politique en général – de même qu'au niveau des chambres fédérales en vue des sessions de printemps et d'automne 2007.

La réalisation de l'enquête « L'avenir appartient-il aux réseaux médicaux ? » a été confiée en mai 2006 à l'Institut swisspep pour la qualité et la recherche dans le domaine de la santé (Dr B. Künzi), qui collabore avec de nombreux instituts de recherche et projets européens, ainsi qu'étroitement avec l'université de Berne (Institut für Evaluative Forschung IEFO, Dr A. Busato PD et Mme Dr K. Matter-Walstra).

Méthodologie

Façon de procéder lors du choix des domaines thématiques et des questions

Le questionnaire destiné à l'enquête a été développé selon une méthode systématique se fondant sur une recherche dans la littérature et une procédure Delphi à deux niveaux dans le cadre d'un échantillon national d'experts et de praticiens avec ou sans

expérience du MC (méthode RAND). Il en est résulté 36 questions et 3 questions ouvertes auxquelles il n'était possible que de répondre librement :

- « Qu'attendez-vous de la SMCB ou de PonteNova/PonteNet en matière de réseaux médicaux ? » (En complément de la question concernant le rôle de coordination ou de soutien de la SMCB ou de PonteNova lors de la création d'un réseau local).
- Réserves devant l'affiliation à un réseau médical.
- Arguments en faveur de l'affiliation à un réseau médical.

Le questionnaire a encore été complété par des indicateurs potentiellement discriminants (9) et des facteurs démographiques (9) destinés à la stratification. La figure 1 présente un résumé des 5 domaines thématiques abordés.

Enquête représentative & rappels

Le questionnaire a été piloté auprès d'un échantillon de 20 membres de la Société des

médecins choisis au hasard avant d'être réalisée, en septembre 2006, auprès de la totalité des médecins avec autorisation de pratique, incluant donc également les médecins agréés et hospitaliers du canton de Berne. Ont été exclus, les pathologistes (3), radiologues (20) et anesthésistes (55). Dans le but d'améliorer le retour, on a procédé à deux reprises à des rappels, une première fois par courriel en octobre 2006, une seconde par courrier en novembre 2006.

Protection des données & commission d'éthique

L'enquête, dans sa totalité, a été réalisée en respectant les prescriptions de la loi sur la protection des données. Il a été possible de renoncer à la mise en oeuvre d'une commission d'éthique puisqu'aucun patient n'était concerné. L'évaluation des données, entièrement anonymisées, a eu lieu en collaboration avec l'Institut für Evaluative Forschung (IEFO) de l'université de Berne.

Résultats

Retour et représentativité

Des 1961 questionnaires envoyés, 156 n'ont pas pu être remis ou étaient faussement attribués. 881 questionnaires ont été renvoyés, ce qui représente un taux de retour de 48.8%. Pour cause de cessation d'activité au cabinet, respectivement refus de participation, 75 questionnaires ont été retournés non remplis dans les deux cas. C'est ainsi qu'en définitive l'opinion de 731 collègues a pu être évaluée.

Le tableau 1 présente une vue d'ensemble des participants répartis en fonction de la discipline médicale et de la fonction.

Parmi les participants, les praticiens de premier recours sont surreprésentés par rapport à la population questionnée, 443 (60%, v. tableau 1), les consultants légèrement sous-

Tableau 1 : Participants selon titre de spécialiste et fonction

Funktion	Allgemeine Medizin	Innere Medizin	Pädiatrie	Anderer FMH	Kein FMH	Total (%)
Grundversorger	244	133	27	9	10	423 (60.0%)
Konsiliarier ^a	1	23	1	70	0	95 (13.5%)
Andere ^b	3	2	0	174	3	182 (25.8%)
unklar	0	0	0	5	0	5 (0.7%)
Alle^c	248	158	28	258	13	705 (100%)

a über 50% der Patienten durch Zuweisung

b Spezialisten mit in der Regel direktem Patientenzugang (Gynäkologen, Psychiater Dermatologen, Ophthalmologen)

c 26 Fragebogen mit fehlenden Angaben

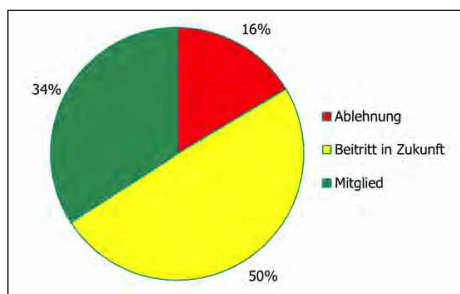


Fig. 3 : Attitude à l'égard des réseaux médicaux (n = 731)

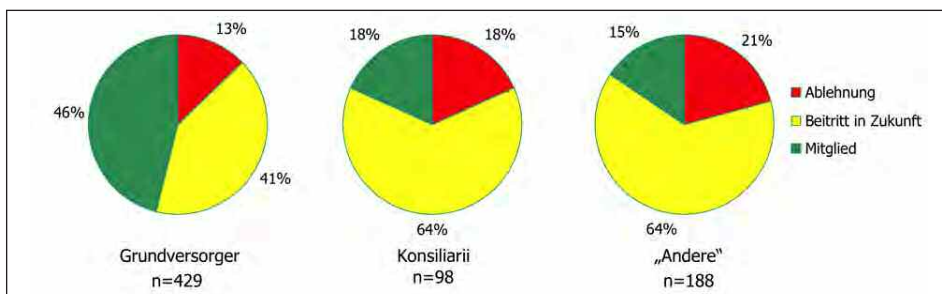


Fig. 4 : Attitude à l'égard des réseaux médicaux selon la fonction

représentés et les « autres » spécialistes (auxquels, en règle générale, les patients accèdent directement: gynécologues, psychiatres, dermatologues, ophtalmologues) bien représentés. La proportion des questionnaires retournés et évaluables a atteint, parmi les 905 praticiens de premier recours interrogés, le niveau le plus élevé avec 47.4%, la proportion parmi les 470 « autres » médecins 40% et celles parmi les 291 consultants, 33.7%. 16.8% des questionnaires provenaient de femmes médecins, ce qui correspond à la proportion de ces dernières dans le collectif interrogé.

L'analyse de la participation à l'étude selon les régions Medstat a permis de constater que l'intérêt suscité par l'enquête variait considérablement en fonction des régions – entre ce qui équivaut pratiquement à l'absence (0-20%) et une participation hautement représentative (>80%) (Fig. 2).

Attitude à l'égard des réseaux médicaux

249 (34%) des interrogés ont indiqué être déjà membre d'un réseau médical (en règle générale sans coresponsabilité budgétaire), 363 (50%) signalent leur intention d'adhérer à l'avenir et 119 (16%) n'envisagent aucune affiliation même plus tard (Fig. 3).

L'attitude à l'égard des réseaux médicaux est significativement variable si l'on considère la fonction (praticien de premier recours, consultant, « autre », v. Fig. 4), de même que le titre FMH ($p < 0.001$ dans les deux cas) ; les données concernant le titre FMH figureront dans le prochain doc.be).

L'attitude à l'égard des réseaux médicaux dépend significativement de l'âge du médecin, mais pas du sexe. Ainsi, tant les membres des réseaux que ceux qui manifestent l'intention de participer à l'avenir, avec 52 ± 7 ans, resp. 53 ± 6 ans (moyenne \pm déviation standard), significativement plus jeunes que leur collègues âgés de 56 ± 8 ans qui refusent d'adhérer, même à l'avenir, à un réseau médical ($p < 0.0001$, resp. $p < 0.001$).

Afin de vérifier la représentativité de l'enquête, on a procédé à ce qu'on nomme une

« analyse des non-répondants », qui a montré ce qui suit au sujet de l'âge : l'âge moyen des répondants se situe entre 54.2 ± 6.9 ans, celui des non-répondants, de 57 ± 8.8 ans, est significativement plus élevé ($p < 0.0001$). Sur 239 médecins interrogés âgés de plus de 65 ans, seuls 46 (19%) ont répondu. C'est une proportion significativement plus faible si on la compare avec les 44% de répondants dans le collectif des moins de 65 ans.

L'étude plus poussée de l'enquête montre que l'opinion des médecins bernois à l'égard des réseaux médicaux dépend de façon décisive de leurs expériences et non de leur fonction (en tant que praticien de premier recours, etc.).

Résumé et discussion

Les politiciens, comme les médecins, dans le cadre de la 2ème révision de la LAMal, met-

tent de grands espoirs dans les réseaux médicaux et les modèles de managed care avec coresponsabilité budgétaire dans le but de la réalisation efficace de la fourniture de soins, selon les critères EAE. A ce jour, on n'a jamais encore systématiquement recherché, du moins dans le canton de Berne, la mesure dans laquelle le corps médical au sens large soutient cette évolution. C'est pourquoi, au cours de l'automne 2006, à l'initiative de la Société des médecins du canton de Berne et du trustcenter PonteNova, il a été procédé à une enquête concernant l'attitude et le comportement à l'égard des réseaux médicaux et du managed care auprès de l'ensemble des médecins du canton de Berne disposant d'une autorisation de pratique.

A cet effet, on a préalablement développé et piloté, dans une procédure systématique, un questionnaire adapté. Après deux rappels, 881 des 1805 collègues interrogés ont retourné le questionnaire, ce qui correspond

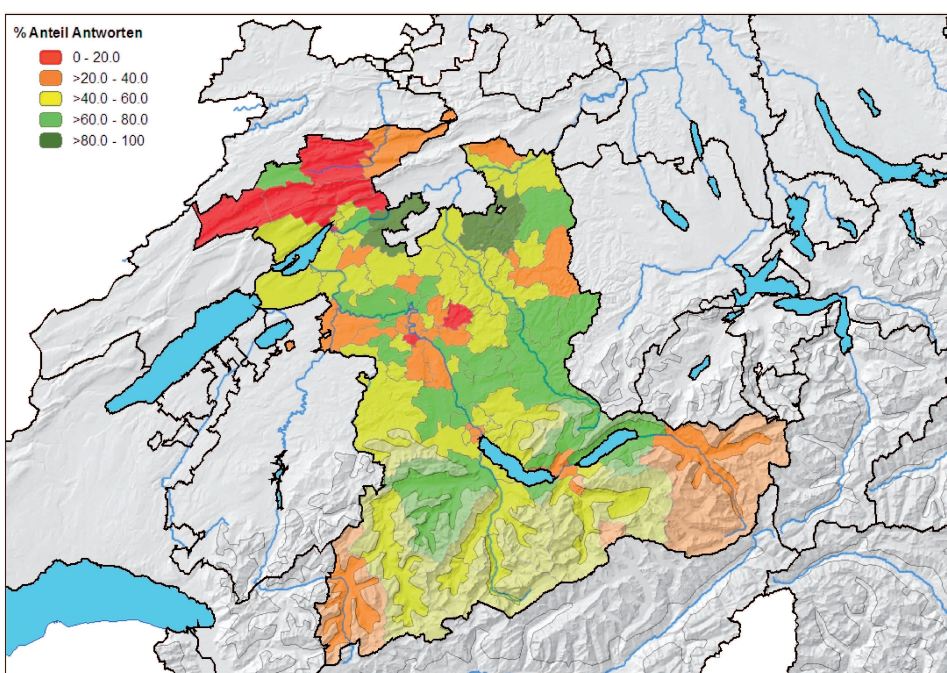


Fig. 2 : Participation à l'étude selon la région

à un taux de retour de 48.8% du collectif. Dans ce nombre, 731 questionnaires ont pu être évalués du point de vue qualitatif et quantitatif. Parmi ceux qui ont répondu, les praticiens de premier recours étaient sur-représentés, les consultants, ainsi que ceux âgés de plus de 65 ans sous-représentés. Les spécialistes que les patients peuvent consulter directement (gynécologues, psychiatres, dermatologues, ophtalmologues) sont représentés correctement. Le retour présente de grandes variations régionales, qui vont pratiquement de l'abstention jusqu'à la participation de l'ensemble des groupes concernés. Sur l'ensemble, un médecin sur trois - un sur deux parmi les praticiens de premier recours - est déjà membre d'un réseau médical (en grande majorité sans coresponsabilité budgétaire), un sur six dans les rangs des consultants et spécialistes. L'attitude devant les réseaux médicaux diffère significativement selon la fonction, le titre FMH - ainsi que l'âge. 16 % des répondants rejettent une participation même dans un avenir plus lointain. Les collègues qui refusent une adhésion sont significativement plus âgés. En général, l'opinion des méde-

cins bernois au sujet des réseaux médicaux dépend essentiellement de leurs propres expériences et de leur attitude à leur égard plutôt que de leur fonction (en qualité de praticien de premier recours, etc.). Comme il fallait s'y attendre, l'enquête a provoqué parmi les collègues de l'émotion et des réactions violentes, dont certaines ont déjà été évoquées à cet endroit. Un grand nombre de spécialistes, ainsi que de collègues plus âgés, furent choqués non seulement par le thème abordé mais déjà par certaines des notions évoquées - en dépit du texte explicatif. Ils se demandaient s'ils allaient et comment ils allaient être concernés par cette évolution. Il n'est donc pas étonnant que dans ces deux collectifs seul un sur trois, resp. un sur quatre a rempli le questionnaire de 6 pages. Il en résulte qu'en dépit d'une consultation représentative, on constate un biais parmi les répondants, dans la mesure où au moins deux groupes exprimant de grandes réserves à l'égard des réseaux médicaux, les collègues plus âgés et les consultants, sont sous-représentés. Les conclusions finales de l'enquête doivent par conséquent être interprétées avec prudence

et devraient apparaître sous un jour un peu moins optimiste en faveur des réseaux. Les deux groupes devraient toutefois à l'avenir, en particulier dans un contexte difficile de politique des soins, être eux aussi intégrés raisonnablement pour (continuer de) collaborer. Cette tâche incombe à tous ceux qui sont concernés - pas seulement à ceux, et aux régions, qui promeuvent le managed care. Pour l'instant, les réseaux sont (encore ?) des phénomènes de nature régionale, et que les expériences faites avec eux - ce que les résultats ont démontré - sont à peser de façon différente d'une région à l'autre. La charte de l'éthique professionnelle du médecin mentionne de façon explicite le devoir d'une répartition équitable de moyens limités dans le domaine de la santé. Tout ce qui concerne le managed care en fait partie. Les auteurs de l'étude adressent leurs remerciements à tous ceux qui ont relevé ce défi. La mesure dans laquelle les réseaux médicaux mèneront à plus de qualité et moins de coûts constitue aussi finalement un grand défi éthique. A suivre.

- 1 Institute of Medicine. *Rewarding Provider Performance : aligning incentives in Medicare*. Washington, DC : National Academic Press, 2006
- 2 cf la discussion de principe en cours actuellement, p. ex. Davis K. *Paying for care episodes and care coordinations*. *N Engl J Med* 2007 ; 356(11) :1166-1167
- 3 *Au sujet de l'histoire du MC en Suisse*, v. Huber F, Marti C, Götschi AS, Weber A. *Managed Care in der Schweiz. Geschichtlicher Abriss und Bedeutung der finanziellen Anreize*. *Bulletin des médecins suisses* 2002 ;83(48) :2629-2632
- 4 *Un exemple parmi de nombreux autres*: Cortesi A. *Mehr Lohn für Hausärzte, die sich vernetzen*. *Tages-Anzeiger*, 10 juillet 2006
- 5 *A constater dans le fait que p. ex. dans le message au sujet de la révision de l'assurance maladie (managed care) du 15 septembre 2004 il est question de responsabilité budgétaire, alors que dans le meilleur des cas, en Suisse, il n'y a qu'une coresponsabilité budgétaire*.
- 6 *A l'opposé des États-Unis où de nombreux assurés sont obligés par leurs employeurs. Le message cité du conseil fédéral souligne ce caractère facultatif*.
- 7 Selon le modèle, éventuellement en collaboration avec un call center préalable
- 8 Fritschi J. *Was macht Ärztenetze erfolgreich ?* *PrimaryCare* 2007;7(3):43
- 9 Ce document de principes a été élaboré entre 2003 et 2004 par le groupe de travail Vision 08 de l'organisation centrale des réseaux médicaux suisses med-swiss.net et est entré en vigueur lors de l'assemblée générale de med-swiss.net du 19.1.2005 à Zurich [www.med-swiss.net]
- 10 Stricker B. *«Ärzenetze - Klärung eines Begriffs.»* *Bulletin des médecins suisses* 2005 ; 86(15) :883-887
- 11 *Prise de position au sujet des pseudo-assurances médecin de famille*. Communiqué de presse. Organisation centrale des réseaux médicaux suisses med-swiss.net, 17 janv. 2007
- 12 *Pour des raisons diverses, l'habitude s'est établie de ne faire correspondre que rarement le budget calculé avec une participation aux risques (ce qui correspondrait à une co-responsabilité économique)*. V. à ce sujet Dreiding P, Fritschi J. *Managed Care, Ärztenetze, ökonomische Mitverantwortung. Warum Begriffe aus der Ökonomie uns Ärztinnen und Ärzte nicht erschrecken müssen!* *Bulletin des médecins suisses* 2006,87(29):1315-19
- 13 *La preuve à cet égard fait défaut*: v. Peter Berchtold, Kurt Hess (2206). *Evidenz für Managed Care. Europäische Literaturanalyse unter besonderer Berücksichtigung der Schweiz : Wirkung von Versorgungssteuerung auf Qualität und Kosteneffektivität; document de travail no 16 de l'Observatoire suisse de la santé, Neuchâtel*
- 14 *Nachhaltige Gestaltung des Risikoausgleichs in der Schweizer Krankenversicherung*. Konstantin Beck, Maria Trottmann, Urs Käser, Bernhard Keller, Stefan von Rotz, Peter Zweifel. Ott Verlag, 2006
- 15 Forster-Vannini Erika (RL, SG), pour la commission: loi fédérale sur l'assurance maladie. Révision partielle. *Managed care*. Conseil des États, 05.12.06 [http://www.parlament.ch]
- 16 Schwenkglenks M, Preiswerk G, Lehner R, Weber F, Szucs TD. *Economic efficiency of gate-keeping compared with fee for service plans: a Swiss example*. *J Epidemiol Community Health* 2006 ;60(1) :24-30
- 17 Werblow Andreas. *Managed Care in der Schweiz : eine empirische Analyse des Verhaltens von Allgemeinmediziner*. Inauguraldisertation, Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg, 10.10.2003 (http://diglib.uni-magdeburg.de/Dissertationen/2004/andwerbolw.pdf)
- 18 Selon Forum Managed Care FMC, communication personnelle K. Metzger, 20.3.07
- 19 Les régions MedStat sont, selon l'OFS, issues de l'agrégation de plusieurs NPA qui, conformément à la conception de la protection des données en statistique médicale, forment la plus petite unité de régionalisation.

Rapport annuel 2006



Dr Jürg Schlup,
président de la
Société des
médecins du
canton de Berne

1 Introduction

La santé a une dimension émotionnelle. Les efforts consentis pour contenir les coûts ne peuvent manquer de susciter des tensions, la santé concerne en effet des besoins fondamentaux de l'existence humaine – la vie, le bien-être – de même que des peurs en relation avec la souffrance et la mort. La façon dont une société aborde les problèmes de la santé traduit son attitude à l'égard de ses membres malades et âgés. C'est la raison pour laquelle les discussions politiques se transforment rapidement en discussions éthiques.

Le progrès médical élargit les moyens d'action, rendant encore plus aigus les problèmes de répartition. Dans l'ensemble des pays de l'OCDE¹, à l'exception de la Finlande, de 1990 et 2004, les dépenses de santé ont augmenté plus rapidement que PIB. Et les dépenses de santé continuent d'augmenter. Si la tendance actuelle se maintient, les gouvernements se verront contraints d'augmenter les impôts, de réduire les dépenses dans d'autres domaines, respectivement d'augmenter les dépenses à la charge des citoyens, si l'on souhaite maintenir les systèmes dispensateurs de la santé à leur niveau actuel. L'attractivité de la profession médicale, si l'on ne tient compte que des anciens pays industrialisés, semble en perte de vitesse. Presque tous ces pays « importent » des médecins. Les Etats-Unis profitent de médecins immigrés provenant de Monde entier ; l'Europe de l'Ouest de ceux venant d'autres pays de l'UE.² Les destinations que préfèrent les médecins européens migrants sont la Grande-Bretagne et la Scandinavie. En Grande-Bretagne, par exemple, 1/3 des médecins en pratique viennent de l'étranger. Le gouvernement allemand s'inquiète du fait que 1/3 des médecins diplômés en Allemagne change de profes-

2 Situation de la politique de la santé en 2006

2.1 La Suisse

« La Suisse est un pays épatant, mais peu nombreux sont ceux qui le savent. »³

En Suisse, la productivité du travail augmente comparativement lentement, alors que la quote-part fiscale monte relativement vite. Nous disposons pourtant d'arguments attractifs : faible inflation, taux d'intérêt bas, ainsi qu'une grande flexibilité du marché du travail.⁴

Les dépenses totales pour notre système de santé augmentaient annuellement de 16% entre 1960 et 1970⁵ ; au cours des dernières 10 années, d'environ encore 4% par année. Le produit intérieur brut (PIB) augmentait de 14% par année au cours des années 60, donc parallèlement aux coûts de la santé ; c'est ce qui fait que nous pouvions donc nous les payer à cette époque. Au cours de 10 dernières années, le PIB augmentait annuellement de 2%, les coûts de la santé augmentaient eux du double. C'est ainsi que le taux suisse d'augmentation des dépenses de santé, tout en se situant en-dessous de la moyenne de l'OCDE, dépasse nettement au cours des dix dernières années la croissance du revenu national nécessaire à son financement.⁶ En même temps, les primes des caisses pour l'assurance de base ont augmenté depuis 1996 beaucoup plus vite que les coûts de la santé, soit annuellement de 9%. L'état prend de moins en moins de coûts de la santé à sa charge, dans l'année sous rapport, 28%, il y a 30 ans il s'agissait encore de 39%.⁷

Nous avons ainsi en Suisse un problème de primes et non pas une explosion des coûts de la santé. Nous avons également un problème de croissance de notre économie et pas de poussée des coûts dans le domaine de la santé. Le nombre de diplômés de médecin décroît annuellement par les universités suisses a diminué de 20% au cours des 15 dernières années.⁸ Chaque année, ce sont donc presque 2% de médecins en moins qui sont diplômés en Suisse. Pendant ce temps, 1/3 des médecins assistants dans les hôpitaux suisses viennent de l'étranger.⁹ L'office fédéral de la santé publique accepte cette situation dans le domaine stationnaire et déclare au sujet de la pénurie médicale dans le domaine ambulatoire : « Compte tenu des médecins prati-

ciens libéraux en termes absolus et de la marge de manœuvre existante en dépit du gel des autorisations de pratique, il y a en réalité davantage de médecins pouvant assurer un service d'urgence qu'il y a 10 ou 20 ans. »¹⁰ Au sujet de mesures en faveur de la formation de praticiens de premier recours, le Dr Thomas Zeltner, directeur de l'office fédéral de la santé publique (OFSP) est cité comme suit : « Les universitaires sont trop chers pour être des praticiens de premier recours. »¹¹ A l'OFSP il existe des plans pour autoriser également les infirmières à fonctionner en qualité de praticiennes de premier recours.¹²

2.2 Le canton de Berne

Notre canton est celui qui reçoit le plus dans le cadre de la péréquation intercantonale, il touche annuellement environ 800 millions de francs de la part du fonds de soutien. Ne disposant que de structures affaiblies et endettées, le revenu par habitant se situe 54% en-dessous de celui du canton de Zurich.¹³

A l'heure actuelle, le canton de Berne se limite à ne faire que ce qui est absolument indispensable.¹⁴ Ainsi, par exemple, pour l'entretien des routes, il ne peut actuellement engager que 20% des moyens qui seraient nécessaires à leur maintien en état.¹⁵

3 Politique de la santé et politique professionnelle en 2006

3.1 Activités de la Société des médecins du canton de Berne au niveau suisse

3.1.1 Révision de la LAMal

Ce n'est plus qu'une question de temps et la liberté de contracter va entrer en vigueur, c'est ce que le conseiller fédéral Couchepin a déclaré sur l'île de Saint-Pierre en août de l'année sous rapport. Une année avant les élections, devant la résistance acharnée des médecins, il serait toutefois difficile de promouvoir sérieusement cette proposition.¹⁶ Ce petit compliment à l'adresse des médecins signifie aussi que le conseil fédéral maintient son objectif, celui de limiter le libre choix du médecin. Notre comité cantonal, dans le cadre et en-dehors de la FMH, a continué de s'engager en faveur du libre choix du médecin et contre la suppression de l'obligation de contracter. Pour nous, la « liberté de contracter » ne pourra être acceptée que s'il existe un vrai marché libre. Le marché ne peut simplement résulter de la « liberté de contracter » ; il faut, qu'en même temps, le caractè-

re obligatoire de s'assurer et la protection tarifaire soient atténués. De plus, le cas échéant, la liberté de contracter devrait concerner tous les domaines de la santé, ambulatoires et stationnaires.

Nous nous engageons également pour que le managed care soit aussi possible sans responsabilité budgétaire.

3.1.2 Première démonstration nationale des médecins sur la Place Fédérale

Au début 2006, le conseil fédéral a décrété une réduction de 10% de la valeur du point tarifaire de la Liste des analyses (tarif du laboratoire). Cette mesure concernait tant les hôpitaux, les grands laboratoires que les médecins de famille. Ces derniers génèrent 15% de leur chiffre d'affaire à partir de la Liste des analyses. Cette mesure du conseil fédéral a fait déborder le vase, elle a été l'impulsion qui a déterminé la Société suisse de médecine générale (SSMG) à lancer un appel à une démonstration pour le 1^{er} avril à Berne.

Le comité de la Société des médecins du canton de Berne a soutenu l'appel de la SSMG et invité ses membres à participer eux-aussi à la première démonstration des médecins en Suisse sur la Place Fédérale à Berne. Les médecins ont pu partager là un moment de solidarité ; j'ai vu, pour ma part, à côté d'un grand nombre de médecins de famille, de nombreuses et nombreux spécialistes, des membres de l'ASMAG et un certain nombre de membres de la faculté de médecine. Ils étaient entourés d'assistantes médicales, d'infirmières, de membres de leurs familles et même d'une personnalité éminente de santé suisse. Les médecins eurent l'occasion de rendre hommage à la sagesse de l'ancien président de la République fédérale allemande, Johannes Rau, qui avait déclaré : « La solidarité est le mortier qui maintient la maison et qui lui permet de résister à la tempête ».

3.1.3 Modification de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins

Pour le début de l'année 2006, le conseil fédéral a décrété une modification de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins qui mettait à la charge des assurés un doublement de la quote-part pour les préparations originales des médicaments et « encourageait » ainsi en quelque sorte les prestataires de soins à prescrire des génériques à leurs patients. Cette modification a été décrétée cinq semaines avant son entrée en vigueur et n'a été soumise ni à la consultation des fournisseurs de prestations ni à celle des assureurs. Ceux qui étaient concernés ont donc dû, en quelques semaines, se soumet-



1^{er} avril 2006 : première manifestation nationale des médecins sur la place Fédérale

te à cette « obligation de génériques ». De nombreux patients – qui avaient déjà été insécurisés par les franchises à option, les offres de managed care et les contrôles liés aux coûts – se sont ainsi vus dépassés pour un certain temps (erreurs dans les dosages, dans les prises) ; ils ont eu un plus grand besoin d'information, d'attention et d'aide de la part des prestataires de soins. De nombreux fournisseurs de prestations ont considéré ce surcroît de travail comme une mesure chicanière de la part de l'administration fédérale. Ceux d'entre nous qui gèrent une pharmacie de cabinet ont dû enregistrer des pertes à cause des délais trop courts. Une lueur d'espoir est venue de l'attitude arrangeante des caisses maladies qui – concernées comme nous par le peu de temps accordé pour l'entrée en vigueur – ont accordé à leurs assurés de longs délais de transition.

En collaboration avec l'association des pharmaciens et la caisse maladie Visana, la Société des médecins du canton de Berne a proposé en septembre 2006, au Stade de Suisse, une nouvelle politique du médicament : nous attendons de la part des politiciens une stratégie à long terme, qui tienne compte tant des coûts que de l'assurance de la qualité et de la prise en charge des soins. Les mesures décrétées par le conseiller fédéral Couchepin, respectivement l'office fédéral de la santé publique, dans le domaine du médicament ont eu pour conséquence des économies importantes, des réductions de prix et

ont conduit à l'augmentation du marché des génériques. L'évolution est positive. Une politique du médicament qui se limite à des interventions à court terme et qui ne concerne que des réductions de prix, ne peut que conduire à une diminution de la qualité. Elles ne vont ni dans l'intérêt des patients, ni de celui des médecins, des pharmaciens ou des assureurs.

3.1.4 FMH

Une délégation bernoise a participé aux manifestations de la FMH suivantes : 2 séances de la chambre médicale (selon les statuts, une seule prévue) et 2 conférences des présidents. Au cours de l'année sous rapport, le centre de gravité de notre engagement dans ces instances a été placé au niveau des élections de remplacement au comité central, de la réforme des structures de la FMH, du renforcement de l'AMDHS en tant qu'organisation de base et de l'attitude de la FMH à l'égard du managed care avec responsabilité budgétaire.

Dans la nouvelle assemblée des délégués de la FMH, qui est résultat de la réforme des structures, la Société des médecins du canton de Berne est représentée par notre vice-président, le Dr Thomas Heuberger.

3.1.5 Conférences des sociétés cantonales de médecine (CCM)

En collaboration avec les sociétés médicales de Zurich, Lucerne, St-Gall, Vaud, Valais et Tessin, la Société des médecins du canton de Berne a fondé, au printemps de l'année sous

rapport, la CCM. Selon ses statuts, la CCM est l'organisation faitière de l'ensemble des sociétés médicales cantonales et succède au G7, qui ne disposait pas de statuts. Jusqu'à la fin de l'année, la totalité des 24 sociétés cantonales a adhéré à la CCM. La direction des affaires a été confiée aux présidents des sociétés fondatrices. La première présidence de la CCM a été confiée aux présidents cantonaux de Zurich et de Vaud (co-présidence). Pour l'essentiel, les affaires au cours de l'année sous rapport ont concerné des problèmes tarifaires. A cet égard, on a tenté d'appuyer en synergie le service tarifaire de la FMH, à côté de cela de préparer l'introduction de la CPP ; de suivre le projet national DRG ; d'accélérer les négociations au sujet du tarif de radiologie et de la tarification de l'urgence ; de tirer au clair les questions non résolues concernant le transfert électronique des données et de participer aux débats concernant la sécurité de l'accès aux soins.

3.1.6 Bureau de pilotage CPP Suisse

A la suite de l'entrée en vigueur au 1^{er}.7.2006 du nouveau contrat d'adhésion – le deuxième en 3 ans – la Société des médecins a également adhéré à la convention sur les prestations et les prix (CPP) négociée au plan suisse (v. 3.2.1.1). Vers la fin de l'année sous rapport, la conférence des sociétés cantonales de médecine (CCM) a élu ses représentants au sein de ce bureau national, élu paritaire. Ce sont les présidents cantonaux de Zurich, du Valais et de St-Gall. La première séance, prévue selon les statuts, du bureau de pilotage Suisse s'est tenue le 1^{er} mars 2007.

3.2 Activités cantonales de la Société bernoise des médecins

Au cours de l'année sous rapport, les activités statutaires suivantes ont eu lieu : 2 assemblées des délégués, 2 conférences des présidents, 12 séances du comité et 12 séances du bureau du comité. Des séances supplémentaires ont eu lieu en relation avec des projets. A côté de cela, le comité cantonal s'est réuni en une séance en conclave.

3.2.1 Tarmed LAMal

3.2.1.1 Nouveau contrat d'adhésion Tarmed LAMal cabinet médical

Le 1^{er} juillet 2006 est entré en vigueur le nouveau contrat d'adhésion cantonal LAMal Tarmed s'appliquant au domaine du cabinet. Ainsi, les médecins pratiquant dans le canton de Berne disposaient de nouveau d'une nouvelle réglementation tarifaire, 12 mois après la résiliation surprise de la convention par san-

tésuisse dans 23 cantons. Pour l'ensemble du territoire, notre société cantonale a été la troisième à disposer d'une nouvelle réglementation tarifaire, après le Valais et Neuchâtel. Les négociations tarifaires se sont révélées difficiles et exigeantes. Notre délégation aux négociations doit être félicitée de son extraordinaire prestation en des temps agités : M^e Urs Hofer, responsable de la délégation et expert en négociations ; le Dr Beat Gafner, spécialiste FMH en médecine générale et président de cercle médical ; le Dr Peter Luder, spécialiste FMH en chirurgie et président de l'association de médecins agréés ; M. Anton Prantl, ing. ETH et président de la direction de la Caisse des médecins. Un symptôme du caractère rude du climat régnant entre santésuisse et la Société des médecins doit être constaté dans le fait que 30 mois après l'introduction de Tarmed LAMal, c'est déjà le deuxième contrat d'adhésion Tarmed qui est entré en vigueur.

En annexe du contrat d'adhésion, on a intégré la convention sur les prestations et les prix (CPP) négociée par la FMH. Cette CPP est censée monitorer l'évolution des coûts dans le domaine Tarmed LAMal et de rendre possible un pilotage durable des coûts tenant compte d'arguments venant des prestations et de modifications au niveau des prix de revient. Le monitoring de l'évolution des coûts dans le domaine ambulatoire concernant notre région tarifaire se fonde sur les données consolidées des coûts de PonteNova. En ce qui concerne l'interprétation et l'argumentation, nous nous fondons sur l'analyse des données de NewIndex. Des contrats dans ce sens ont été conclus.

Pour la première fois depuis la restructuration de santésuisse, trois caisses n'ont pas suivi leur organisation faitière et ont refusé d'adhérer au contrat d'adhésion bernois négocié. Les quelque 80 autres caisses ont accepté le contrat négocié. Ainsi, à la fin de l'année, dans le canton de Berne, il existe un état sans convention avec Helsana, CSS et SWICA. Une idée de l'ambiance pénible imprégnant l'environnement du domaine de la santé.

3.2.1.2 Adhésion au contrat d'adhésion Tarmed cabinet médical

Selon la convention sur les prestations et les prix (CPP), nous devons surveiller en permanence l'évolution des coûts et des prestations et les justifier une fois par année auprès de santésuisse. A la suite des expériences faites au cours de la phase d'introduction Tarmed avec neutralité des coûts – durant laquelle 3% des médecins facturant selon Tarmed n'avaient pas adhéré à la convention et néanmoins tombaient à la charge de notre volume de coûts – notre secrétariat, au cours de l'année sous rap-

port, a procédé à des contrôles sévères du droit à facturer. Ces contrôles ont provoqué des manifestations de mauvaise humeur chez certains des collègues concernés.

Seuls sont habilités à facturer selon le tarif Tarmed cabinet, ceux des médecins ayant signé un contrat d'adhésion ou qui sont membres de la Société des médecins. Nos contrôles ont eu lieu d'entente avec santésuisse Berne et en prévision de la réévaluation de notre valeur du point tarifaire prévue en mai 2007. Le but de nos contrôles consistait à soulager le volume de nos coûts des coûts générés par des médecins non autorisés et de réduire la pression sur notre valeur actuelle du point.

3.2.1.3 Cours d'introduction Tarmed pour nouveaux membres

Notre Société a organisé une nouvelle fois en septembre de l'année sous rapport un cours d'introduction au tarif à l'intention des nouveaux membres. Cette introduction s'étendait sur une demi-journée, elle était placée sous la direction de Thomas Heuberger, vice-président de la SMCB. Il est prévu de répéter le cours annuellement, pour autant qu'existe un contrat d'adhésion cantonal.

3.2.2 Mode de facturation tiers garant

Au cours de l'année sous rapport, certaines caisses maladie, menées par Helsana et CSS, se sont une nouvelle fois attaquées directement ou par l'intermédiaire de leurs sociétés anonymes Medidata et Carepay aux cabinets de notre canton qui utilisent de longue date le mode de facturation tiers garant. Ce faisant, elles poursuivaient deux buts. En modifiant le mode de facturation, elles entendaient d'une part obtenir directement et sans passer par le filtre du patient des données médicales de facturation et d'autre part s'introduire directement dans le flux des paiements destinés au médecin. Ces caisses ont procédé à plusieurs reprises à des mailings destinés aux médecins et aux assurés. Elles y invitaient les médecins à passer au tiers payant. Elles encourageaient les patients à ne plus jouer le rôle de la banque en faveur des médecins et d'intimer à ces derniers l'ordre d'adresser directement leurs factures aux caisses.

Ces caisses n'ont pas mis un terme à ces invitations, même après que leur organisation faitière santésuisse eut conclu, le 1^{er}.7.2006, un nouveau contrat d'adhésion avec notre Société médicale, dans lequel il était stipulé mot pour mot, ainsi que dans l'ancienne convention (art. 11, al.1) : « Dans le cadre de la LAMal, l'assuré est le débiteur de la rémunération envers le médecin (système du tiers garant). Le médecin établit sa facture à l'assuré. »

Notre comité cantonal a rendu à plusieurs reprises nos membres attentifs à ces attaques déloyales, que ce soit par l'intermédiaire de la conférence des présidents, des assemblées des délégués, d'articles dans doc.be et une lettre du président à nos membres. Le comité cantonal est convaincu qu'un changement du système de facturation du tiers garant respectueux de la convention vers le tiers payant est désavantageux pour nos membres praticiens.

En 2005, le comité central de la FMH s'est prononcé en principe en faveur du tiers garant ; il en est de même de notre assemblée des délégués. Les raisons principales étaient les suivantes : la protection des données, les patients doivent être en mesure de choisir les factures qu'ils souhaitent adresser ou ne pas adresser à leur caisse ; actuellement seules 80% de toutes les factures dans le tiers garant sont transmises à la caisse par les patients.

Le contrôle de la facture par le patient : avant de payer leur facture, les patients peuvent la contrôler.

La sensibilisation aux coûts : les patients prennent connaissance des prestations facturées et du prix de ces dernières. Une certaine indépendance à l'égard des caisses : la majorité des médecins ne souhaite pas que la caisse soit l'intermédiaire entre eux et les patients.

3.2.3 Direction de la santé

Au cours de l'année sous rapport également, une discussion a eu lieu tous les six mois avec le directeur de la santé et son fonctionnaire en chef. Les médecins chefs, les médecins agréés et les médecins de famille étaient représentés au sein de notre délégation. Il a été question, à ces occasions, de la mise en œuvre de la loi sur les soins hospitaliers, de l'introduction des forfaits par cas DRG, des conventions Tarmed, du gel des autorisations de pratiquer et du service d'urgence ambulatoire.

3.2.4 BETAKLI 2008

Les prochaines journées bernoises de la clinique (BETAKLI) auront lieu en 2008 : c'est LA manifestation de formation continue, organisée et menée en collaboration par l'hôpital de l'île, la faculté de médecine et la Société des médecins. Le président depuis de longues années de la commission BETAKLI, le Prof. H.J. Peter, s'est mis de façon qui mérite notre reconnaissance à disposition pour diriger l'organisation des prochaines journées. Au mois de novembre de l'année sous rapport, une discussion préparatoire a eu lieu.

3.2.5 200^{ème} anniversaire de la Société des médecins

En juin 2006, le comité cantonal a approuvé le projet d'organisation générale que je lui ai soumis et, de ce fait, les différents projets partiels. Le Prof. E. Bossi a été élu directeur de l'ensemble du projet. En sa qualité d'ancien doyen de la faculté de médecine et ancien médecin cadre de la clinique universitaire de pédiatrie, il dispose du niveau de reconnaissance nécessaire et il est accepté dans tous les milieux médicaux. Celui qui fut le président du comité d'organisation du 200^{ème} anniversaire de la faculté de médecine nous apporte sa précieuse expérience. De plus, en sa qualité de membre honoraire de la faculté, il dispose d'encore plus de liberté de pensée et d'action, ce qui constitue un élément important pour le succès de notre projet.

3.2.5.1 Projet partiel Fête du 200^{ème} anniversaire

Le comité a également élu à la tête de ce projet partiel le Prof. E. Bossi. Dans ce projet partiel sont prévus une Fête inaugurale, une Fête de clôture, une réception destinée aux membres et différents événements liés au projet.

3.2.5.2 Projet partiel Théâtre itinérant

Le responsable de ce projet partiel est Hans Werner Leibundgut. Sur proposition de sa part et après accord du comité cantonal, un précontrat a déjà été signé avec le metteur en scène de théâtre Reto Lang. « Knock, ou le triomphe de la médecine » (de Jules Romains), c'est le nom de la pièce que vont interpréter des médecins bernois devant la population du canton. Je souhaite que des vocations d'actrices et d'acteurs se révèlent parmi nos collègues.

3.2.5.3 Projet partiel concerts de l'OMB

L'Orchestre des médecins bernois (OMB) entend participer au 200^{ème} anniversaire de la SMCB et donner à cette occasion, au cours de l'année 2009, 8 concerts. Il est prévu que, chaque fois, le cercle médical soit l'organisateur du concert. Il reste à souhaiter que les cercles médicaux s'engageront effectivement.

3.2.5.4 Projet partiel publication anniversaire

Ce projet partiel est sous la responsabilité du Prof. U. Boschung. Ce projet partiel a été mis en route en 2002. Lors de quatre séances, l'équipe chargée du projet a traité du contenu, du calendrier et du financement de la publication prévue. A l'initiative de l'équipe du

projet (Prof. Boschung & MM), le séminaire historique de Mme le Prof. Studer, le l'université de Berne, sur le sujet « Le médecins bernois au cours du 20^{ème} siècle » a été conclu au printemps 2006. J'ai eu moi-même l'occasion de participer à la manifestation de clôture et de m'exprimer sur des questions qui n'avaient pas trouvé de réponse. Ma participation a été appréciée des enseignant-e-s et des étudiant-e-s. Un certain nombre d'articles provenant de ce séminaire seront inclus dans la publication.

Pour le financement de la publication, le Prof. Boschung et moi nous sommes mis à la recherche de parrainages. Cette recherche s'est révélée difficile. Nous sommes néanmoins parvenus, jusqu'à la fin de l'année, à assurer au moins un financement partiel. Nous devrons financer par nos propres moyens une bonne moitié des coûts prévus au budget.

3.2.5.5 Projet partiel Recherche de fonds

A la fin de l'année, la présidence du projet n'avait pas encore été désignée, des discussions à ce sujet étaient en cours. Notre bureau se prononçait en faveur de Mme Angela Kreis-Muzzolini, une spécialiste de la recherche de fonds.

3.2.6 Projet « Politik + Patient »

En 2004, notre service de presse et d'information (SPI) a fait un projet pour un bulletin d'information consacré à la politique de la santé destiné aux politiciens et aux patients. Ce dernier a été lancé en 2005 par la Société des médecins du canton de Berne, avec un tirage de 10'000 exemplaires, trois fois par année. Nous avons simultanément invité le VEDAG, l'association des sociétés médicales de Suisse allemande, à participer. Dans l'année 2006 sous rapport, ce sont au total 13 sociétés cantonales qui sont concernées par ce bulletin d'information. Le comité de rédaction a été élargi en conséquence et le tirage a été augmenté à 70'000 exemplaires pour chacune des trois éditions annuelles. « Politik + Patient » a été distribué au cours de l'année sous rapport par les 13 sociétés médicales cantonales aux médecins et aux membres, il a été également envoyé en même temps que la revue « Sprechstunde ». En décembre de l'année sous rapport, le comité cantonal a approuvé un nouveau développement : à partir de 2007, il y aura quatre éditions chaque année et ce sont désormais 14 sociétés cantonales qui participeront.

3.2.7 Modèle bernois d'un politique durable du médicament

Au cours d'une manifestation au Stade de Suisse dans le canton de Berne, la Société des médecins, l'association des pharmaciens et la caisse maladie Visana proposent en commun une nouvelle politique du médicament. Elles attendent du monde politique une stratégie à long terme qui tienne compte tant des coûts que de l'assurance de la qualité et de la prise en charge des soins.

3.2.8 PME bernoises

Dans une époque de changements rapides, les partenariats sont tout spécialement importants. C'est la raison pour laquelle la Société des médecins a adhéré en 2005 à PME bernoises. Avec ses 22'000 membres dans le canton, PME bernoises est un partenaire de poids, il nous ouvre de nouveaux forums politiques dans lesquels nous pouvons présenter nos revendications à un public plus large. Au sein de PME bernoises, la Société des médecins est la plus grande association, à côté de GastroBern. C'est une garantie pour que nous disposions, à l'intérieur de PME bernoises, d'un poids suffisant pour faire entendre notre voix. A la suite de notre adhésion, PME bernoises, aux cours de l'année sous rapport, a répondu à notre demande en créant un groupe santé. L'assemblée des délégués de PME bernoises a approuvé une modification de statuts à cet effet. Dès lors, la Société des médecins du canton de Berne dirige le groupe santé au sein de PME bernoises et est également présente au niveau du bureau de PME bernoises en la personne du représentant du groupe professionnel santé.

Par l'intermédiaire de PME bernoise nous avons pu, au cours de l'année sous rapport, défendre à plusieurs reprises notre opinion et ainsi influencer des prises de position de l'association au niveau cantonal et fédéral. Contentons nous de mentionner la prise de position au niveau suisse de l'USAM au sujet de la carte d'assuré et le programme de législation 2006-2010 de PME bernoises. Dans ce dernier programme, il a ainsi été possible par exemple d'inclure des déclarations d'intention telles que : « la médecine hautement spécialisée et la recherche doivent être renforcées à Berne » ; « la concentration décentralisée des soins hospitaliers doit assurer une sécurité des soins de haut niveau » ; « la formation en médecine de famille doit être renforcée ».

Nous allons participer au 125^{ème} anniversaire de PME bernoises.



Le Gründerzentrum Bern propose une aide à ceux qui sont sur le chemin de l'indépendance professionnelle

3.2.9 Gründerzentrum Berne

Gründerzentrum Berne est une organisation à but non lucratif offrant des conseils et des cours à prix raisonnable à toutes les personnes qui entendent devenir indépendantes ou qui, respectivement, veulent créer une entreprise ou se trouvent en phase de début d'une entreprise. Notre bureau s'est renseigné au sujet de cette prestation et a rendu possible une publication de cette offre de prestation dans doc.be et ménagé une prise de contact entre Gründerzentrum et l'ASMAC Berne.

3.2.10 Règlement sur les compléments, l'application et l'entrée en vigueur du code de déontologie fédéral

En 2005, l'assemblée des délégués a adapté nos statuts au sujet de l'organisation et de la mise en oeuvre du service d'urgence ambulatoire, ainsi que du soutien à un organe intermédiaire. Il s'agissait, en 2006, d'adapter les dispositions d'exécution au niveau du code de déontologie. A cet effet, l'assemblée des délégués a adapté essentiellement l'article 14. Dans ce dernier, on règle l'organisation du service d'urgence, la durée de l'obligation du service, la libération du service, la contribution compensatoire et la voix de recours.

3.2.11 Règlement administratif du comité cantonal

Au cours de l'année sous rapport, l'assemblée des délégués a adopté une modification du règlement administratif du comité cantonal. La modification concernait l'élection de représentant-e-s de la Société des médecins

à l'assemblée des délégués de PME bernoises et les critères pour les réductions de cotisation.

3.2.12 Organisation de la santé du monde du travail (OMdT)

Depuis l'été 2004, il existe dans le canton de Berne, à l'initiative de la direction de la santé publique et de la prévoyance sociale, un groupe de travail OMdT. Cette OMdT, active au niveau cantonal, est une organisation selon la loi fédérale sur la formation professionnelle, elle vise à la collaboration dans l'élaboration, le développement et la mise en oeuvre de la formation des professions de santé dans le canton de Berne.

Alors que la Société des médecins avait déjà offert sa collaboration au cours de l'été 2004 et qu'elle avait essuyé un refus, nous avons procédé à une nouvelle tentative en 2005. Cette dernière sous la forme d'un ultimatum et en nous fondant sur la loi sur la formation professionnelle, ainsi que sur l'ordonnance cantonale relative, qui était en ce moment en consultation. A la suite de cela, une discussion constructive a pu se tenir, qui a conduit, en avril 2006, à l'accueil de la Société des médecins au sein de l'OMdT de Berne. Le comité cantonal a élu M. le Dr Christoph Cottier, président des médecins hospitaliers du canton de Berne, en qualité de représentant de la Société des médecins au sein de l'OMdT BE.

La Société, suivant l'avis de l'ASI Berne, s'est opposée au projet du comité de l'OMdT visant à s'occuper, à côté de la formation des professions de santé au niveau secondaire II, également de celle au niveau des hautes écoles spécialisées.

3.2.13 Formation en médecine de famille dans le cadre des études de médecine

La faculté de médecine de l'université de Berne envisage d'étendre le plan d'étude, dès l'automne 2007, à des cours en médecine de famille. En automne 2005, la faculté de médecine a chargé la Fakultäre Instanz für Hausarztmedizin (FIHAM) d'élaborer un projet qui devrait permettre à tous les étudiants d'accomplir un module de formation de 3 semaines dans un cabinet de médecine de premier recours. La faculté a approuvé le projet proposé en septembre 2006. Avant la fin de l'année, la FIHAM s'est assuré le concours de plusieurs centaines de médecins de premier recours pour participer à cette nouvelle formation. Les cours de préparation des médecins enseignants sont prévus pour le printemps 2007.

3.2.14 Plan de pandémie

Le canton de Berne va établir – en se fondant sur le plan de pandémie de l'OFSP – une planification en cas de pandémie. Au niveau de la SAP, c'est l'office du médecin cantonal (OMC) qui en assume la responsabilité. Dans l'année sous rapport, sur invitation de l'OMC, des entretiens ont eu lieu et la Société des médecins a eu l'occasion de collaborer au sein de deux groupes de travail. A cet effet, la Société des médecins a délégué les Dr Ueli Castelberg, d'Aarberg et Hans Schläppi, de Toffen. La planification aboutira probablement au printemps 2007. Nous tiendrons nos membres au courant de la suite.

3.2.15 Association des professions médicales d'assistance (PMA)

L'association a été créée en 1996 par notre Société des médecins en collaboration avec la Société des médecins-dentistes et trois écoles privées. Le but visé était d'offrir, dans le canton de Berne, une formation décentralisée pour assistantes médicales et dentaires, adaptée aux besoins et de bonne qualité. A la suite de la prise en charge de tâches fédérales par les cantons, des modifications apparaissent également dans le domaine de la formation des professions médicales d'assistance. Elles résultent notamment de l'influence plus grande de la direction cantonale de l'instruction publique (DIP) en ce qui concerne les conventions de prestations. Il y a une tendance vers la simplification et de la centralisation de la formation, qui ne va pas toujours dans le sens de nos intérêts. Au cours de l'année sous rapport nous avons par conséquent fait état de nos revendications auprès de qui de droit et nous avons dû prendre note que les modifications étaient déjà largement pla-

nifiées au niveau d'une école en particulier et de la DIP et que nous n'avons pas été consultés. Nous avons doublé notre représentation au comité de la PMA. Nous avons proposé Renato Tognina, responsable de la SMCB pour les questions relatives aux assistantes médicales et membre du comité de l'association des généralistes, ainsi que Pirotschka Wolf, responsable du secrétariat de la SMCB. Tous deux ont été élus au comité de la PMA. A côté de cela, jusqu'à la fin de l'année, nous avons augmenté le nombre de nos échanges de vues avec les différents groupes concernés.

3.2.16 Projet service d'urgence

Sous la direction de Christian Gubler, vice-président et de Thomas Eichenberger, secrétaire, la Société des médecins a mené, au cours de l'année sous rapport, des discussions avec différents offices de la direction de la santé publique et avec ceux qui proposent des prestations dans le domaine du service d'urgence. Les buts visés étaient : parvenir si possible à une vision identique de la part de la direction de la santé et de la Société des médecins au sujet la libération du service de garde ; une participation cantonale aux coûts d'organisation du service d'urgence ambulatoire et une coordination régionale des offres existantes en matière de service d'urgence.

3.2.17 Projet monitoring du service de garde

Au cours des mois de mars et avril de l'année sous rapport, la Société des médecins, sous la direction de Beat Gafner, membre du comité cantonal et responsable du domaine Economie, a procédé à une enquête auprès de tous les médecins au bénéfice d'une autorisation de pratiquer. Elle concernait l'importance du temps consacré, de la charge personnelle et de la fréquence des contacts dans le cadre du service de garde dans le canton de Berne. Ces notions conditionnent toute adaptation du service de garde dans les rangs médicaux, ainsi que de futures négociations concernant un mandat de prestation par le canton. Les résultats de l'enquête peuvent être consultés sur notre page réservée aux membres sous www.berner-aerzte.ch, un tiré à part est ajouté à la présente édition de doc.be.

3.2.18 Données provenant du trustcenter PonteNova

Faisant suite à la publication au cours de l'année précédente, par le comité cantonal de directives strictes, respectant la protection des données, au sujet de l'évaluation de données provenant de trustcenters provenant de

demandes de la part de groupes de membres, des directives également strictes ont été émises pour l'évaluation des données par des tiers. A ce jour, toutes les demandes concernant des données consolidées et évaluées ayant été rejetées, les sociétés de discipline cantonales et les tiers autorisés (offices fédéraux, cantonaux, universités) devront adresser des demandes détaillées au comité cantonal pour obtenir des évaluations.

3.2.19 Projet médecin d'EMS

L'Association bernoise des médecins de famille (VBH) a proposé au comité de réviser, en collaboration avec l'Association bernoise des établissements médico-sociaux (ABEMS), les recommandations pour les médecins d'EMS datant de l'année 1988. Le comité a nommé en 2004 une délégation aux négociations à deux têtes – elle était composée du Dr H. Kläui, membre du comité de l'association des médecins de famille et de M^e U. Hofer, responsable de la délégation aux négociations de la SMCB. Le mandat leur a été confié d'élaborer, respectivement de négocier tant un contrat type qu'un cahier des charges, ce qu'ils ont fait avec succès. Les deux documents ont été acceptés et signés au cours de l'année sous rapport par la Société des médecins et l'ABEMS. On peut trouver ces recommandations sur l'Internet sous www.berner-aerzte.ch.

3.2.20 Projet d'enquête sur les réseaux médicaux

En mai de l'année sous rapport, sur proposition de Peter Baumgartner, le comité cantonal a décidé de procéder auprès des membres à une enquête aussi représentative que possible au sujet du managed care et des réseaux médicaux. Il s'agissait de prendre connaissance des besoins et des attentes des membres, en région rurale également. Il y avait lieu de tenir compte du débat au sujet du managed en cours au niveau du parlement fédéral et des déclarations d'intention à ce sujet de la FMH et de l'ASMAC. Le comité cantonal a confié l'exécution à PonteNova. Le projet a été lancé sous la forme d'un projet en commun de la Société des médecins, de PonteNova, de swisspep et de l'Institut für Evaluative Forschung de l'université de Berne. 50% des membres exerçant en pratique ambulatoire ont répondu. Les résultats seront publiés au printemps 2007, dans un premier temps dans doc.be.

3.2.21 Projet Medphone

Au cours de l'année sous rapport, la Société des médecins a mis en route des négociations avec la direction de la santé publique (SAP) en

se fixant pour but d'obtenir une participation aux coûts d'organisation du service d'urgence médical. La SAP fixait comme condition préalable à de telles négociations que la Société des médecins n'offre qu'un seul produit, financé par les moyens des médecins, opérant sur l'ensemble du canton et correspondant à des normes européennes. Medphone était et reste notre seul produit de cette nature et a été présenté comme tel. En automne nous avons finalement déposé une demande auprès du Conseil Exécutif pour une contribution cantonale renouvelable versée annuellement à Medphone destinée à l'organisation du service d'urgence ambulatoire. A la fin de l'année la demande était encore pendante.

Devant l'absence d'une contribution d'organisation du canton de Berne en faveur du service d'urgence, resp. de Medphone, un manque de financement menaçait au niveau du centre d'appel bernois. C'est la raison pour laquelle, l'assemblée des délégués de juin a voté un financement partiel transitoire au moyen d'un versement sur la somme des salaires des employés pour une durée de 3 ans. En 2004, une collaboration a été mise en route entre Medphone, le centre d'appel des médecins du canton de Berne, et Medi-24, celui de Sanitas, il a été confirmé contractuellement par Medphone en 2005. Cette joint venture a gagné le prix Anna Seiler de la santé au cours de l'année sous rapport. Le jury a qualifié le projet de « modèle unique de coopération au niveau du domaine suisse de la santé ».

3.2.22 Projet étude permanente des frais généraux RoKo

Les données récoltées chaque année par notre Société mettent en évidence l'évolution des dépenses que le gestionnaire d'un cabinet doit consacrer à la fourniture des prestations de son cabinet. La Société bernoise des médecins étudie ces dépenses depuis 1989. Depuis 2003, nos membres reçoivent une récompense – à l'heure actuelle de fr 300.- – lorsqu'ils remplissent une fois par année le questionnaire RoKo, dans la mesure toutefois où il est interprétable. Au cours de l'année sous rapport, quelque 500 membres ont participé à l'enquête. L'étude des frais généraux sert d'une part à la Société des médecins lors des négociations tarifaires et permet, d'autre part, aux médecins participants de suivre l'évolution de leurs dépenses et de la comparer avec celles d'autres médecins de même discipline médicale.

3.2.23 Nouveau logo de la SMCB

En 2005, sur proposition de l'ancien président des ophtalmologues bernois, Thomas Haldi-



Nombreux sont les médecins qui ne trouvent pas de successeurs dans leurs cabinets

mann, l'assemblée des délégués a confié à une commission le soin d'élaborer un projet de nouveau logo. En juin de l'année sous rapport, la commission a fait des propositions aux délégués. A une faible majorité, il a été décidé de conserver l'ancien logo et de se contenter de le moderniser. Le mandat de la commission a été modifié dans ce sens. Les délégués pourront vraisemblablement se prononcer en 2007.

3.2.24 Pénurie de médecins en région

Une nouvelle fois, en septembre 2004 – lors de la réunion, ayant lieu trois par année, entre le département de l'intérieur et les directeurs cantonaux de la santé – le conseiller fédéral Couchepin a déclaré que notre système actuel de santé se caractérisait par une pléthore sans limite de fournisseurs de prestations¹⁷. Aujourd'hui il sait, lui-aussi, que le nombre des médecins âgés qui ne trouvent pas de successeur va en augmentant.

3.2.24.1 Groupe de travail de la direction de la santé

Au cours de l'automne 2005, le grand conseil a accepté trois propositions parlementaires concernant la pénurie régionale de médecins. La Société des médecins avait contribué aux trois propositions et participé à une manifestation d'information pour les membres du Grand Conseil peu de temps avant les débats. Le gouvernement se voyait dans l'obligation d'agir. Au début de l'année sous rapport, la direction de la santé a mis sur pied

un groupe de travail chargé d'élaborer des propositions pour la mise en œuvre des trois propositions. Notre vice-président, Thomas Heuberger, est membre de cette commission.

3.2.24.2 Praxsuisse

C'est une plate-forme de communication, s'appuyant sur l'Internet, qui, pour l'ensemble de la Suisse, met en communication sérieusement, discrètement et de façon ciblée, ceux qui veulent remettre et ceux qui veulent reprendre un cabinet. Cette plate-forme est un projet commun de la Caisse des médecins et de MediService de l'ASMAC. Depuis le printemps 2006, la Société des médecins est présente sur cette plate-forme. Dans le seul mois de mai de l'année sous rapport, il y a eu sur cette plate-forme plus de 50 demandes pour la reprise d'un cabinet dans le canton de Berne.

3.2.25 City Notfall AG

On sait qu'en 2005 on a inauguré, à la Place Bubenbergr de Berne, une policlinique de la Fondation Inselspital et de Sonnenhof AG. En dépit de nos efforts, tant le support juridique que la gestion sont restés sans la participation de notre organisation professionnelle.

3.2.26 Séance en conclave du comité

A la suite de la décision de l'assemblée des délégués, dans l'année sous rapport, concernant les dispositions d'exécution au niveau du

code de déontologie concernant l'organisation du service d'urgence (durée maximum, libération, versement compensatoire et voie de recours), le comité, en présence des présidents des cercles médicaux, a organisé une séance en conclave au sujet de la mise en œuvre de la nouvelle réglementation du service d'urgence. A cette occasion ont été surtout évoquées les adaptations statutaires au niveau des cercles et les informations destinées aux membres.

3.2.27 Meilleur examen final de médecine

Le prix de la Société des médecins du canton de Berne pour le meilleur examen final de médecine a été partagé, pour l'année sous rapport, par 5 nouveaux diplômés : Mirjam De Roche, Valentina Forni, Sara Meyer, Pasquale Mordasini et Sebastian von Arx. Ils avaient tous obtenu une moyenne des notes de 5.9.

3.2.28 Communiqués de presse

3.2.28.1 Vous ouvrez un cabinet

En février 2006, j'ai eu l'occasion de publier un article dans le bulletin de l'ASMAG. Il était destiné aux nouveaux médecins praticiens et concernait les systèmes de facturation tiers garant – tiers payant.

3.2.28.2 Démonstration des médecins : Cash TV

Le 21 mars, Charlotte Michel, journaliste de Cash TV, était à la recherche d'un partenaire pour une émission précédant et suivant la démonstration des médecins. La Société des médecins a été en mesure de tenir le rôle d'intermédiaire et de désigner un interviewé qui a brillamment subi l'épreuve du feu.

3.2.28.3 Services médical d'urgence : disponible 24 heures sur 24

Le 10 juillet, Christian Bernhard écrivait dans la Berner Zeitung que, dans le canton de Berne, le service médical d'urgence n'était atteignable que par l'intermédiaire de douzaines de numéros régionaux d'appel et que, de plus, ces derniers étaient payants. Dans le canton de Soleure, le problème serait résolu de manière exemplaire par un seul numéro 0848 112 112. J'ai répondu en insistant sur le fait que depuis des années la Société des médecins s'efforçait de trouver une solution pour un numéro d'urgence unique centralisé et que, à cet égard, Medphone représente au minimum un succès partiel. La situation n'est évidemment pas idéale et, de notre point de vue, les médecins ne pourraient pas trouver

de solution unique à brève échéance sans la participation du canton.

3.2.28.4 Politique durable du médicament

Le 13 septembre, un certain nombre de médias ont mentionné notre communiqué de presse : la Société des médecins, l'association des pharmaciens et la caisse maladie Visana demandaient en commun une politique durable du médicament.

3.2.28.5 Situation de monopole dans le domaine des factures médicales

Le 22 octobre, dans NZZ am Sonntag, Erich Aschwanden rapportait que le trustcenter PonteNova, en mains médicales, occuperait selon la commission de la concurrence (Comco) une position de domination sur le marché dans la transmission électronique de factures. Au même titre, Medidata en main des caisses maladie – grâce à un pré-subventionnement de la part des grandes caisses – serait en mesure d'occuper elle-aussi une position dominante sur le marché ; dans le tiers payant au moins. Cette pré-enquête de la Comco a été interrompue sans suites. Pour l'instant on ignore si le rapport fera l'objet d'une publication.

3.2.28.6 Publicité médicale : avec un certain sourire

Dans le Beobachter no 23/2006, Gian Signorell s'en prenait à certains de nos membres qui apparaissaient dans certains publi-reports. Il signalait à juste titre que le code de déontologie de la FMH l'interdit. J'ai précisé que nous n'agirions que sur plainte. Sans demande à ce sujet provenant des rangs médicaux, nous ne ferions rien.

3.2.28.7 Représentant des médecins au bureau directeur de PME bernoises

En octobre, pour la première fois, un médecin a été élu au niveau de la direction de l'association PME bernoise. A la suite de l'adhésion de la Société des médecins en 2005, PME bernoises a révisé ses statuts et permis la formation d'un groupe professionnel santé. Chaque groupe professionnel est représenté au bureau directeur, c'est donc le cas du groupe santé également.

3.2.28.8 La télémédecine, un service public

La presse quotidienne a réagi favorablement, le 20 novembre, à l'attribution du prix de la santé Anna-Seiler à Medphone en mains

médicales. Nous y avons contribué par un communiqué de presse.

3.2.29 Déménagement du secrétariat

En janvier de l'année sous rapport, le bailleur de la Gutenbergstrasse 9, nous informait qu'il entendait disposer de l'objet loué pour son propre usage. Un nouveau déménagement de notre secrétariat a dû être ainsi planifié et entrepris à court terme.

Le 1^{er} juillet déjà, notre secrétariat s'est déplacé à la Bolligenstrasse 52. Notre équipe du secrétariat, sous la direction de Mme Piroschka Wolf, a assumé avec succès et de manière digne d'éloge ce surcroît de travail, tout en poursuivant ses tâches de politique professionnelles et administratives nombreuses.

3.2.30 Anniversaires

Le Dr Thomas Eichenberger, avocat, est depuis 10 ans le secrétaire de notre société. Il supervise notre secrétariat du point de vue juridique et administratif, il appuie le président et le bureau en ce qui concerne la direction de notre Société des médecins et il est à la disposition de nos membres pour des conseils. Sa grande expérience et son réseau très étendu au sein et en dehors du domaine de la santé sont des plus précieux pour notre Société, en particulier dans les moments difficiles actuels.

3.2.31 Mutations

Mme Dr Ursula Steiner, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, s'est retirée en mai 2006, du comité cantonal. En sa qualité de vice-présidente de la FMH pendant de nombreuses années, malgré un engagement important au niveau de la FMH, elle assumait, dans des temps difficiles, le rôle très exigeant d'interface entre FMH et Société bernoise des médecins. Avec son intuition féminine et beaucoup de calme elle est parvenue à améliorer la qualité de cette relation.

Le Dr Adrian Sieber, spécialiste FMH en urologie, a quitté, au printemps 2006, le comité dans lequel il a représenté pendant de nombreuses années le cercle médical Emmental. En sa qualité de membre du groupe Economie au comité cantonal et de membre, dès les premières heures, du CA de PonteNova, il a contribué de façon déterminante à la maîtrise de la phase d'introduction de Tarmed BE et à la réalisation de la parité des données entre notre Société et santéuisse.

Le Dr Peter Baumgartner, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a été élu par l'assemblée des délégués du 30 mars 2006 nouveau représentant de l'Emmental au sein du comité cantonal.

Le Dr Daniel Marth, spécialiste FMH en urologie et président du CA en charge de Medphone, a été élu par l'assemblée des délégués du 30 mars 2006 nouveau représentant de Berne-Ville au sein du comité cantonal.

Le Dr Marcel Stampfli, spécialiste FMH en ORL et chirurgie maxillo-faciale, a été élu par l'assemblée des délégués du 30 mars 2006 nouveau représentant de Bienne-Seeland au sein du comité cantonal.

Le Dr R. Tognina, spécialiste FMH en médecine générale, membre du comité de l'association bernoise des généralistes (VBH), a été nommé par le comité délégué cantonal pour les questions d'assistance médicale, succédant au Dr Michel Marchev le 1^{er} juillet. Il représentera notre Société au niveau de l'association des professions médicales d'assistance (VMA) et du groupe de travail pour les assistantes médicales de la FMH.

M^e Philipp Straub, avocat, s'est retiré, fin juillet 2006, du poste de conseiller juridique pour nos membres. Il occupait un poste partiel à 20%.

M^e Urs Reinhard, avocat, occupe, depuis août 2006, la tâche de conseiller juridique pour nos membres. Il s'agit d'un poste partiel à 20%.

4 Qu'attendre de la politique de la santé en 2007

4.1 En Suisse

A la fin de l'année, le conseil fédéral a rejeté la convention sur la reconduction des mesures d'urgence pour les radiologues et cabinets indépendants. « Ces mesures exceptionnelles ne sont pas conformes à la LAMal. Les radiologues avaient obtenu ces mesures spéciales pour une période temporaire. En dépit des nombreux rappels de l'Office fédéral de la santé (OFSP), les partenaires tarifaires n'ont pas cherché de solution conforme à la loi. La décision du Conseil fédéral supprime désormais leur statut particulier. »¹⁸ Par la même occasion le Conseiller fédéral Couchepin déclarait à la Société de radiologie et à la FMH qu'il était prêt à négocier.

En mars 2007, a eu lieu le vote au sujet de l'initiative du PS pour une caisse unique et, ainsi qu'on pouvait s'y attendre, l'objet a été repoussé. La chambre médicale, devant l'insistance des médecins de Suisse romande, s'était prononcée en faveur de la liberté de vote, à une majorité très faible toutefois, 78 contre 77. La recommandation de voter non aurait été possible. Je pouvais comprendre

l'insatisfaction de nombreux-ses collègues devant la politique de confrontation d'un certain nombre de grandes caisses. Donner une leçon à ces caisses par l'intermédiaire de l'initiative du PS me paraissait toutefois dangereux et peu raisonnable du point de vue politique. La seule fiscalisation des primes réclamée par l'initiative aurait entraîné un doublement des impôts cantonaux.

En 2007 également, il faudra se prononcer sur l'initiative de l'UDC pour un financement raisonnable de la politique de la santé. Cette dernière exige entre autres la réduction du libre choix du médecin. « Il n'en résultera aucune conséquence négative pour les assurés. »¹⁹ Mais pour les patients, ce sera le cas ! Il n'est pas question de compensation des risques pour les patients à coûts élevés et la sélection des médecins occasionnant peu de coûts se fonde sur des critères définis par les caisses. Cette initiative de l'UDC permet ainsi une évaluation de l'économicité sur la seule base des coûts et ignore totalement le bénéfice social de nouvelles thérapies médicales. Il en résultera inévitablement une sélection des risques par les médecins conventionnés. En cas d'adoption de cette initiative de l'UDC, un référendum des médecins contre la limitation du libre choix du médecin, telle que prônée par l'initiative, ne serait plus possible.

Au cours de la session d'été probablement, on traitera, à côté du financement hospitalier, également de la compensation des risques. Dans l'année sous rapport, le Conseil des états s'est déjà prononcé en faveur d'une amélioration de la compensation des risques. L'attribution de la médecine de pointe au niveau suisse fait encore l'objet de débats. Les luttes de répartition se poursuivent essentiellement en Suisse allemande. Il ne devait pas y avoir de problème en ce qui concerne la répartition entre Suisse allemande et française ni au sein de cette dernière.

4.2 Dans le canton de Berne

Le 10 mai 2007, le bureau de pilotage de la CPP va procéder pour la première fois à une adaptation par canton, au 1.1.2008, de la valeur du point tarifaire, en fonction de l'évolution des coûts de l'assurance obligatoire au niveau des cabinets médicaux.

En juin 2007 aura lieu le casting de notre théâtre ambulatoire « Knock ou le triomphe de la médecine ». Souhaitons que nombreux-ses soient les médecins qui manifesteront leur désir de devenir des acteurs-rices.

En automne 2007, le Grand conseil va prendre une décision au sujet des soins hospitaliers dans le canton de Berne.

Conclusions

La santé, pour beaucoup, demeure le bien le plus précieux – elle se situe à une hauteur inatteignable. Plus nous vieillissons, plus nous pouvons à grand prix nous battre contre notre état d'être mortels. Si nous pouvions un jour – intervenir de façon efficace contre le vieillissement – il en résulterait des problèmes, des problèmes insolubles. Friedrich Nietzsche a esquissé une solution pragmatique et à visée d'efficacité pour ce grand bien qu'est la santé : « La santé correspond au niveau de maladie qui me permet encore de poursuivre mes occupations. »

Notre domaine de la santé va poursuivre ses changements rapides. J'ai confiance dans la capacité de nos médecins à faire face aux changements. Cette capacité seule ne va cependant pas suffire car il serait déraisonnable de penser que les décisions dans le domaine de la politique de la santé peuvent toujours être prises de manière rationnelle. Notre population a un grand sens de la qualité et la qualité est et demeure une valeur centrale de notre domaine de la santé.

Il n'y a aucune raison de penser que nous allons manquer de travail – ce serait plutôt le contraire. Plutôt que préparer leur retraite, les médecins de plus de 50 ans devraient apprendre à faire face et à s'adapter aux nouvelles conditions cadres démographiques : restez encore un moment ! Croyez-moi, l'économie et la politique vont créer les conditions cadres susceptibles de tenter certains d'entre nous.

Le comité de la Société bernoise des médecins va continuer de s'engager en faveur de conditions cadres acceptables pour les médecins, en faveur de soins aux patientes et patients de haute qualité et pour des solutions dans le domaine de la santé orientées vers l'avenir, élaborées sur une base partenariale et respectueuses de la dignité et de l'autonomie de ceux qu'elles concernent.

- 1 OECD Health Data, Paris, 17 octobre 2006.
- 2 Forum européen sur la politique de la santé: Ärzte wechseln immer mehr in fachfremde Berufe. Deutsches Ärzteblatt online; 10 octobre 2006.
- 3 Bernie Ecclestone, « grand argentier » de la F 1. Interview dans NZZ am Sonntag ; 31.12.2006 : p. 30.
- 4 Prof. Franz Jaeger, prof. ordinaire d'économie politique, université de St-Gall. Ist die Schweiz noch zu retten ; conférence, Gampelen : 19 mai 2006.
- 5 Coût et financement du système de santé 2004. Office fédéral de la statistique : p. 38.
- 6 Rapport de l'OCDE sur le système de santé suisse. 18.10.2006.
- 7 Reto Schlatter. Der teure Luxus hat System. Credit Suisse, Bulletin 2/2006, p. 13.
- 8 Examens finals des hautes écoles universitaires. Office fédéral de la statistique (OFS), Neuchâtel 2006.
- 9 Enquête auprès des médecins assistant-e-s. Université de Zurich, Sozialforschungsstelle, 2005. Publié notamment dans Bull. Médecins suisses 2006.
- 10 Office fédéral de la santé publique. Professions de la santé; analyse de la problématique 2006: <http://www.bag.admin.ch/themen/berufe/oo413/01260/index.html?lang=de>.
- 11 Rezepte gegen Ärztemangel. Podiumsdiskussion an der Universität Bern zum Reformbedarf in Medizinstudium und Gesundheitswesen. Der Bund 3 février 2005, p. 31.
- 12 Stefan Schmid. Krankenschwestern statt Hausärzte. Conférence de presse avec le Conseiller Fédéral Couchepin, Ile St-Pierre. Der Bund, 30 août 2006.
- 13 Office fédéral de la statistique, statistiques économiques cantonales de 2005, publiées en 2006.
- 14 Barbara Egger, membre du conseil exécutif du canton de Berne, directrice des travaux publics, des transports et de l'énergie. Hearing du 11.1.2007.
- 15 Il faudrait annuellement 1,5% de la valeur des routes et seuls 0,3% peuvent être engagés.
- 16 Stefan Schmid. Krankenschwestern statt Hausärzte. Conférence de presse avec le Conseiller Fédéral Couchepin, Ile St-Pierre. Der Bund, 30 août 2006.
- 17 Der Dialog über die Nationale Gesundheitspolitik hat Form und Takt gefunden. Newsletter Politique nationale suisse de la santé, décembre 2004: p. 1. www.nationalesgesundheit.ch
- 18 Le Conseil fédéral contraint les radiologues indépendants à appliquer les tarifs du TARMED. Office fédéral de la santé publique ; section tarifs et prestations. Communiqué de presse du 21.12.2006.
- 19 Service de presse de l'UDC Suisse, 10 février 2003.

Calendrier 2007

21 juin 2007
Assemblée des délégués



Impressum

doc.be, Organe de la Société des médecins du Canton de Berne – Edité par la Société des médecins du Canton de Berne, Bolligenstrasse 52, 3006 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, Bolligenstrasse 52, 3006 Berne

Tél. 031 330 90 00; Fax 031 330 90 03;

E-Mail: pwolf@bekag.ch

Layout: Peter Gaffuri AG, Grafisches Zentrum, Kornhausplatz 7, 3011 Bern, www.gaffuri.ch

Impression: Druckerei Hofer Bümpliz AG, 3018 Bern

Edition avril 2007

Société des médecins du canton de Berne : 200 ans de médecine au bénéfice de la population



Nous avons des raisons de nous réjouir :
la Société des médecins du canton de Berne fête son 200^{ème} anniversaire en 2008/2009¹

Nous allons mettre à profit cette occasion pour présenter la SMCB, une organisation dynamique qui agit en respectant l'éthique, qui a le sens des responsabilités et des traditions tout en étant ouverte vers l'avenir.

Pour planifier, organiser et mettre en œuvre les cérémonies de l'anniversaire, le comité de la Société des médecins du canton de Berne a appelé un comité d'organisation formé de personnalités motivées et expérimentées venant de ses propres rangs.

Les cercles médicaux et les sociétés de discipline sont nos ambassadeurs. Le comité d'organisation de la SMCB apporte son soutien et aide à la réalisation de commémorations régionales.

A côté de différentes manifestations, il est prévu de représenter l'oeuvre théâtrale « Knock ou le triomphe de la médecine » qui sera interprétée pour les habitants du canton de Berne par des médecins bernois et des proches. Vous trouverez avec cet envoi un flyer qui vous permettra de vous annoncer pour le casting.

Vous pouvez trouver des informations complémentaires sur la commémoration de l'anniversaire dans les prochaines éditions de doc.be.

¹ La société des médecins du canton de Berne a été fondée le 9 octobre 1809 à Berthoud sous le nom de « medizinische-chirurgische Gesellschaft »

Medizinerorchester Bern
Benefizkonzert zu Gunsten ahal
Schweizerisches Zentrum für Allergie, Haut und Asthma
Sonntag, 24. Juni 2007, 19 Uhr, Kultur-Casino Bern
Matthias Kuhn, Dirigent
Adrian Cioban, Oboe

Johann Strauss
Ouverture zu «Der Zigeunerbaron»

Joseph Haydn
Konzert für Oboe und Orchester C-Dur

Johannes Brahms
Ungarische Tänze Nr. 1, g-moll und Nr. 3, F-Dur

Michael Haydn
Sei Tedeschi

Johann Strauss
Kaiser-Walzer

Tickets
Vorverkauf und Reservation: Musikhaus Krompholz, Spitalgasse 28, Bern
Telefon 031 328 52 00, Abendkasse ab 18 Uhr

Médecine de famille Zurich montre l'exemple



Sandra Küttel,
service de presse
et d'information

Les jeunes médecins, femmes et hommes, ne sont pas incités à se spécialiser en vue de devenir des médecins de famille. Ils sont également pénalisés au niveau financier : un médecin assistant, qui se forme dans un cabinet médical, est payé environ 6'000 francs, alors que son collègue employé dans un hôpital peut compter sur 8'000 francs.

Une enquête de la Société des médecins zurichois a montré que 60 pour-cent des médecins de famille du canton de Zurich sont âgés de plus de 50 ans et qu'un bon quart – surtout des femmes – travaille à temps partiel. Sachant qu'il faudra compter à moyen terme sur une pénurie de médecins, la conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) a décidé, au cours de l'automne dernier, de lancer le projet « Financement de la formation postgrade spécifique » qui comprend plusieurs modèles de financement. Récemment, la direction de la santé publique zurichoise a autorisé un projet pilote pour la promotion de la médecine de famille. A compter du 1^{er} mars 2007, chaque année, 5 postes d'assistant de cabinet pour de futur-e-s médecins de famille seront financés partiellement durant 6 mois. La direction de la santé prend trois quarts du coût du salaire à sa charge et le proprié-

taire du cabinet un quart. Les assistants sont ainsi mis au même niveau que ceux qui sont en formation postgrade dans un hôpital. C'est un pas de plus en direction de la promotion d'une formation adaptée des futur-e-s médecins de famille.

En peu de temps, l'unité de médecine de famille de l'université de Zurich, en collaboration avec le Kollegium für Hausarztmedizin et le médecin cantonal, ont élaboré un projet pilote. C'est l'unité de médecine de famille qui se charge de la planification du contenu et qui joue le rôle d'intermédiaire, le déroulement administratif est réglé par le Kollegium für Hausarztmedizin, qui organise depuis 1999 de telles assistances de cabinet.

Plusieurs demandes de poste d'assistant de cabinet sont déjà parvenues des différentes parties du canton de Zurich. L'ensemble du projet bénéficie d'une subvention de 540'000 francs de la direction de la santé répartie sur trois ans. Il faut souhaiter que la décision du canton de Zurich de mettre à disposition une somme importante pour des soins à la population couvrant la totalité du territoire sera suivie par d'autres cantons suisses.

Wir lassen Sie nicht einfach hängen

Einzelversorgung für Freipraktizierende
Sonderbesonderheiten: Zeiten, beschränkt am
Parkplatz, Unmöglichkeit, einbauen. Alle Ge-
massenschaft ist die Ärzteschaft, die im Falle
Ihre Kunden mit Mitgliedern, die freiprakti-
zieren. Ärzte sind im Übrigen verpflichtet,
Mitglied der örtlichen Ärzteschaft zu sein.
Sie sind der besten Beitrag zur Einzelver-
sorgung der Patienten und ihrer Angehörigen.

Ä R G M
ÄRZTEKAMMER
GEMEINSCHAFT
BERN
GEMEINSCHAFT
BERN

Die Ärzteschaft ist auf Ihrer Seite

Seitensatznummer: 000 10000
Telefonnummer: 031 371 40 44
www.aerztekammer.ch
www.gesundheitskammer.ch

Unser Doktor heisst René.

Eine Frage, ein Anruf, eine Antwort. Und wenn René nicht zu sprechen ist, dann Hélène, Egidio, Ernst oder Hans. Insgesamt sind 5 FAITH-Spezialisten für Sie da und helfen gerne bei der Beurteilung und Interpretation der Ergebnisse. Versteht sich: alle mit über 20-jähriger Laborerfahrung. Aber Freude an der Arbeit wie am ersten Tag. Wie unsere 45 anderen MitarbeiterInnen auch, Doktor hin oder her.

medics labor
professionell und persönlich

medics labor AG
Chutzenstrasse 24
3001 Bern
info@medics-labor.ch
www.medics-labor.ch

T 031 371 20 02
F 031 371 40 44