



ÄRZTEGESELLSCHAFT  
DES KANTONS BERN  
SOCIÉTÉ DES MÉDECINS  
DU CANTON DE BERNE

N° 1 / février 2013  
www.berner-aerzte.ch

## Sujets de cette édition:

Rapport de gestion  
de l'organe de médiation 2

Nouveau membre  
du comité de la SMCB:  
Alex Schallberger 2

Petits hôpitaux de soins  
aigus non rentables?  
Une étude révèle des aspects  
surprenants. 3

Un enfant fragile atteint  
ses 30 ans 5

La SMCB rencontre  
les PME bernoises 8

«Nos intérêts se recoupent  
souvent» 9

Un sommeil réparateur  
grâce à MEDPHONE 10

Controverse autour de  
l'évaluation de la qualité dans  
le domaine médical 11

Le leadership 2.0 requiert une  
nouvelle culture de manage-  
ment chez les médecins  
dirigeants des hôpitaux 13

## De la nécessité médicale à la contrainte politique



«Pourquoi pas tout de suite», telle aurait pu être notre répartie lorsque notre Ministre de la santé a présenté récemment ses nouveaux projets en matière de soins hospitaliers. C'est une concession. Après l'opposition massive qu'il avait suscitée, à son grand étonnement. La balle se trouve à présent dans le camp du Grand Conseil, et notamment dans celui des partis bourgeois. Le Ministre de la santé a opté pour un parcours difficile: au cours des entretiens au sommet de la Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale et de la SMCB, je lui avais déjà fait remarquer qu'il était possible de bénéficier des connaissances spécifiques très étendues de la Commission des soins hospitaliers. Mais sa Direction de la santé et lui-même ont préféré accomplir un travail important – au-delà des réalités – et ont été récompensés.

Que le canton souhaite et soit dans l'obligation de diriger notre système de santé publique est son droit incontesté. Mais il est inadmissible qu'il cherche à fausser le jeu de la concurrence. Un fonds de compensation, de quelque nature qu'il soit, présente la menace d'une économie planifiée et favorise surtout le maintien des structures existantes. Le paysage hospitalier bernois tel que nous le connaissons aujourd'hui a été créé à la fin du 19<sup>e</sup> siècle. A cette époque, il était important de veiller à ce que chaque Bernoise ou Bernois puisse se rendre à l'hôpital en une heure au maximum, que ce soit avec un cheval ou une charrette. La médecine et la communication ont connu depuis une grande révolution. Aujourd'hui, radiographies et électrocardiogrammes se transmettent en quelques secondes, même à grande distance. Et en quelques clics, le médecin de premier recours contacte le spécialiste. Les voies d'accès sont en outre de plus en plus courtes.

Mais en même temps, nous assistons à une intensification de la concurrence entre les hôpitaux. La concentration des sites hospitaliers ne signifie cependant pas que la qualité de la prise en charge des patients se dégradera. Toutefois, si nous restons attachés à des sites et des prestations pour des raisons de politique d'approvisionnement et si nous les maintenons artificiellement en vie à grand renfort de subventions, nous entravons le libre jeu de la concurrence. Nous ne parviendrons jamais à diminuer les coûts de la santé de cette manière. Une divergence entre nécessité médicale et contrainte politique apparaît à ce niveau. Le corps médical et les milieux politiques doivent agir de concert!

Christian Gubler, docteur en médecine  
Vice-président de la Société des Médecins  
du Canton de Berne

## Rapport de gestion de l'organe de médiation

En 2012, nous avons traité 60 demandes, dont deux étaient encore en cours d'examen à la fin de l'année. Nous continuons à traiter ces requêtes. Comme l'année précédente, les femmes ont été plus nombreuses que les hommes à nous solliciter: 34 contre 26.

Des problèmes de communication donnant lieu à des malentendus et à des erreurs d'interprétation sont principalement à l'origine des situations de conflit entre les médecins et leurs patients (31 cas au total). Il a été intéressant de constater que 19 requêtes sur 31 concernaient une réclamation ou une erreur d'interprétation de la note d'honoraires.

Vingt-deux demandes nous ont été adressées par des patients insatisfaits des résultats du traitement (notamment interventions chirurgicales et efficacité des médicaments). Dans neuf cas, des problèmes de communication avec le médecin sont apparus au cours du traitement. Des problèmes d'assurance (AI, SUVA) concernaient cinq autres requêtes. Deux demandes sont encore en cours d'examen; nous trouverons des solutions en 2013.

Des dialogues noués entre les médiateurs et les patients, des entretiens téléphoniques et des courriers échangés avec les patients et leurs médecins (31) ont permis de résoudre la plupart des situations de conflit résultant de problèmes de communication.

Notre service juridique a été consulté à cinq reprises (deux problèmes d'assurance, deux situations de conflits en raison de difficultés de communication et une plainte déposée par un patient insatisfait des résultats du traitement et de la note d'honoraires), ce qui nous a permis de renouer le dialogue et de trouver des solutions satisfaisantes, ou acceptables, pour trois de ces cas.

*Beat & Helene Baur,  
médiateurs SMCB*

## Nouveau membre du comité de la SMCB: Alex Schallberger

*Depuis l'été 2012, Alex Schallberger représente le cercle médical de l'Oberland bernois au sein du comité de la Société des Médecins du Canton de Berne. Voici un autoportrait.*

*Alex Schallberger,  
membre du comité de la Société des Médecins*

Avec mes deux frères et sœurs, j'ai été élevé au sein d'une famille unie à Stans, dans le canton de Nidwald. «Bricoleur» enthousiaste, j'ai rapidement été fasciné par la mécanique et la statique dans l'entreprise familiale de machines agricoles. Souhaitant devenir orthopédiste, j'ai décidé de suivre un cursus universitaire de médecine à Berne, sanctionné par un diplôme obtenu en novembre 2000. J'ai développé mes connaissances de base en médecine et en orthopédie dans les hôpitaux cantonaux de Nidwald et de Fribourg, ainsi qu'à l'hôpital universitaire de Berne. En 2007, j'ai obtenu mon titre de spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Dès le début, j'ai été vivement intéressé par l'épaule et la traumatologie.

Pendant ma formation postgraduée, j'ai pu approfondir mes connaissances techniques dans la chirurgie de l'épaule et du coude en occupant une fonction de médecin-chef auprès du Professeur Gerber de la clinique universitaire de Balgrist et en tant qu'observer fellow au Canada, aux Etats-Unis et en France où j'ai travaillé en étroite collaboration avec des éminents spécialistes. L'étape suivante a offert un contraste saisissant à la médecine moderne hautement spécialisée: j'ai découvert la prise en charge médicale et les possibilités thérapeutiques dans un pays en voie de développement en participant à un AO reversed fellowship en Erythrée. Ce projet, toujours en cours, m'a permis de vivre une expérience enrichissante, très édifiante et inoubliable! Depuis novembre 2010, j'occupe le poste de médecin-chef à la clinique orthopédique de l'hôpital d'Interlaken. Responsable de la traumatologie de l'appareil locomoteur et de la prise en charge orthopédique, j'effectue également l'ensemble des interventions chirurgicales électives de l'épaule et du coude en ma qualité de responsable des extrémités supérieures. Je suis entièrement satisfait de cette activité professionnelle intéressante et gratifiante.



Je me suis marié en 2004 et je suis très heureux en ménage. A la fin de l'année dernière, nous avons eu le bonheur de voir naître notre fils Lorin. Ma famille et mon cercle d'amis me soutiennent et m'offrent un cadre idéal pour me ressourcer. Les activités sportives me permettent de me détendre et je pratique avec enthousiasme le vélo, le jogging et le ski dans le merveilleux panorama de l'Oberland bernois.

Dès ma jeunesse, je me suis intéressé à la politique locale et nationale. Les médecins engagés en politique peuvent se faire entendre et contribuer à l'organisation de la politique de santé publique. Je suis heureux de pouvoir représenter et préserver les intérêts des hôpitaux publics et de la Société des Médecins dans l'est de l'Oberland bernois.

Soins hospitaliers

## Petits hôpitaux de soins aigus non rentables? Une étude révèle des aspects surprenants.

*La loi sur les soins hospitaliers remet à l'ordre du jour le débat sur les sites hospitaliers. Il s'agit aujourd'hui de lutter contre les surcapacités. La pression exercée sur les petits hôpitaux de soins aigus périphériques s'accroît. La structure de leurs coûts serait trop défavorable, selon l'avis général des économistes de la santé et des gestionnaires en milieu hospitalier. Le réseau de médecins de Langnau présente une étude réalisée par la société de conseils MKR Partner pour rectifier le cours des événements.*

*Hans Hoppeler, Markus Bieri, Jürg Müller, Oliver Richner*

Les chiffres disponibles en Suisse sont clairs: les grands hôpitaux ne travaillent pas de façon plus avantageuse. Une évaluation des données collectées par «Spital-Benchmark» en 2006<sup>1</sup> a permis de constater que les hôpitaux de 3000 à 15 000 cas disposent des structures de coûts les plus avantageuses. Mais les écarts sont considérables (cf. illustration 1). Cet éventail indique que d'autres facteurs influencent fortement les coûts par cas traités dans les hôpitaux. Les données sont explicites: les coûts connaissent une forte progression à partir de 20 000 cas par an. Cette augmentation s'explique vraisemblablement par la complexité croissante des cas traités dans les grands hôpitaux et les sources d'inefficacité correspondantes (niveaux hiérarchiques supplémentaires, frais de communication, catalogue des prestations, mise en œuvre de technologies plus performantes, etc.).

### Petits hôpitaux sous pression

Les petits hôpitaux périphériques du canton de Berne sont généralement liés à une maison mère de taille plus importante et sont exposés depuis plusieurs années à la fermeture de leurs locaux – directement ou insidieusement par une limitation du catalogue des prestations ou des dépenses d'investissement. La population, mais aussi les médecins de famille installés dans les régions concernées s'opposent à de telles démarches, comme l'illustre le cas de Langnau. Le groupe «Regionalspital Emmental» réunit les hôpitaux de Langnau (2616 cas stationnaires, 8078 cas ambulatoires en 2011) et de Berthoud (5953 cas stationnaires, 30 055 cas ambulatoires) et bénéficie d'un contrat de prestations avec le Conseil-exécutif pour la prise en charge de la population dans cette région.

### Les meilleurs scénarios: agrandissement modéré ou statu quo

L'étude réalisée par MKR Partner repose sur une allocation des coûts et des bénéfices en fonction de la source pour les deux sites hospitaliers de Langnau et de Berthoud. L'étude permet ainsi la modélisation de différents scénarios (cf. illustration 2) par rapport à la situation actuelle (V1) de l'hôpital de Langnau:

- la fermeture sans aucune compensation de l'hôpital de Langnau (V2);
- la fermeture de l'hôpital de Langnau et la mise en œuvre d'un centre de santé (V3);
- l'optimisation du taux d'occupation des lits de l'hôpital de Langnau (V4), et
- l'autonomie de l'hôpital de Langnau et la rupture avec le groupe RSE (V5).

Le modèle tient également compte de coûts socioéconomiques comme les transports supplémentaires de patients ou de visiteurs et des incidences sur la fiscalité régionale. L'étude aboutit à des conclusions parfois surprenantes: les résultats de l'hôpital de Langnau sont positifs après une répartition

effectuée en fonction des sources de coûts. Toutefois, l'hôpital se situe juste au-dessus du point de breakeven et réaliserait des pertes s'il traitait 200 cas de moins par an. Les scénarios «Fermeture de Langnau» et «Mise en œuvre d'un centre de santé» ne sont pas des solutions acceptables, en raison d'une faible rentabilité et d'investissements importants. L'optimisation du taux d'occupation des lits de Langnau, c'est-à-dire une augmentation d'environ 500 cas stationnaires par an, offre de meilleures perspectives. Les charges permanentes seraient mieux réparties et les dépenses d'investissement restent raisonnables.

### La qualité: un argument en faveur des hôpitaux de soins aigus périphériques

La qualité entre également dans le débat suscité par les auteurs de l'étude dans le contexte de la consolidation des hôpitaux de taille modeste. Les arguments énoncés sont particulièrement intéressants d'un point de vue médical.



Des hôpitaux périphériques comme Langnau sont d'importants lieux de formation postgraduée et des nœuds de jonction indispensables aux réseaux locaux de médecins de famille et de médecins hospitaliers.

Photo: mäd

L'hôpital de soins aigus périphérique comme lieu de formation: la plupart des médecins de famille installés dans la région ont suivi une partie de leur formation postgraduée à l'hôpital de Langnau (ou dans un hôpital de structure similaire). Ce facteur a été déterminant dans le choix de leur parcours professionnel et du site d'implantation de leur futur cabinet. Un hôpital de soins aigus périphérique joue ainsi un rôle fondamental pour ce qui est de l'apport durable en médecins de famille dans les régions concernées.

L'hôpital de soins aigus périphérique comme ressource médicale: la formation postgraduée et la formation continue proposées par un hôpital de soins aigus périphérique favorisent la création d'un réseau local très dense de médecins de famille et de médecins hospitaliers. La communication est nettement simplifiée. L'augmentation des spécialités médicales et des formations de plus courte durée donnent naissance à une nouvelle catégorie de médecins de premier recours. La prochaine génération de médecins de famille ne travaillera en effet plus de façon isolée, mais dans des cabinets médicaux de groupe, et les sites exposés ne seront pas retenus pour l'implantation de tels cabinets. Un hôpital de soins aigus périphérique peut soutenir les médecins de famille dans la prise en charge des urgences. Si ces structures hospitalières devaient effectivement disparaître, nous assisterions à moyen terme à une diminution du nombre de médecins de famille dans les régions périphériques.

### Consolidation du site de Langnau au sein du groupe RSE

Dans le cadre de la structure organisationnelle, les auteurs de l'étude recommandent une consolidation du site de Langnau. Les médecins-chefs disposeraient à l'avenir d'une plus grande autonomie et ne travailleraient plus en étroite collaboration avec leurs confrères de Berthoud. Les responsables du site hospitalier devront toutefois faire preuve d'une grande compétence pour développer le nombre de cas traités à l'hôpital de Langnau: les médecins assignants ont déjà commencé à adresser leurs patients à d'autres hôpitaux, surtout pour des interventions chirurgicales et des traitements orthopédiques.

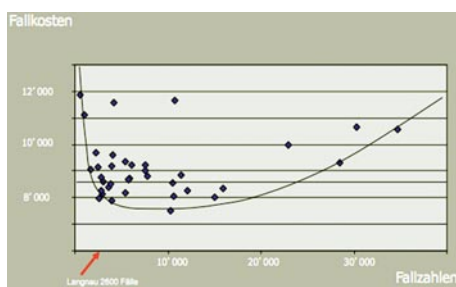


Illustration 1: Coûts par cas

Une évaluation des données Spital-Benchmark de 2006 permet de constater que les hôpitaux de 3000 à 15 000 cas présentent les structures de coûts les plus avantageuses.

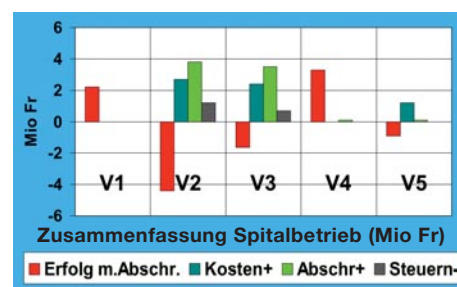


Illustration 2: Coûts

L'étude modélise cinq scénarios différents pour l'hôpital de Langnau. Conclusion: une optimisation du taux d'occupation des lits est la meilleure solution (V4).

courte interview

## Le design de l'étude suscite des interrogations. doc.be se renseigne.

### Doc.be: L'étude repose sur une allocation des coûts et bénéfices en fonction de la source. Qu'en pensez-vous? Et quels sont les avantages de cette méthode?

Afin de pouvoir mener un débat sérieux sur la conservation ou la fermeture des hôpitaux, il faut disposer d'un compte de résultat distinct pour chacun d'entre eux. Ce qui n'est pas le cas aujourd'hui, car la plupart des bilans sont établis pour des entreprises (donc le groupe RSE dans notre cas). Il est impossible d'évaluer le résultat, et donc la rentabilité, sur de telles bases. Notre étude offre une approche différente, car elle impute les frais fixes et variables à la source respective, directement ou en utilisant des clés de répartition. Cette méthode offre la possibilité de s'appuyer sur des données réelles pour discuter de scénarios comme «fermeture» ou «consolidation» et ouvre même de nouvelles perspectives.

### Les chiffres-clés de l'hôpital entrent évidemment dans votre calcul, mais vous tenez également compte des coûts socioéconomiques pour les patients et les contribuables. Est-ce qu'un hôpital doit réellement être maintenu pour des raisons de proximité? Votre approche serait-elle une astuce méthodologique?

C'est avant tout une autre méthode ou plutôt une autre perspective. Elle n'est ni meilleure, ni pire qu'une approche purement économique. Son objectif est de considérer les faits sous un angle plus large, de s'écarter d'une politique à courte vue et d'atteindre une plus grande profondeur dans les débats. Nous ne pouvons pas reprocher aux gestionnaires des hôpitaux de considérer leurs activités sous un angle économique. Mais l'accès aux soins de santé est un devoir public. Les politiciens responsables de la santé ne doivent pas seulement agréger des données économiques, mais aussi résoudre le problème d'un point de vue socioéconomique. Il faut tenir compte de la chaîne d'approvisionnement dans son intégralité (médecin de famille – soins de premier recours dans la médecine aiguë – médecine de pointe). La proximité n'est pas uniquement un argument en faveur des hôpitaux régionaux; elle facilite l'accès aux soins de premier recours à toute la population.

<sup>1</sup> Spital-Benchmark est une association à laquelle adhèrent volontairement des hôpitaux dans le but d'établir une comparaison des coûts et des prestations. Les données actuelles de benchmarking représentent 35% de tous les patients bénéficiant d'un traitement stationnaire en Suisse.

## Un enfant fragile atteint ses 30 ans

*Benedikt Horn jette un regard sur 30 ans de médecine de famille à l'université de Berne et nous prépare à l'anniversaire de la Journée des médecins de famille du 7 mars 2013.*

*Benedikt Horn, Prof. em*

Le «directeur de conscience» du premier institut académique de médecins de famille en Suisse est une femme: Susanne Burke de Steffisburg. Malheureusement, elle décède d'un cancer peu après la fondation de l'Instance facultaire de médecine générale (FIAM). Avec Simon Burkhardt, une autre force motrice de la médecine de famille nous quitte trois ans plus tard. Susanne et Simon auraient été très heureux de voir ce que sont devenues leurs visions! Les autres membres fondateurs de la FIAM, Paul Brütsch, Hugo Flückiger et Werner Ringli, ont vaillamment résisté, parfois pendant plus de 20 ans. Quelquefois avec la double charge d'un cabinet et d'un 20% à la FIAM comme l'ont fait Benedikt Horn, Aloys von Graffenried, puis Andreas Rothenbühler.

### **Motion «Kipfer» et reconnaissance académique**

Bien entendu, les politiciens et la faculté ont fait partie intégrante de l'aventure. En 1977, Kipfer, député au Grand Conseil, dépose une motion exigeant une formation en médecine de premier recours pour les étudiants. Le 19 janvier 1983, le gouvernement décide d'engager sous contrat de droit public des médecins externes qui se partagent à 20% chacun un poste de médecin-chef. En décembre 1985, la faculté de médecine confirme la FIAM. La médecine de famille est ainsi reconnue définitivement comme une profession académique à l'université de Berne. Pendant une vingtaine d'années, le Collège de Médecine de Premier Recours, constitué à parts égales de médecins et de membres de la faculté, est le lien incontournable entre la faculté et les médecins de famille. Les Prof. Hugo Studer et Edgar Heim, puis August Wick marquent le destin de la FIHAM en faisant preuve de prudence et de circonspection dans la direction des affaires. Urban Wirz, Michael Deppeler, Martin Isler et Isabelle Taddei laissent des traces indélébiles au sein de la

FIHAM et nous apprennent que la double charge représentée par leur pratique et la FIHAM n'est pas toujours facile à assumer pour le cabinet et la famille.

### **Hygiène mentale pour le médecin de famille**

A l'occasion du dixième anniversaire de la FIAM, Thomas Vögeli présente un exposé magistral sur le thème «Quelle dose d'hygiène mentale pour le médecin de famille?». Nous devons apprécier nos familles à leur juste valeur, car elles nous permettent de nous ressourcer! Ne les oublions jamais dans nos projets et nos engagements! La faculté accorde le titre de professeur honoraire aux cinq membres de la FIHAM pour les remercier du travail accompli et pour les inciter à poursuivre sur cette voie. J'avais déjà à deux reprises, il y a 20 puis 10 ans, formulé l'objectif de cette formation, peut-être avec un certain pragmatisme: les médecins ne s'évanouissent pas quand ils doivent intervenir sur un vol long-courrier. Ce qui place la barre très haut, pour les étudiants, mais aussi pour les conférenciers et les médecins formateurs dans les cabinets. On peut aussi formuler cet objectif en des termes plus académiques: à la fin de leurs études en médecine de famille, des «spécialistes de la multimorbidité» peuvent assurer les soins de premiers recours, poser un diagnostic vraisemblable grâce à une anamnèse ciblée et à un examen clinique, et entreprendre en temps utiles toutes les mesures nécessaires (de l'alerte immédiate et de la réanimation cardiaque à «l'attente sous surveillance»).

### **Formation sur place**

Pendant de nombreuses années, des cours de deux jours en médecine de premier recours sont donnés dans l'amphithéâtre, mais l'enseignement de groupe dans les cabinets est le modèle dominant de la formation: cinq étudiants suivent des cours d'une

demi-journée pendant cinq semaines. Le programme qui semble sommaire est intense, rationnel et laisse des traces durables dans l'esprit des étudiants. C'est un apprentissage «sur place», là où les hommes vivent, travaillent, tombent malades et cherchent une aide qui, je l'espère, leur sera aussi accordée dans le futur. Peu après, la collaboration avec les médecins de famille qui donnent des conférences à thèmes s'intensifie. Je remercie vivement tous les responsables de cliniques et d'instituts de leur coopération active, surtout Ueli Bürgi. Mes remerciements s'adressent aussi à tous les confrères, d'Oberhasli au Jura bernois, qui ont souvent sacrifié une demi-journée de travail pour assurer un cours d'une heure. A cette époque cependant, les étudiants critiques dans les amphithéâtres perçoivent le médecin de famille comme un personnage utopique. Par la suite, l'enseignement de la médecine de premier recours à l'hôpital universitaire du centre se reporte sur les cabinets, un fait réjouissant, mais qui pose d'ores et déjà à l'Institut bernois de médecine de famille (BIHAM) des problèmes qui gagneront en complexité dans un proche avenir.

### **Les meilleures notes grâce aux 600 médecins formateurs**

Aujourd'hui, l'enseignement en cabinet de médecine générale est le fil rouge de la formation. Il ne saurait exister sans le précieux concours de quelque 600 – et ce n'est pas une faute! – médecins formateurs dans les cabinets. Les meilleures notes sont attribuées à la médecine de premier recours de Berne, non seulement par un comité d'experts internationaux, mais aussi par les étudiants. Les conditions-cadres de notre travail ne se sont guère modifiées au fil des trente dernières années. Au premier plan se trouve une coopération active avec

- les associations de spécialistes et la société de médecins cantonale;
- toutes les instances de la faculté de médecine de notre université;

- les instituts de médecine de famille en Suisse et à l'étranger (grâce au pionnier Werner Ringli);
- les organes de planification du cursus universitaire et l'Institut d'enseignement médical (une grande performance de Peter Frei);
- les députés intéressés siégeant au Grand Conseil et à la Direction de l'instruction publique;
- les organismes de soins externes aux hôpitaux, sachant que les organismes non contactés à ce jour le seront bientôt.

Cette coopération nous caractérise comme une spécialité médicale autonome!

Sur requête de la FHAM, l'université de Berne confère le titre de docteur honoraire à deux confrères: en sa qualité de chirurgien et d'orthopédiste, le Dr h.c. Herrmann Oberli a accompli un excellent travail préparatoire à Honiara (Iles Salomon) et a initié de nombreux étudiants bernois aux secrets de la chirurgie – avec des notes excellentes. Le Dr h.c. Tino Röhliberger, d'Arosa, a permis à plus de 30 assistants d'étudier la médecine pratique de A à Z dans son cabinet, en dehors des hôpitaux. Pendant trois décennies, il était en outre le moteur de la formation postgraduée des médecins de famille d'Arosa. Chers Hermann et Tino, nous vous remercions chaleureusement de votre feu sacré. Vous avez toujours fait preuve de pragmatisme et êtes les garants d'une médecine de grande qualité.

### Plus de médecins de famille pour le même budget?

Et l'avenir? Après plus de 10 ans, certains politiciens ont appris à leurs propres dépens que la vieillesse n'épargne pas les médecins de famille. Aujourd'hui, les parle-

mentaires de tous horizons exigent un plus grand nombre d'étudiants et de médecins de premier recours – bien entendu à coûts égaux. Le moratoire sur les dépenses me fait sourire. Ceci à une époque où la population floue l'Etat de quelque 120 millions par an pour pouvoir conduire à meilleur marché. La facture sera douloureuse, surtout dans le domaine de la formation.

Certains médecins de famille partent à la retraite, d'autres rejoignent des cabinets de groupe pour disposer des meilleurs atouts au moment de leur départ. De telles décisions sont certes raisonnables et porteuses d'avenir, mais elles présentent de grands risques pour la formation de la nouvelle génération. Alors que cinq médecins de premier recours formaient cinq étudiants au sein de leurs cabinets, un seul étudiant intégrera plus tard un cabinet de groupe pour être formé aux secrets de la médecine. Chers confrères, la BIHAM vous prie instamment de veiller à la formation des étudiants, même dans les cabinets de groupe. Et si un étudiant devait être quelque peu récalcitrant, profitez tout de même de cette occasion pour en faire un médecin capable, voire un bon médecin. D'autant plus que la prochaine étudiante sera certainement d'une intelligence hors norme, saura prendre des initiatives et sera très motivée. La fameuse courbe de répartition de Gauss intervient aussi à ce niveau...

### L'appel des spécialités

La formation postgraduée était et sera toujours d'actualité. Le curriculum de formation postgraduée initié il y a 30 ans par le Prof. Mumenthaler a finalement connu un échec après 10 ans de succès, en raison de contrats trop fréquemment résiliés à court terme par les assistants. Hier comme aujourd'hui, de nombreux assistants décident en effet de renoncer à une formation de médecin de premier recours pour une carrière de spécialiste. Les exigences posées aux spécialistes de la multimorbidité sont très élevées. «Fais de même», telle est l'inscription qui figure au-dessus de l'entrée latérale de la cathédrale de Berne. La formation postgraduée est intimement liée au nom de Bernhard Rindlisbacher qui s'engage avec zèle depuis de nombreuses années pour les aptitudes pratiques. Repasser régulièrement l'examen de spécialiste est une option qui devrait être mûrement réfléchie. Une telle décision se prend rapidement, mais comme toujours, le diable se cache dans les détails. Un pur contrôle de connaissances est insuffisant. A quoi sert-il de savoir qu'un massage car-

diacque peut sauver la vie d'autrui si on est incapable d'identifier rapidement un arrêt cardiaque et de pratiquer immédiatement un massage thoracique? Il est plus important de comprendre que les capacités et la dextérité doivent être développées en cabinet. Il serait intéressant de ressortir le dossier EVA – une évaluation du cabinet effectuée sur place par les confrères. Ce projet a échoué il y a une quinzaine d'années parce que les Suisses n'apprécient guère le regard d'autrui dans la conduite de leurs affaires. Je souligne: EVA, c'est génial!

Une rétrospective des trente dernières années fait aussi apparaître les «éternels» problèmes:

- les attentes élevées de la population qui s'opposent à la politique financière restrictive;
- l'opinion des spécialistes qui pensent que la formation dans le cabinet du médecin formateur est effectuée sans unité de doctrine, qu'elle n'est pas assez académique, mais trop pratique et pragmatique;
- le reproche que certains formateurs manquent d'habileté didactique;
- la recherche en pratique présente un potentiel considérable, mais demande énormément de travail – une étroite coopération entre les cinq instituts de médecine de famille est indispensable. Malgré tous les problèmes, nous pouvons toutefois nous rappeler les succès passés:
- Les patients ont toujours suivi nos enseignements; les médecins formateurs et les étudiants respectent donc scrupuleusement les conditions-cadres difficiles. Mais nous devons veiller à ne pas commettre d'excès!
- Sur la base de l'enseignement de groupe en cabinet et du cours magistral en centre, nous avons créé un teaching 1:1 effectué dans le cabinet du médecin formateur, un véritable fil rouge de la formation et une brillante réussite.
- L'intégration des médecins de premier recours dans le système des examens a permis de consolider la position de la médecine de famille au sein de la faculté.
- La reconduction de la FHAM en un Institut bernois de médecine de famille est un signe de confiance manifesté par la faculté et les milieux politiques, mais aussi un grand devoir.

### Du comité masculin au dynamisme féminin

Pendant plus de 20 ans, la FHAM a été un comité purement masculin: cinq médecins de famille se sont retrouvés chaque semai-

## 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.

Responsable du contenu: Comité de la Société des médecins du Canton de Berne.

Rédacteur: Marco Tackenberg et Markus Gubler, 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, gubler@forumpr.ch

Annonces: P. Wolf, Bolligenstrasse 52, 3006 Berne Tél. 031 330 90 00; Fax 031 330 90 03;

E-Mail: pwolf@bekag.ch

Mise en page: Claudia Bernet, Berne

Impression: Druckerei Hofer Bümpliz AG, 3018 Berne Edition février 2013

ne à Berne pour une séance de coordination. Nous n'aurions jamais pu accomplir notre travail sans la compréhension et le soutien de nos familles et de notre secrétaire Doris Hunn qui, durant 15 ans, a été un havre de paix, une interlocutrice privilégiée et une personnalité centrale de la FIHAM de Berne. Depuis 10 ans, cette fonction est assurée par Lis Tomaschett qui coordonne, concilie et fait parfois office de «Mur des Lamentations». Au début, c'est une femme qui s'est identifiée à l'idée de la FIHAM – BIHAM. Aujourd'hui, elle préside aux destinées de la BIHAM: Mireille Schaufelberger.

Chère Mireille, nous te remercions de tout cœur de ton grand engagement d'hier et nous savons que tu sauras résoudre avec habilité et charme les problèmes de demain. FIAM – FIHAM – BIHAM, du comité masculin au dynamisme féminin: une démarche judicieuse, sachant que les soins de premiers recours seront assurés par les femmes. Avec compétence et empathie.

### Il faut laisser le temps au temps

Le développement de la FIAM, à la FIHAM, puis à la BIHAM n'a pas été une révolution,

mais un processus évolutif qui s'est fait à une allure bernoise. Il faut laisser le temps au temps. Les décisions imprévues sont souvent éphémères. L'important est que tous les protagonistes se trouvent sur un pied d'égalité et que les débats se déroulent dans une ambiance sereine, digne de notre culture. Car ce ne sont pas les batailles de titans superflues et coûteuses qui nous permettront de progresser, mais les consensus et l'ouverture d'esprit.



*L'un des membres fondateurs de la FIAM: Benedikt Horn*

*Il a vaillamment résisté pendant vingt ans à la double charge que représentent un cabinet et la FIAM: Aloys von Graffenried.*

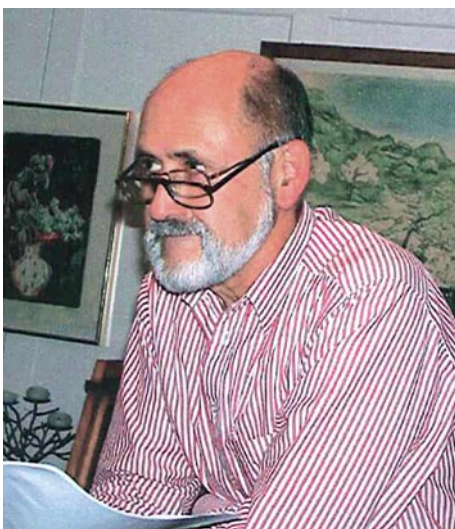
*Photo: mäd*



*Comité masculin et dynamisme féminin: la secrétaire Doris Hunn (au milieu) qui a été pendant quinze ans un havre de paix et l'interlocutrice privilégiée de la FIHAM dîne avec deux membres de la direction de la FIHAM, Andreas Rothenbühler et Marcus Grossenbacher (de g. à dr.).*

*Depuis dix ans, Lis Tomaschett (à gauche) coordonne, concilie, décharge et dirige le secrétariat de la FIHAM ou BIHAM. Ici avec Andreas Rothenbühler et Werner Ringli au cours d'une réunion plénière.*

*Photo: mäd*



## La SMCB rencontre les PME bernoises

Saviez-vous, chères lectrices et chers lecteurs, que les médecins qui pratiquent à titre indépendant ont toujours été de petits et moyens entrepreneurs? Avez-vous remarqué que nos cabinets sont enregistrés comme locaux commerciaux dans le cadastre communal? Mis à part les palmes académiques, nous sommes des entreprises comme les autres et connaissons les mêmes soucis: travaux administratifs, règlements de succession, charge de travail, relations avec les autorités et la bureaucratie, augmentation des coûts et marges en baisse. Les 42 associations professionnelles comme les dentistes, les vétérinaires, les médecins et les autres groupements figurant dans la catégorie des

prestataires (par exemple banques, communication, assurances), la branche du commerce (entre autres pharmacies, droguistes) ou le secteur des trafics et transports caractérisent les PME bernoises au même titre que les 12 000 membres individuels. La SMCB a bénéficié au cours de l'année dernière du fort soutien politique des PME bernoises.

Les associations professionnelles locales d'antan ont connu de profonds changements dans leur composition et tâches. Elles ont reconnu la chance d'une démarche commune, ont créé des réseaux personnels et électroniques et présentent leurs revendications en manifestant une grande

assurance au niveau cantonal et national. Les tâches accomplies au sein du comité directeur des PME bernoises sont intéressantes et utiles. Je ne souhaite pas en faire abstraction. Avec notre série de reportages «La SMCB rencontre les PME bernoises», je souhaite vous présenter les représentantes et représentants des différentes branches. L'affiliation à l'une des sections locales de votre association professionnelle serait peut-être pour vous aussi une excellente occasion d'intégrer un réseau et de fidéliser vos clients!

*Beat Gafner*

*Président de la Société des Médecins  
du Canton de Berne*



Setzen Sie den  
**Papiertiger**  
auf Diät

publix.ch

Ärztelasse-Berater zeigen Ihnen,  
wie Sie das Praxisbüro schön schlank halten

Ein ausgewachsener Papiertiger liebt viel Papier und frisst Ihnen Ihre Zeit und Ihren Ertrag weg. Ein effizient organisiertes Praxisbüro ist die einzige Möglichkeit, diesem gefräßigen Untier Einhalt zu gebieten. Die erfahrenen Berater der Ärztelasse zeigen Ihnen, wo der Papiertiger lauert und wie Sie ihn erfolgreich auf Diät setzen.

Beratung + Service + Software = Ärztelasse

**Ä K** ÄRZTELASSE  
**C M** CAISSE DES MÉDECINS  
CASSA DEI MEDICI

ÄRZTELASSE  
Genossenschaft  
Steinackerstrasse 35 · 8902 Urdorf  
Tel. 044 436 17 74 · Fax 044 436 17 60  
www.aerztelasse.ch  
marketing@aerztelasse.ch



### Schnell, schneller, Medics Labor

So schnell ist ein lokales Labor: Kurz vor der Mittagszeit holen unsere Kuriere die Proben in Ihrer Praxis ab. Und noch bevor der Nachmittag richtig begonnen hat, liegen die Laborbefunde bereits vor Ihnen. Entweder per Fax oder mittels direktem Eintrag in die elektronische Krankengeschichte. Länger warten war gestern.

**medics labor**

professionell und persönlich

Medics Labor AG  
Chutzenstrasse 24  
3001 Bern

www.medics-labor.ch

T 031 372 20 02  
F 031 371 40 44  
info@medics-labor.ch



## «Nos intérêts se recoupent souvent»

*Martin Stucki dirige un garage automobile à Roggwil. C'est avec enthousiasme qu'il fait partie des PME bernoises. Au cours d'une interview personnelle, il nous explique ses objectifs et le statut de la SMCB dans l'association professionnelle.*

*Markus Gubler,  
service de presse et d'information*

**doc.be:** Dans un cabinet médical, les tâches administratives sont en forte progression en raison des nombreuses demandes des assureurs maladies et de la soif de données de la Confédération. En est-il de même dans votre entreprise? Et dans quel domaine ressentez-vous surtout ce surcroît de travail?

*Martin Stucki:* Les tâches administratives sont également de plus en plus nombreuses dans notre entreprise. Surtout au niveau de la sécurité. Depuis quelques années, nous devons documenter les différentes étapes de nos procédures de travail et passons des audits de contrôle. La documentation que l'on exige de notre part – souvent établie par la direction dans une petite entreprise – se fait au détriment du temps de travail.

**Les exigences des clients et des patients augmentent, mais personne n'est prêt à en payer le prix. Comment vivez-vous cette contradiction?**

Satisfaire les exigences des clients tout en compensant la baisse des marges est un difficile travail d'équilibre. Il est important de rester ouvert avec le client et de le conseiller de manière appropriée. C'est pourquoi nous proposons p. ex. des réparations conformes à la valeur actuelle d'une voiture: il est parfois plus intéressant de monter des pièces d'occasion bon marché sur un véhicule très ancien.

**Vous dirigez une entreprise et vos salariés travaillent 40 heures par semaine. Est-ce également votre cas? Est-ce que votre partenaire travaille dans l'entreprise?**

Mes salariés travaillent 42,5 heures par semaine (pauses comprises). Ma semaine en compte généralement davantage, car ma charge de travail est très importante. Je suis seul à diriger l'entreprise, mais je suis certain que l'aide d'une partenaire peut s'avérer très précieuse.



**Avez-vous une idée de la situation économique dans un cabinet de médecin de famille?**

En tant que patient, j'essaie d'imaginer le «fonctionnement» du cabinet de mon médecin. Je réalise que la pression des coûts est considérable et que les bénéfices se sont effondrés ces dernières années.

**A votre avis, est-ce que l'orientation politique et l'adhésion à un parti politique sont importantes pour un membre des PME bernoises?**

L'appartenance à un parti politique est secondaire. Il est certainement avantageux de respecter des valeurs conservatrices et entrepreneuriales.

**Vous vous engagez dans l'association des PME bernoises. Quels sont vos objectifs?**

Les intérêts de la branche du commerce ne sont pas assez représentés dans les parlements. Je m'engage dans les PME bernoises pour faire connaître et valoir ces intérêts.

**Quels sont les défis actuels posés aux PME dans le canton de Berne?**

Compenser la baisse des marges par des clients supplémentaires et des offres complémentaires. Nous proposons des révisions spécifiques au printemps et nous louons des

*De nouvelles normes, par exemple en matière de sécurité, augmentent aussi les charges administratives chez Stucki AG.*

*Photo: mäd*

coffres de toit. Les barres nécessaires à la fixation de ces coffres doivent toutefois être achetées par les clients. Nous créons ainsi de nouvelles opportunités commerciales.

**La SMCB est membre des PME bernoises. Un enrichissement pour l'association professionnelle?**

Incontestablement. Nos intérêts se recoupent souvent, car les médecins qui exercent à titre indépendant sont confrontés aux mêmes fluctuations, changements et contraintes.

Monsieur Stucki, nous vous remercions de cet entretien!

### **Garage automobile Stucki AG**

Martin Stucki est propriétaire et seul actionnaire du garage automobile Stucki AG à Roggwil. Il a repris l'affaire familiale en 1996 et emploie aujourd'hui huit salariés. Depuis 17 ans, Martin Stucki est membre de l'association professionnelle locale, de l'Union professionnelle suisse de l'automobile et des PME bernoises.

Service ambulatoire d'urgence

## Un sommeil réparateur grâce à MEDPHONE

*De nombreux cercles de garde coordonnent aujourd'hui les plans de service et les heures de présence des médecins de garde par l'intermédiaire du centre d'appels MEDPHONE. Nous nous sommes entretenus avec Liselotte Hochuli, coordinatrice du cercle de garde de Grauholz, qui nous explique ses tâches, ses nuits sans dérangement et la contribution versée par le corps médical pour un tri efficace des appels téléphoniques.*

Markus Gubler,  
service presse et informations

### **doc.be: Vous dirigez le cercle de garde de Grauholz. En quoi consistent vos tâches?**

*Liselotte Hochuli:* J'organise le plan de service et suis l'interlocutrice de l'association médicale régionale et de MEDPHONE en cas de problèmes. La plupart des plaintes sont dues à des erreurs dans le transfert des appels. En cas d'incident, je m'adresse d'abord aux personnes concernées avant de contacter MEDPHONE. En outre, je m'entretiens une à deux fois par an avec les responsables du service des urgences de Tiefenau. MEDPHONE transfère les appels d'urgence reçus pendant la nuit à l'hôpital de Tiefenau. Mais nos médecins de garde restent disponibles pour d'autres interventions, par exemple des visites à domicile pendant la nuit.

### **Quelle est l'organisation dans votre cercle de garde? Quel est son développement?**

34 médecins travaillent actuellement pour le cercle de garde de Grauholz. Après la fusion avec Schönbühl il y a plus de trois ans, la superficie de la zone d'intervention a doublé. Notre région s'étend aujourd'hui de Zollikofen à Fraubrunnen en passant par Münchenbuchsee, Rapperswil, Wengi et Mülchi et englobe les communes autour de Jegenstorf et de Schönbühl. Bien que la zone d'intervention soit plus vaste, la charge de travail a diminué au cours de ces dernières années. Les journées de permanence peuvent être réparties sur un plus grand nombre de médecins de garde.

### **Où se trouvent des lacunes?**

Je ne vois pas de problèmes majeurs. Il est vrai que la qualité de la prestation fournie par les conseillères médicales de MEDPHONE varie fortement d'une personne à l'autre. Il m'est déjà arrivé d'être réveillée inutilement deux fois de suite au cours de la même nuit par une conseillère inattentive: c'est agaçant. Mais de telles situations sont généralement des exceptions.



*Grâce à MEDPHONE et à l'étroite collaboration avec le service des urgences de l'hôpital de Tiefenau, les médecins du cercle de garde de Grauholz peuvent parfois passer la nuit sans être réveillés.*

*Photo: iStockphoto.com*

### **Le cercle de garde de Grauholz mise sur MEDPHONE. Pourquoi?**

Par tradition. Grauholz travaillait déjà avec le prédécesseur de MEDPHONE. Nous avons mis très tôt sur un tri externe des appels téléphoniques – et avons été très satisfaits de cette mesure. Lorsque les cercles de garde de Jegenstorf et de Schönbühl ont souhaité nous rejoindre, nous avons insisté sur l'importance d'une coopération avec MEDPHONE.

### **Vos médecins de garde vous fournissent-ils des informations sur MEDPHONE?**

Des informations me sont rarement fournies. Dans les deux ou trois e-mails que je reçois par an, ce sont surtout des erreurs de transfert d'appel qui donnent lieu à des plaintes: lorsque la conseillère contacte un médecin qui n'est pas de garde ou lorsque le cas d'urgence ne relève pas de la compétence du médecin contacté.

### **Est-ce que MEDPHONE vous soutient réellement?**

L'aide de MEDPHONE nous est précieuse. Les collègues de Schönbühl et de Jegenstorf qui nous ont rejoints depuis peu le constatent fréquemment. Grâce au transfert d'appel et à la collaboration avec le service des urgences de l'hôpital de Tiefenau, nous pouvons parfois passer la nuit sans être réveillés. MEDPHONE filtre efficacement les appels d'urgence: nous sommes uniquement concernés par les appels qui demandent une intervention médicale immédiate de notre part. Les conseillères répondent aux demandes plus simples.

### **Voyez-vous un potentiel d'amélioration chez MEDPHONE?**

Non. L'infrastructure de MEDPHONE est optimale. Nous constatons que le tri des appels téléphoniques nous fournit un grand soulagement. Mais nous en payons le prix. MEDPHONE devrait être en mesure de s'autofinancer – avec l'aide du canton et des patients.

## Controverse autour de l'évaluation de la qualité dans le domaine médical

*L'évaluation de la qualité dans le domaine médical suscite de vifs débats: dans leurs lettres ouvertes, Christoph Ramstein, président du groupe de pilotage du module de base qualité QBM de l'Association des sociétés de médecins de Suisse alémanique (VEDAG), et Peter Baumgartner, responsable qualité de la SMCB, échangent leurs points de vue.*

### Réplique

Cher Peter,

Je t'estime comme un responsable qualité de la SMCB à l'esprit critique. Par ta fonction, tu as souvent pris part aux réunions plénières de la VEDAG sur le thème de la «Qualité dans le cabinet médical».

Tu tentes d'endiguer la bureaucratie de notre quotidien médical et je te remercie de trouver le temps et l'énergie nécessaires pour cela.

Actif dans la politique professionnelle, tu t'es engagé – comme la VEDAG et la CCM – pour une compensation adéquate des risques, la condition première d'une médecine de qualité et économique, sans «sélection» de malades chroniques et polymorbides. Selon toi, «La qualité des processus avec les inconvénients y relatifs pour le fonctionnement d'un cabinet ne devrait être au centre de l'attention que lorsqu'un prestataire de services se fait remarquer dans les zones initiales ou finales de l'axe de la qualité, p. ex. suite à une négligence de la formation continue ou à un résultat défavorable dans la mesure des coûts liés à la morbidité.» Ceci me semble bien dangereux!

La «rentabilité» est certes, comme la qualité des compétences, des prestations ou de la logistique (p. ex. le contrôle qualité des radiographies et des analyses de laboratoire), un aspect de la qualité. Un groupe de travail de la FMH collabore depuis un certain temps avec SantéSuisse et les associations de spécialistes pour créer un modèle censé remplacer la méthode ANOVA. Les critères d'évaluation, la position juridique des prestataires et l'amélioration des procédures d'économicité se trouvent au cœur de ce modèle. Mais tu sais par expérience que nous ne pourrions jamais contrôler idéalement l'économicité. Les confrères qui

se font remarquer seront à l'avenir aussi livrés au couteau des assureurs. En règle générale, ils ne parviennent à se justifier qu'en fournissant un important travail psychique, physique et financier. Alors que d'autres confrères n'apportent pas automatiquement la preuve de la qualité de leurs prestations en présentant les résultats «avantageux» d'une évaluation des coûts. Tu seras certainement de mon avis lorsque j'affirme qu'une attestation de formation postgraduée ne suffit pas à prouver que les nouvelles connaissances ont été effectivement appliquées pour améliorer la qualité.

J'espère que tu partageras aussi notre opinion. Dans le domaine de la santé publique, nous devrions nous distancer d'une pure analyse des coûts pour privilégier une approche axée sur la relation coûts-bénéfices, en incluant aussi les coûts socioéconomiques au niveau politique. Nous nous heurtons à un «déficit temporel» dans toutes nos activités liées à la qualité. Le temps investi se répercute donc directement sur une pure «perspective des coûts». Le module QBM qui n'a pas réussi à te convaincre produit au fil du temps – et les mesures effectuées pendant la phase de pilotage le confirment – une amélioration de la qualité et un gain de temps, par une optimisation des processus et une sensibilisation des acteurs à la notion de qualité.

Tu dis que «le corps médical devrait jouer ou récupérer un rôle dirigeant pour les questions relatives à la qualité». Telle est l'une des principales exigences et l'un des objectifs majeurs des travaux réalisés par la VEDAG dans le domaine de la qualité (cf. Guide de la qualité médicale disponible en allemand «Leitbild ärztliche Qualität» – «Qualität – ein Zusammenspiel aller Kräfte im ärztlichen Umfeld» – SÄZ, S. 2055 – 2059, 2005). C'est pourquoi nos activités dans le domaine de la qualité ont été favorablement accueillies par certains comités au niveau fédéral (OFSP, assureurs, milieux politiques).

Ces activités ne nous ont certes pas encore permis de réaliser tous nos objectifs et nos travaux ne sont pas achevés. 17 ans après l'introduction de la LAMal, les art. 22 a, 43, 58 LAMal et l'art. 77 OAMal ne sont pas encore appliqués. L'annexe 6 de la convention-cadre TARMED LAMal n'a pas été complétée et le corps médical dans le domaine ambulatoire n'est pas encore prêt à concrétiser la stratégie Q de la Confédération.

Comme tu le fais remarquer, «les protagonistes restent en grande partie intéressés par la qualité des résultats». Les niveaux 2 et 3 de ce module (Peer-to-Peer-Reviews, audits internes et externes) ont certainement échappé à ton attention, car ils visent une évaluation de la qualité des résultats. La qualité des données correspondantes ne pourra être garantie que par une identification préalable et surtout par la documentation des thèmes. La collecte des données adéquates sur une période préalablement définie est inévitable et fait partie intégrante de la procédure. Je partage ton avis pour ce qui est du potentiel d'amélioration du modèle QBM. La phase pilote en cours montre des points sensibles et nous sommes reconnaissants de toute suggestion. Mais pour ce faire, il faut participer!

La VEDAG se perçoit comme une association logistique. Avec le module QBM, elle met à la disposition de ses membres (sociétés de médecins cantonales) un outil d'assurance qualité et de développement de la qualité – sans vouloir toutefois «forcer les choses» auprès des médecins. C'est dans cet esprit qu'elle essaie de déceler les signes du temps. La VEDAG estime que le corps médical devrait faire preuve d'activité, accomplir les tâches inévitables et les piloter de manière optimale, faute de quoi elles ne tarderont pas à nous être imposées.

En tant que vice-président de VEDAG et responsable du projet QBM, je souhaite

attirer ton attention sur un texte de la Bible – la «Parabole des dix vierges». En ta qualité de psychiatre, tu comprendras certainement le sens métaphorique de ce propos.

*Christoph Ramstein*

## Duplique

Cher Christoph,

Le module de base qualité est un excellent outil, parfaitement fondé sur un plan technique. Par contre, je ne suis pas encore convaincu qu'il sera mis en œuvre de façon optimale.

Lorsque tu dis que vos activités relatives à la qualité «ont été favorablement accueillies par l'OFSP», tu songes certainement à la prise de position d'Andreas Faller (cf. Lettre d'information QBM 1/12). Il me semble qu'elle a été rédigée dans un langage diplomatique que l'on pourrait traduire ainsi: «C'est bien, mais il faut faire beaucoup mieux».

Je pense que les autorités et les assureurs ne trouvent pas assez de qualité «palpable» dans les résultats, malgré les efforts accomplis par les médecins. Que signifie «qualité des résultats» chez VEDAG? Ce point reste obscur: dans le niveau 2 de la version démo du module QBM, je n'ai trouvé aucun indicateur directement associé à la notion de «qualité des résultats». Les modalités concrètes du niveau 3 avec «Peer-to-Peer-Reviews» et «audits internes et externes» ne sont pas (encore) clairement perceptibles ou ne se dégagent pas des explications fournies sur le site [www.vedag-qbm.ch](http://www.vedag-qbm.ch). Pourquoi ne pas faire preuve de plus de clarté?

Mais je partage ton avis: la qualité des résultats ne se limite pas à une simple évaluation des coûts; elle doit inclure un enregistrement simultané des coûts et des bénéfices. Il est temps d'intégrer le facteur morbidité dans les considérations relatives à la qualité. Nous sommes donc prêts à nous distancer d'une pure analyse des coûts pour privilégier une approche réaliste basée sur la relation coûts-bénéfices dans la qualité des résultats.

Malheureusement, la plupart des acteurs du paysage de la santé publique s'opposent à cette démarche, et pas seulement les assureurs! Dans les associations médicales, le débat porte surtout sur le bénéfice et l'utilité des soins, alors que les assureurs,

soutenus par les autorités, se focalisent plus ou moins ouvertement sur les coûts. Tant que nous n'aurons pas créé et mis en œuvre un modèle consensuel de coûts et de bénéfices, les confrères qui traitent avant tout des patients atteints de maladies chroniques seront exposés à la vindicte des assureurs et passeront leurs nuits à rédiger des justificatifs.

Nous devrions aussi éviter tout foisonnement terminologique en matière de qualité et privilégier les termes utilisés par nos partenaires et adversaires. Nous ne ferons pas avancer les choses en lançant des «néologismes». Nous créons ainsi d'interminables discussions académiques et retardons l'élaboration et la mise en place de procédés efficaces et ingénieux. Lorsque notre nouveau président de la FMH exige avec raison une rapide mise en œuvre de solutions réalistes, il ne songe pas forcément à d'incessantes et âpres disputes académiques. J'ai parfois l'impression d'assister à une querelle de clocher au détriment d'un patient gravement malade: les experts s'enlisent dans d'éternels débats sur le bon diagnostic et la meilleure thérapie, sans parvenir à une conclusion – et oublient que le patient risque de décéder entretemps...

C'est avec raison que tu désapprouves notre actuel système de formation postgraduée. Son intérêt est certainement discutable. Mais nous ne pouvons pas le remanier à notre guise, compte tenu surtout de l'inertie de notre structure de base. Il faut revenir sur le sujet inconfortable de la déclaration personnelle: le système QBM de la VEDAG et l'ordonnance de formation postgraduée en vigueur sont largement établis sur cette base. Mais est-ce réellement approprié, par rapport aux professions requérant le même niveau de responsabilité? Je pense qu'un contrôle périodique externe serait nettement plus crédible.

Il convient en outre de rappeler le problème majeur du module QBM et de tous les systèmes d'assurance qualité basés sur des indicateurs: la concentration sur les domaines couverts par les indicateurs entraîne une perte de qualité dans les domaines intermédiaires.

J'en conclus:

1) Pour ce qui est de la qualité des structures et des processus, seuls les systèmes ne reposant pas sur une déclaration personnelle sont crédibles aux yeux de nos partenaires. Les indicateurs mis en œuvre devront être modifiés de façon régulière et appropriée pour éviter le phénomène des lacunes exposé ci-dessus.

2) Les autorités et les assureurs, mais aussi les patients, sont intéressés en premier lieu par une qualité des résultats. La méthode d'évaluation de la qualité doit impérativement tenir compte de la morbidité, c'est-à-dire mettre en évidence non seulement les coûts, mais aussi les bénéfices et l'utilité des soins médicaux, faute de quoi la qualité des résultats prendrait l'image d'un monstre insensible, privilégiant les coûts au détriment de la déontologie comme l'actuel indice ANOVA de santésuisse. Les assureurs privilégient peut-être secrètement une telle démarche, mais les autres protagonistes, surtout les patients et le corps médical, ne sont pas de cet avis.

«Il n'y a pas de bon résultat, à moins que l'on ne s'y mette.» Nous devons proposer rapidement des outils d'assurance qualité appropriés si nous ne souhaitons pas être exposés au scénario «worst case» qui pourrait s'avérer extrêmement désagréable: nous nous attelons à la tâche en grinçant des dents et consacrons énormément de temps pour atteindre le perfectionnement de la qualité des processus. Les assureurs, qui ne sont pas obligés d'œuvrer dans le même sens, restent en position de force et nous chargent de documenter une qualité des résultats définie en fonction de leurs priorités et uniquement axée sur les coûts. Ils ne tiendront guère compte de la morbidité, au grand détriment des malades chroniques, tout ceci parce que le corps médical n'est pas intervenu et ne s'est pas engagé à temps!

Certains médecins estiment encore que la sélection des risques, la morbidité et la compensation des risques sont des thèmes chers aux rôleurs. Nous ne prêtons certes guère d'attention à ce «rétrovirus de la santé publique». Mais il y a pire: une infime part de notre profession a peut-être déjà tiré un avantage matériel de la sélection des risques ou s'y prépare. Détourner les yeux parce qu'il s'agit d'un confrère est une attitude passive, sinon complice, et indigne de notre profession: nous sommes avant tout des médecins qui fournissent des soins appropriés à des patients qui nous font confiance. L'économie devrait être au service de cet axe central de notre système de santé publique, et non l'inverse!

*Peter Baumgartner*

Edition 2012 du colloque des membres de l'AMDHS

## Le leadership 2.0 requiert une nouvelle culture de management chez les médecins dirigeants des hôpitaux

*Le colloque 2012 pour les membres de l'AMDHS était placé sous le signe des «groupes homogènes de malades» ou GHM, également appelés «forfaits par cas». Quelles conséquences pour les hôpitaux et le corps des médecins-cadres? Pour répondre à cette question, Jens Hollmann, auteur et maître de conférences, s'est référé à l'expérience allemande.*

Markus Gubler

Le célèbre auteur et maître de conférences est intervenu pour la première fois en Suisse dans le cadre du colloque des membres de l'AMDHS. «Jens Hollmann est un pionnier. Il a analysé sur un plan psychologique et pédagogique les effets de l'approche des DRG (Diagnosis Related Groups ou groupes homogènes de malades) sur la vie quotidienne des médecins-cadres dans les hôpitaux.» C'est en ces termes que Carlo Moll, président de l'AMDHS, a présenté Jens Hollmann aux personnes présentes dans la petite salle de l'Hôtel Schweizerhof à Zurich. Ce dernier a été le premier à identifier les changements introduits par les DRG. De quelles compétences et aptitudes dans le domaine des ressources humaines et de la gestion devront disposer les médecins-cadres dans le contexte de la méthode des DRG, et quelles convoitises celle-ci suscite-t-elle au sein des administrations hospitalières?

### Pas de niche pour les médecins

Jens Hollmann est non seulement l'auteur d'ouvrages sur la méthode des DRG et sur les nouvelles fonctions des médecins dirigeants dans le domaine des ressources humaines, mais il est également consultant pour des sociétés et des hôpitaux. En introduction de son exposé, il pose un regard sur le canton alémanique et sur les réformes sanitaires accomplies au cours de ces dernières années. Pas moins de 14 réformes, mises en œuvre entre 1989 et 2011, ont eu des conséquences pour les médecins-cadres. Selon Hollmann, «aujourd'hui, la facturation, la documentation et la gestion de la qualité occupent une place de plus en plus importante». Le nombre et la fréquence des réformes devraient vraisemblablement se maintenir. On tente en effet d'empêcher les médecins et les cliniques de s'adapter au système et de le comprendre. Une fois la méthode assimilée, le remaniement suivant se profile à l'horizon, et le système devient inexploitable.

### La mort des cliniques: une volonté politique

Jens Hollmann critique la méthode des DRG telle qu'elle a été introduite en Allemagne. Il en révèle les effets dans un langage-choc. «En Allemagne, le choix a été fait de ne plus investir dans des cliniques. Les subventions gouvernementales ont été considérablement réduites. Même si une clinique présente un bilan quelque peu positif, elle ne dispose pas de suffisamment de moyens pour réaliser des investissements.» Dans le paysage allemand de la politique de santé, on murmure que 400 cliniques environ, sur un total de 2200, fermeront leurs portes ou seront transférées vers une autre autorité. Jens Hollmann scrute et interroge la salle. «Combien de cliniques sont implantées en

Suisse?» Le public réfléchit. Personne ne connaît le chiffre. «En Allemagne, n'importe quel médecin-chef serait sans aucun doute capable d'énoncer ce chiffre, car il doit toujours se demander si sa clinique réussira à survivre.» Les médecins-chefs allemands sont bien informés sur les questions économiques, car ils savent que leurs emplois sont en jeu.

Les craintes sont légitimes. Le site Klinikerben.de gère un cimetière électronique peuplé de cliniques qui n'ont pas réussi à survivre. La liste est longue. Selon Hollmann, des centaines de cliniques sont sans doute appelées à disparaître ces prochaines années, selon une volonté politique, par le biais de fusions, de reprises ou d'un transfert d'autorité. «Cette mutation est le fruit du système des DRG», affirme-t-il.



*En Allemagne, les bébés naissent légers. En effet, avec les DRG, les cliniques reçoivent des subventions plus importantes pour les prématurés et les bébés de faible poids.*

Photo: Fotolia.com



«La tendance macro-économique du secteur de la santé privilégie la rentabilité au détriment du malade», explique Jens Hollmann.  
Photo: Markus Gubler

### 13 000 experts pour contrôler les contrôles

L'approche des DRG a transformé profondément l'activité médicale dans les hôpitaux. L'Allemagne utilise le système depuis neuf ans et les effets sont nettement visibles. Le système de santé allemand compte de plus en plus de salariés dont la tâche principale est de jongler avec les chiffres. Ainsi, sur la période de 2004 à 2009, les cliniques ont encaissé entre deux et trois milliards d'euros en optimisant les chiffres des DRG, comme l'avait prédit une étude de Dresde. «Le service médical des caisses maladie, une institution commune des assurances maladie allemandes, emploie quelque 6500 salariés, dont le seul rôle est de contrôler les factures que les caisses maladie mettent en doute. Par ailleurs, on estime à 7000 environ le nombre d'employés recrutés par les cliniques allemandes pour éditer des factures avec un codage optimal pour la clinique. Dans le système de santé allemand, à l'heure actuelle, 13 000 experts sont exclusivement chargés d'un contrôle des contrôles», conclut Jens Hollmann.

Cette classification de maladies, le codage optimal entre les diagnostics principaux et parallèles, transforme le travail des méde-

cins dans les hôpitaux. «Aujourd'hui, de nombreux médecins-chefs consacrent plus de 50% de leur temps de travail à des activités non médicales.» Les DRG ont non seulement augmenté considérablement les charges administratives, mais ils ont également produit des effets surprenants. «En Allemagne, nous assistons à un nouveau phénomène: la naissance de bébés légers. Dont l'explication est la suivante: grâce aux DRG, les cliniques reçoivent des subventions plus importantes pour les prématurés et les bébés de faible poids. Des différences même minimes dans le poids de naissance documenté conduisent à un autre GHM, ce qui représente parfois un chiffre d'affaires supplémentaire d'environ 20 000 euros pour la clinique.»

### Le bien du malade disparaît devant la rentabilité

Les groupes homogènes de malades ont introduit une vision économique de la médecine et généré des champs de conflits insoupçonnés. Selon Hollmann, la vision scientifique de l'être humain s'effrite et, avec elle, la fonction originelle du médecin en tant que thérapeute. «Le patient tend à devenir un client, et le médecin s'apparente de plus en plus à un chef d'entreprise. Combien de temps ce patient occupera-t-il un lit d'hôpital? Comment classer sa maladie?» Des réflexions de ce type sur la durée de séjour maximale et sur le codage des maladies font désormais partie du quotidien de toute clinique allemande. La tendance macro-économique du secteur de la santé privilégie la rentabilité au détriment du malade. L'énergie des médecins-cadres s'en trouve mobilisée, et ce, sans améliorations significatives ou durables. «Cette situation engendre des conflits au sein des hôpitaux. De nombreux médecins-chefs en Allemagne ont compris entre-temps qu'il était capital de se placer sur un pied d'égalité avec la direction. Dans le cas contraire, on les considère comme des pantins.»

Pour illustrer les profondes mutations introduites par les DRG dans le quotidien professionnel, Hollmann se réfère au moniteur actuel des médecins. Dans celui-ci, 16% seulement des médecins interrogés affirment disposer encore de suffisamment de temps pour soigner leurs patients. Les charges administratives plus élevées, conjuguées à la pression croissante exercée par les coûts, sont à l'origine, toujours selon Hollmann, de nombreux types de conflits dans les cliniques: les conflits de répartition entre les médecins-chefs augmentent et ouvrent de nouveaux conflits en raison des recettes insuffisantes. «Dans le

même temps, les conflits d'objectifs, d'évaluation et de vision deviennent de plus en plus aigus dans les cliniques. Les mots d'ordre sont bien connus: rendement vs bien du patient.»

### L'absence d'un discours ouvert

Un membre de l'assistance explique qu'il a du mal à comprendre cette situation. Hollmann lui donne raison. Mais il précise que la contradiction entre le rendement et le bien du patient pourra uniquement être résolue lorsque les décideurs médicaux et économiques seront sur un pied d'égalité. «Idéalement, les deux perspectives devraient se recouper, mais ce n'est le cas que dans de rares cliniques», poursuit Hollmann. Plusieurs personnes présentes dans la salle évoquent alors leurs expériences. «Existe-t-il des hôpitaux où les gestionnaires comprennent les préoccupations médicales, et inversement?» demande un membre de l'assistance. Hollmann réplique: «Les temps où l'on pouvait dire dans une clinique «c'est votre problème» sont désormais révolus. Les bonnes cliniques disent: «c'est notre problème». C'est, dans une large mesure, une question de culture, dans l'esprit de la devise: «we have to be safe to disagree». Mais ce discours ouvert, qui s'intègre dans les visions administrative, économique et médicale, est cultivé dans quelques établissements hospitaliers seulement.»

C'est pourquoi, en Allemagne, des médecins commencent à acheter des cliniques. Comme l'explique Hollmann, ils souhaitent échapper à l'autorité des gestionnaires. «Ce sont surtout les jeunes médecins qui préparent un MBA qui prendront ultérieurement la direction d'une clinique. Ils conjuguent les deux perspectives. C'est une nouvelle image.»

### «J'adore mon métier et je déteste mon travail»

Pour illustrer le degré de pression auquel sont soumis les médecins hospitaliers dans le contexte des DRG, Jens Hollmann évoque la restructuration de l'Hôpital universitaire de Zurich. Dans le cadre d'une étude, les membres du personnel concernés ont été priés de désigner les gagnants et les perdants de la restructuration. Le résultat a été explicite. Les directeurs de cliniques, les médecins hospitaliers et les patients sont perdants, au profit de la direction des services, de l'administration et de la direction hospitalière. C'est pourquoi Hollmann préconise de rechercher suffisamment tôt des collaborateurs qui effec-

tuent les tâches administratives sans rapport avec la médecine. «Sinon, un beau jour, les médecins hospitaliers ne seront plus des médecins. Ou bien, pour reprendre les propos d'un médecin suisse pendant un séminaire: «J'adore mon métier et je déteste mon travail.»

### Les médecins-cadres suisses ne sont pas préparés

Cette affirmation reflète l'attitude conservatrice de nombreux médecins-cadres. Toutefois, plus la structure de direction est décentralisée, plus le médecin-cadre est obligé de se consacrer aux questions matérielles et au management. Aujourd'hui encore, en Suisse, de nombreux médecins-cadres n'accordent que peu d'importance aux compétences dans le domaine de la gestion et des ressources humaines, comme l'illustre Hollmann en se référant à un mémoire de Master. Ce travail sonde les motifs pour lesquels de nombreux médecins-cadres ne sont pas diplômés en gestion et en ressources humaines. Un tiers des personnes interrogées affirme ne pas avoir le temps, un quart déplore l'absence de soutien de la part de l'employeur, et une personne sur dix estime qu'une telle formation serait sans intérêt pour son activité professionnelle. L'étude arrive à la conclusion que les médecins-cadres en Suisse ne sont pas systématiquement préparés à leur fonction. Pour Hollmann, une chose est sûre: «La plupart d'entre eux n'ont compris que partiellement l'importance de la gestion et des ressources humaines.» La situation est différente en Autriche. Dans ce pays, les postes de direction sont exclusivement confiés à des médecins justifiant d'une formation en gestion d'entreprise et management du personnel.

### Leadership 2.0

Hollmann aurait souhaité que les médecins-cadres identifient spontanément les signes du temps: la nécessité fait loi. En effet, selon lui, la génération future, actuellement en formation dans les hôpitaux, a d'autres exigences. Les jeunes médecins ne veulent plus faire carrière à tout prix. La vie privée et les loisirs occupent une place tout aussi importante. «Nous découvrons une génération de médecins très engagée, qui s'investit totalement... jusqu'à 17 heures.» En Allemagne, de nombreuses cliniques éprouvent des difficultés vis-à-vis des nouveaux besoins. «Les gens expriment leur désaccord avec des actes. De plus en plus de cliniques allemandes conduisent des «Exit-Interviews» avec d'anciens employés pour connaître les rai-

sons de leur départ. A l'heure actuelle, des dépenses importantes sont engagées pour effectuer des réparations, au lieu de mettre en place un développement personnel stratégique.»

Un changement de mentalités est en cours. C'était une nécessité. «Les structures organisationnelles et le personnel d'encadrement devront désormais être investis d'une nouvelle légitimité. Le système est devenu beaucoup plus dynamique, plus complexe et plus ouvert. Les reprises de cliniques sont à l'ordre du jour et la concurrence entre les médecins s'intensifie. Les démissions de médecins-chefs font désormais partie de la norme. Il y a dix ans, c'eût été inconcevable», précise Hollmann en résumant les évolutions récentes du système de santé allemand. Le personnel d'encadrement, y compris les médecins-cadres, doit réagir à cette complexité et aux incertitudes. En effet, dans l'environnement complexe et dynamique du système de santé, ils ont besoin de collaborateurs. «La médecine de demain est une médecine d'équipe», précise Hollmann en citant Ignazio Cassis, conseiller national PLR. Le nouveau modèle de management, Leadership 2.0, prescrit aux médecins dirigeants la motivation de leurs collaborateurs; ils sont censés les inspirer et les estimer. «L'argent n'y fera rien. Les hommes agissent seulement parce qu'ils ont la volonté d'agir», déclare Jens Hollmann pour conclure son exposé.

## De la PLA au PAFA

### Complément d'information à l'article paru dans doc.be 6/2012

En réponse à notre demande, nous avons appris que la Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale ne publiera plus ses propres informations sur le placement à des fins d'assistance (PAFA) et ne remplacera pas le guide de la privation de liberté à des fins d'assistance (PLA). Ces travaux ont été confiés aux autorités de protection de l'enfant et de l'adulte (APEA), également responsables du formulaire PAFA. La Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale a fait remarquer que le guide et la check-list étaient très utiles aux médecins. Elle a déposé une requête pour garantir la mise à disposition future de ces documents. A l'heure actuelle, en raison des travaux importants à réaliser pendant la phase de mise en œuvre, les autorités de protection de l'enfant et de l'adulte ne sont pas en mesure de fournir des informations fiables sur la réalisation et la date de parution de ces documents.

*Oliver Macchi, Dr jur.,  
service juridique de la SMCB*

### Formation continue de la SMCB sur le nouveau droit de la protection de l'adulte et de l'enfant

Le professeur Marco Zingaro, juriste et chargé de cours à la section travail social de la Haute école spécialisée bernoise, donnera une conférence dans la grande salle du restaurant Landgasthof Schönbühl (avec apéritif). La participation est gratuite pour les membres de la SMCB.

**jeudi, 28 mars 2013, 15 h à 17 h  
Restaurant Landgasthof Schönbühl**

Deux crédits de formation seront attribués aux participants. Les personnes intéressées sont priées de prendre contact avec le secrétariat avant le vendredi 15 mars: info@bekag.ch ou 031 330 90 00.



SCHWEIZERISCHE HIRNLIGA  
LIGUE SUISSE POUR LE CERVEAU  
LEGA SVIZZERA PER IL CERVELLO

Die schweizerische Hirnforschung gehört zur Weltspitze. Um diese Forschung weiter zu unterstützen und voranzutreiben, haben engagierte Wissenschaftler 1995 die Schweizerische Hirnliga gegründet. Die bedeutenden Fortschritte in der Behandlung von Hirnschlägen, Multipler Sklerose und der Parkinson Krankheit weisen darauf hin, dass sich die Forschung auf dem richtigen Weg befindet. Die Schweizerische Hirnliga fördert diese Entwicklungen ebenso wie die Bestrebungen, Therapien von Alzheimer-Krankheit, Depressionen, Hirntumoren und Suchtkrankheiten zu verbessern.

Zu ihren wichtigsten Anliegen gehört auch, die Bevölkerung über die Möglichkeiten zur Gesunderhaltung des Gehirns zu informieren. Dazu gibt die Schweizerische Hirnliga viermal im Jahr das Magazin «das Gehirn» heraus.

«Das Gehirn» bestellen Sie auf [www.hirnliga.ch](http://www.hirnliga.ch) oder telefonisch unter 031 310 20 90. Übrigens: Spenderinnen und Spender der Schweizerischen Hirnliga erhalten «das Gehirn» kostenlos.

Schweizerische Hirnliga  
Postgasse 19, Postfach  
CH-3000 Bern 8

Tel. 031 310 20 70  
Fax 031 310 20 82  
[info@hirnliga.ch](mailto:info@hirnliga.ch)

Spendenkonto PC 30-229469-9

# das Gehirn



SCHWEIZERISCHE HIRNLIGA  
LIGUE SUISSE POUR LE CERVEAU  
LEGA SVIZZERA PER IL CERVELLO

Inhalt Nr. 1/2013

Editorial

2

«Roosevelt sässe heute nicht im Rollstuhl». Replik vom Präsidenten der Schweizerischen Hirnliga Christian W. Hess

3

Intuition statt Reflexion – verblüffende Denkfehler

4-5

«Für sich alleine zu kochen heisst, sich etwas Gutes zu tun.» Interview mit Annermarie Wildeisen.

6-7

Vorschau

8

## Das Gehirn schläft nie



Bild: Fotolia

Die Leuchtziffern des Weckers stehen auf 04:00. Hellwach liegt Franziska Bracher im Bett. Nun versteht sie, was ihre Freunde gemeint haben, als sie sie vor dem Jetlag gewarnt haben! Seit sie vor zwei Tagen aus Los Angeles zurückgekommen ist, passt nichts mehr: Tagsüber kämpft sie, um sich am Bürotisch wach zu halten, nachts im Bett fühlt sie sich lebhaft und munter.

Schlafprobleme sind weit verbreitet. Ein Grund dafür ist, dass wir zu wenig auf den Rhythmus unseres Körpers hören. Schlaf Forscher erklären, dass die Erfindung der Glühbirne den menschlichen Schlaf durcheinander gebracht hat. Während unsere Vorfahren Schlaf und Arbeit nach dem natürlichen Tageslicht ausgerichtet

haben, können wir heute nachts das Gleiche machen wie tagsüber – in unterbrochen. Die Nacht zum Tag zu machen hat Folgen, wie Alexander Borbély, Schlaf Forscher und emeritierter Professor der Universität Zürich, erklärt: «Der Schlaf-Wachzyklus wird von einem körpereigenen Rhythmus mitbestimmt, der eine Periodik von ungefähr 24 Stunden aufweist. Wir können unsere Schlafgewohnheiten nicht beliebig verändern.»

### Das Gehirn ist immer aktiv

Schlafen wir zu wenig oder zur falschen Tageszeit, fühlen wir uns nicht wohl – wir sind unkonzentriert, weniger leistungsfähig und reagieren langsamer als nach einer durchge-