



doc.be

Le magazine de la
Société des Médecins
du Canton de Berne

N°4
août 2018

Sujets de cette édition

Entretien avec Linda Nartey

TARCO – un projet commun

**Programme ACM :
déposez dès à présent vos
candidatures!**



Le Dr Google et nous



Aujourd'hui, sept patients sur dix se rendant dans un cabinet médical se sont renseignés auparavant sur Internet au sujet de leurs symptômes. Dans l'idéal, nous médecins avons alors affaire à des patients mieux informés.

La télévision suisse SRF saute sur l'intérêt pour le sujet, en programmant tous les lundis durant l'été sa propre émission, « Médecins versus Internet – avec le docteur Fabian Unteregger », dans laquelle s'affrontent des médecins et des profanes. Des questions ciblées sont posées à des patients. Seuls les profanes ont le droit de consulter le Dr Google, c.-à-d. Internet. Quelle équipe trouvera le bon diagnostic ?

Les opinions divergent beaucoup quant au format de l'émission qui n'a rien à voir, ou si peu, avec la réalité d'un cabinet médical. Dans la pratique, nous avons affaire à des patients et patientes avec lesquels nous devons d'abord établir un rapport de confiance. Le choix de la thérapie est un processus décisionnel commun. Dans notre profession, diagnostic et thérapie ne sont pas des jeux.

Nous aussi, nous faisons des recherches sur Internet, mais nous avons appris à faire la part entre des sources fiables, telles que MEDLINE ou PubMed, et les autres. C'est aussi un fait que de nombreux patients sont vite déstabilisés par des informations fausses ou mal interprétées. Il s'agit là d'un nouvel aspect de notre activité de médecin : rectifier les diagnostics Internet mal interprétés. Il est également de la responsabilité du corps médical d'indiquer aux patients les sites Internet reposant sur des bases scientifiques.

Dr Esther Hilfiker
Présidente de la Société des Médecins de Berne

Contenu

4 «Parfois, je me suis demandé: Suis-je encore médecin?»

Un entretien avec la nouvelle médecin cantonale, le docteur Linda Narthey.

9 TARCO – un projet commun

Le corps médical va de l'avant: il s'engage activement pour une structure tarifaire révisée.

12 Un moyen efficace contre la pénurie de médecins de premier recours

Le docteur et privat-docent Sven Streit à propos du programme d'assistantat au cabinet médical et du fonds de soutien pour les praticiens et praticiennes formateurs.

15 La grippe espagnole – la plus grande pandémie que l'humanité n'ait jamais connue

En 1918, la grippe espagnole a fait plusieurs millions de victimes dans le monde. Pourtant, aujourd'hui les livres d'histoire n'en parlent tout au plus qu'en marge.

20 La liste zurichoise

Ambulatoire avant stationnaire: depuis début 2018, le canton de Zurich ne paie plus certaines interventions stationnaires qu'exceptionnellement.

22 La valeur non chiffrée de la prévention

La promotion de la santé doit-elle faire économiser de l'argent? Ou suffit-il que la charge de morbidité soit évitée?

Mentions légales

doc.be, organe de la Société des Médecins du Canton de Berne; éditeur: Société des Médecins du Canton de Berne, Postgasse 19, 3000 Berne 8 / paraît 6x par an; responsable du contenu: comité directeur de la Société des Médecins du Canton de Berne; rédaction: Marco Tackenberg, Simone Keller et Markus Gubler, service de presse et d'information de la SMCB, Postgasse 19, 3000 Berne 8, T 031 310 20 99, F 031 310 20 82; tackenberg@forumpr.ch, keller@forumpr.ch, gubler@forumpr.ch; annonces: Simone Keller, keller@forumpr.ch; conception / layout: Definitiv Design, Bern; impression: Druckerei Hofer Bümpliz AG, 3018 Berne; photo de couverture: Marco Zanoni



« Parfois, je me suis demandé: Suis-je encore médecin ? »

Depuis mars de cette année, la nouvelle médecin cantonale de Berne s'appelle Linda Nartey. Elle souhaite un corps médical qui s'investit de manière constructive dans le développement de la prise en charge médicale.

Linda Nartey connaît les pré-occupations du corps médical, ne serait-ce que de par son père qui a eu un cabinet de médecine de premier recours à Niederwil (AG).

Interview: Marco Tackenberg et Simone Keller, service de presse et d'information
Photos: Marco Zanoni

doc.be: Madame Nartey, vous avez deux enfants. Comment leur expliquez-vous ce qu'est votre travail quotidien?

Linda Nartey: C'est une bonne question ! Il s'avère souvent difficile d'expliquer ce qu'est mon travail, même à mes propres enfants. Je crains que tous deux ne soient pas en mesure d'expliquer ce que fait leur mère. Et mes enfants ne sont pas les seuls dans ce cas. La plupart des gens, et j'entends par là aussi bien la population que le corps médical, ne savent pas vraiment quel est le rôle de l'Office du médecin cantonal.

Si vous deviez décrire votre rôle en une phrase...

... alors je dirais: l'Office du médecin cantonal doit assurer à la population un service médical ambulatoire de base, coordonner sur le plan sanitaire la gestion des catastrophes, remplir des tâches de police sanitaire telles que la lutte contre les maladies transmissibles et le contrôle du personnel médical.

Quels sont les chantiers actuellement à l'ordre du jour de l'Office du médecin cantonal?

Les soins médicaux de premier recours, y compris la réglementation du service d'urgence ambulatoire, les modifications de la LAMal concernant la régulation des admissions ainsi que le financement uniforme des prestations ambulatoires et

stationnaires. Ces domaines comprennent bon nombre de questions en suspens qui occupent les acteurs du secteur de la santé depuis longtemps et pour lesquelles nous devons ensemble trouver et mettre en œuvre de nouvelles solutions.

Comment pourrait-on maîtriser les problèmes du service d'urgence ambulatoire?

A mon avis, la fusion des cercles de service d'urgence ambulatoire reste l'une des principales mesures, même si dans quelques régions les médecins s'y opposent. Cela permettrait de réduire le nombre de services de garde, quitte à accepter en contrepartie un district plus important. Le canton ne peut rien prescrire, ou seulement de manière très restreinte, vu que la prise en charge ambulatoire n'est pas du ressort de l'Etat, contrairement au secteur stationnaire. Le corps médical a réclamé de nombreuses fois le financement du service d'urgence médical ambulatoire. Mais tout compte fait, on ne veut cependant rien se laisser imposer.

La coopération avec les hôpitaux, déjà expérimentée dans certaines régions, constitue une autre solution possible. Mais une délégation complète du service d'urgence ambulatoire aux hôpitaux n'est pas possible. De même, il faut examiner la coopération avec d'autres institutions et prestataires, tels que les services de secours, les pharmacies et les Advanced Practice Nurses. Ils pourraient devenir à l'avenir un pilier important des soins médicaux de base.

De nouvelles formes d'organisation et de nouveaux modèles de coopération sont réellement possibles, à condition d'être disposé à faire des concessions. On ne peut pas avoir le beurre et l'argent du beurre.

Le service d'urgence ambulatoire est un sujet sur lequel a déjà travaillé Jan von Overbeck, votre prédécesseur. Où voyez-vous d'une manière générale une continuité de son action et en quoi vous différenciez-vous de lui ?

Jan von Overbeck et moi-même avons collaboré très étroitement durant quatre ans. Nous avons élaboré une position commune sur la plupart des sujets. Par conséquent, un changement radical de direction n'aura pas lieu. Cependant, les sujets évoluent, ce qui signifie également que nous examinons en permanence notre point de vue et notre angle d'approche et, si nécessaire, les adaptons.

En tant que médecin cantonale, avez-vous une marge de manœuvre vis-à-vis du directeur des affaires sanitaires ?

Le directeur des affaires sanitaires définit la ligne stratégique et politique que je dois suivre. Ma tâche consiste à y intégrer le point de vue technique, à savoir le point de vue médical et scientifique ainsi que celui de la santé publique. La coopération fonctionne bien et est passionnante. Il existe toujours une certaine marge de manœuvre, il suffit de la discerner et la mettre à profit.

Au niveau de la politique nationale de la santé, la centralisation ne cesse de progresser; la Confédération s'ingère de plus en plus souvent. Comment le percevez-vous ?

Je ne perçois pas les interventions de la Confédération en tant que centralisation mais comme une coordination. Le secteur de la santé est très complexe et coûte beaucoup d'argent à la société; dans de nombreux domaines, il y a un manque de transparence. Ces deux éléments, à savoir peu de transparence et beaucoup d'argent, créent la nécessité d'une certaine coordination par une instance supérieure. De mon point de vue, il est indispensable que certaines évolutions et décisions fassent l'objet d'une concertation transcantonale.

Comment procédez-vous ?

Pour moi, il est extrêmement important de recouper les informations. Je veux et dois savoir ce que font les autres cantons et quelle conception du secteur de la santé d'autres acteurs ont. Pas besoin de

réinventer la roue à chaque fois ! Un bon exemple est la pénurie de médecins de premier recours qui concerne toute la Suisse. Nous échangeons avec de nombreux acteurs et partenaires et discutons différentes solutions envisageables. Un autre sujet actuel est la régulation des admissions. Ici aussi, nous devons, à mon avis, rechercher un consensus.

Comment avez-vous vécu le changement de rôle de médecin pratiquante à collaboratrice scientifique et chercheuse, et plus tard à médecin cantonale d'abord adjointe puis maintenant en cheffe ?

J'ai aimé travailler comme médecin en clinique. Ma spécialisation, gynécologie et obstétrique, est une belle discipline, intéressante et enrichissante. Cependant, la charge de travail n'était pas compatible avec ma conception de la famille. A l'époque, il y avait encore peu de modèles à temps partiel ou d'autres possibilités permettant de tout concilier. Je voyais chez d'autres femmes médecins qu'après le congé maternité, elles exerçaient de moins en moins en chirurgie et que la prise en charge en cabinet gynécologique prenait une part de plus en plus importante. Ce que je ne voulais pas car c'est justement l'obstétrique et la chirurgie qui me plaisaient le plus. Pour moi, il était clair que si je désirais accompagner moi-même activement mes enfants durant leur enfance et leur adolescence, je devais adapter mon travail.

Au cours de l'évolution allant de médecin travaillant en clinique à collaboratrice scientifique et médecin spécialiste en santé publique, j'ai souvent douté de moi-même. Car je ne savais pas exactement où me menait mon chemin. Nombre de médecins ressentent aussi ce changement de rôle comme un changement de bord. Je me suis moi-même posé la question: suis-je encore médecin ?

Et quelle est votre réponse aujourd'hui ?

Je me vois comme médecin, mais je ne suis plus ce que les gens s'imaginent en pensant à un médecin. Je n'ai pratiquement plus de contacts directs avec les patients. Le fait d'avoir travaillé comme médecin en clinique est un atout pour exercer mon métier de médecin cantonale correctement. Je dois comprendre qui sont les personnes qui travaillent dans les institutions du secteur de la santé et avec les patients, comment la collaboration interdisciplinaire se déroule, comment les institutions fonctionnent et quelles conditions cadres influencent de quelle manière le travail dans le secteur de la santé. Je ne peux pas être l'instance de surveillance de



Linda Nartey: «De nouvelles formes d'organisation et de nouveaux modèles de coopération sont réellement possibles, à condition d'être disposé à faire des concessions. On ne peut pas avoir le beurre et l'argent du beurre.»

spécialistes hautement qualifiés si je ne comprends rien à leur travail et ne parle pas leur langue. C'est pourquoi j'attache une grande importance à échanger régulièrement avec les médecins, et plus particulièrement avec les médecins de premier recours, et à écouter leurs préoccupations que je connais d'ailleurs de par le cabinet de mon père. Cela ne veut pas dire que nous voyions ou évaluions les choses toujours de la même façon. Car en tant que médecin cantonale, je suis redevable envers le canton et sa population et dans une moindre mesure envers le corps médical et autres professionnels de la santé.

Qu'attendez-vous du corps médical?

J'apprécie le débat et la coopération constructifs avec les médecins, ce que je souhaite poursuivre et développer. Je souhaite que le corps médical s'investisse de manière constructive et avec dynamisme dans l'évolution actuelle de la prise en charge médicale. Il doit être davantage qu'un acteur corporatif. Cela signifie également qu'il coopère à l'élaboration de solutions proactives dépassant ses propres intérêts. En politique corporative, chacun s'attache à préserver son pré carré ou à l'élargir aux dépens d'un autre. Ce n'est pas ainsi que nous arriverons à résoudre les problèmes.

Linda Nartey

Depuis le 1^{er} mars 2018, le médecin cantonal du canton de Berne est Mme Linda Nartey, qui avait été auparavant médecin cantonale adjointe durant quatre ans. Après un doctorat en médecine à l'université de Berne, Linda Nartey a obtenu le titre FMH en prévention et santé publique ainsi qu'un Master of Science en épidémiologie de la London School of Hygiene and Tropical Medicine. En mai 2017, elle terminait des études post-diplôme en management de la santé à l'université de Berne.

Après l'examen d'Etat, Linda Nartey a travaillé pendant huit ans comme médecin-assistante en chirurgie, gynécologie/obstétrique et médecine interne, comme assistante au cabinet et remplaçante dans un cabinet de médecine de premier recours et a exercé comme médecin au Centre de santé pour les femmes de la ville de Berne. Elle a ensuite travaillé comme collaboratrice scientifique à l'Institut de médecine sociale et préventive de l'université de Berne puis, de 2005 à 2009, comme collaboratrice scientifique dans le département des maladies transmissibles de l'Office fédéral de la santé publique. De 2009 à 2014, Linda Nartey était responsable de la coordination des projets à la Clinical Trial Unit CTU de l'université de Berne.

Linda Nartey a grandi dans les cantons de Berne, Zurich et de l'Argovie. Sa mère est Suisse tandis que son père est originaire du Ghana en Afrique occidentale. Mère d'un fils de 19 ans et d'une fille de 17 ans, elle vit avec sa famille à Berne.



TARCO – un projet commun

Tous les ans, la SMCB invite des membres du Grand Conseil à un dîner particulier : autour d'un « émincé de poulet et rösti » sont discutées des questions de politique de la santé, le sujet de cette année portant sur la révision tarifaire. Il apparaît clairement que le corps médical s'engage activement pour une structure tarifaire révisée.

La structure tarifaire de 2004 n'a jamais connu d'actualisations sérieuses. La députée Melanie Beutler veut savoir comment l'actualisation de la structure tarifaire se fera à l'avenir.

Texte : Simone Keller, service de presse et d'information
Photos : Marco Zanoni

« Nous voilà dans de beaux draps ! ». C'est par ces mots qu'Esther Hilfiker, présidente de la Société des Médecins du Canton de Berne, accueille les membres du Grand Conseil lors de la réunion de midi de cette année. Elle ne fait pas nécessairement référence aux nappes qui garnissent la table, mais bien plus à TARMED, la structure tarifaire unique pour les prestations médicales ambulatoires. Celle-ci fut introduite à l'échelle nationale en 2004 sans jamais connaître d'actualisations sérieuses, le résultat étant que la convention tarifaire ne couvre plus totalement l'éventail des prestations médicales.

TARMED devient TARCO

Le docteur Urs Stoffel, responsable du département « Médecine et tarifs ambulatoires » au sein du comité central de la FMH, informe sur les difficultés et obstacles qui ont jonché le chemin vers un nouveau tarif approprié et conforme aux règles de l'économie d'entreprise. C'est en 2010 que la FMH s'est attaquée à la révision de TARMED, tout d'abord seule et plus tard en association avec la fédération des Hôpitaux de Suisse H+ et la commission des tarifs médicaux. En juin 2016, le projet subissait un net revers : la proposition de tarif éla-

borée était rejetée lors de la consultation de la base de la FMH. Le résultat pointait clairement à quoi cela était dû : un manque de consensus.

Suite à cette consultation, le corps médical fut non seulement attaqué de toutes parts par les médias, mais aussi mis au pied du mur par les politiques. En 2018, le Conseil fédéral intervenait pour la deuxième fois après 2014 dans le tarif. Certaines prestations de domaines spécifiques furent corrigées, avec partiellement des effets négatifs dans la prise en charge médicale de base. L'objectif espéré est d'économiser 470 millions de francs par an – les preuves manquent encore.

Sur ces entrefaites, la FMH lançait dès 2016 un nouveau projet ; TARMED devenait TARCO (TARMED Consensus), dont le « cockpit » constitue la pièce maîtresse. Dans cet organe suprême de pilotage et de décision, tous les membres de la base sont représentés par des associations faitières. Urs Stoffel tient à souligner : « L'objectif est une structure tarifaire consolidée apte à recueillir la majorité – TARCO est un projet commun ! »

A la recherche du juste milieu

Pour les hommes et femmes politiques présents, les processus de longue haleine n'ont rien d'exceptionnel. Cependant, quelques-uns parmi eux ont dû se



«Le corps médical va de l'avant! Avec TARCO, il présente une structure tarifaire consolidée apte à recueillir la majorité», Urs Stoffel en est convaincu.

demander pourquoi la révision de TARMED dure si longtemps. « Parce que c'est un projet très complexe dans lequel se côtoient beaucoup d'intérêts divers », explique Urs Stoffel. En association avec des experts du domaine, quarante groupes de travail ont examiné les tarifs chapitre par chapitre et prestation par prestation. Une tâche titanesque en raison d'une convention tarifaire comprenant plus de 4'500 positions !

Le plus grand défi consistait à trouver un équilibre entre simplicité et transparence. Si le système est trop complexe et incompréhensible pour les patients, on reprochera au corps médical un manque de transparence dans la facturation. Si, en revanche, on facture davantage à l'aide de forfaits, on soupçonnera les médecins d'accroître inutilement le volume des prestations.

Une solution possible est ce qu'on appelle le tarif hybride « snap-in ». Des actes spécifiques sont remplacés par des forfaits appropriés là où cela est judicieux. Par exemple pour une hernie inguinale. Mais qu'en est-il si la médecin traite un patient avec cinq diagnostics différents ? Cela devient alors compliqué ; il faut, dans ce cas, considéré les prestations médicales de manière différenciée et facturer chaque acte spécifique. Dans un tel cas de figure, les forfaits ne sont tout simplement pas en mesure de reproduire les prestations médicales avec suffisamment d'exactitude.

L'attente fut longue

Le repas de midi demande nettement moins de temps. Les membres du Grand Conseil, qui en sont maintenant au café, discutent vivement les explications d'Urs Stoffel et Esther Hilfiker. Entre eux et en plénière. La députée Melanie Beutler demande comment se fera l'actualisation de la nouvelle structure tarifaire. Urs Stoffel est convaincu qu'une telle actualisation est impérativement nécessaire : « Il y aura une version initiale des tarifs qui pourra être corrigée tous les ans. C'est un bureau national des tarifs, nouvellement créé, qui se chargera de

l'actualisation de ceux-ci. » Le député et médecin Carlo Schlatter aborde une question épineuse juridiquement : le renchérissement. Celui-ci est pris en compte dans le système tarifaire puisque les tarifs se basent sur l'étude permanente sur les coûts de fonctionnement (RoKo), dont les données sont collectées tous les ans. La hausse de l'indice des loyers y figure donc. Qu'en est-il de la neutralité des coûts qui, de par la loi, doit être respectée lors des révisions tarifaires ? Le secrétaire de la SMCB, Thomas Eichenberger, apporte des précisions : Ce n'est pas tout à fait exact : la neutralité des coûts ne tire pas son fondement légal de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal). Mais elle fait partie de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal). Reste à savoir comment le Tribunal fédéral jugerait une telle argumentation. La question de la neutralité des coûts est fortement politisée ; la pression politique est ici immense. »

La nouvelle structure tarifaire TARCO avec nettement moins de positions – environ 2700 – est maintenant bouclée. Actuellement se déroulent les négociations avec les partenaires tarifaires. L'objectif déclaré est le dépôt conjoint des nouveaux tarifs au Conseil fédéral fin 2018. Lors la consultation de la base en 2016, le corps médical a reconnu trop tard l'urgence d'une révision complète des tarifs afin de conserver l'autonomie tarifaire. Désormais, il veut rattraper le temps perdu. « Nous les médecins allons de l'avant », souligne Esther Hilfiker, « avec TARCO, nous voulons abandonner l'actuel tarif imposé et le remplacer par un tarif partenarial. »

Un moyen efficace contre la pénurie de médecin de premier recours

A partir de 2019, le canton de Berne disposera désormais de 35 postes d'assistantat au cabinet ainsi que d'un fonds de soutien pour les praticiens formateurs et praticiennes formatrices. Le docteur et privat-docent Sven Streit, directeur du département Relève et Réseautage à l'Institut bernois de médecine de premier recours (BIHAM), appelle les personnes intéressées à déposer dès maintenant leur candidature.

Interview: Simone Keller, service de presse et d'information

Photo: Manuel Stettler

doc.be: En novembre 2017, le Grand Conseil approuvait la poursuite du programme d'assistantat au cabinet médical. Pourquoi est-ce important?

Sven Streit: Parce que le programme d'assistantat au cabinet médical est l'un des meilleurs moyens pour renforcer la relève en médecine de premier recours. Parmi ceux ayant pris part au programme ACM dans le canton de Berne, plus de 80 % deviennent plus tard médecin de premier recours plus tard médecin de premier recours, ce qui est très important pour nous. A l'échelle de la Suisse, les chiffres diffèrent quelque peu; c'est environ 50 % de ceux qui ont participé à un tel programme.

Comment l'expliquez-vous?

Cela tient vraisemblablement au mentorat que nous proposons pour les futurs médecins. On prend ainsi les jeunes collègues par la main pour les mener à la pratique. Une autre raison est la sélection: chez nous, les assistants et les praticiens formateurs doivent déposer conjointement leur candidature au programme ACM, «en couple» pour ainsi dire. Cela signifie qu'ils ont déjà eu l'occasion de faire connaissance; nous n'affectons pas les personnes à l'aveuglette. C'est une base essentielle pour la collaboration.

Le nombre de postes ACM va passer en 2019 de 21 à 35. Est-ce suffisant?

Je considère comme un grand succès le fait que le canton ait augmenté le nombre de postes ACM en ces temps de rigueur budgétaire. Nous lui en sommes très reconnaissants. Nous craignons cependant que le nombre de postes soit encore insuffisant. Selon des estimations, il faudrait cinquante-cinq postes par an dans le canton de Berne afin d'éradiquer la pénurie de médecins de premier recours. Mais nous manquons de données fiables.

Les postes peuvent-ils être attribués pour l'année 2019?

Jusqu'à présent, nous n'avons jamais eu de problèmes. Actuellement, environ un tiers est attribué. Cela tient entre autres au fait que nous ne pouvions pas encore faire beaucoup de publicité puisque nous devons tout d'abord clore les négociations contractuelles.

Quel était l'objet de ces négociations?

En premier lieu le fonds nouvellement créé pour les cabinets défavorisés. Le Grand Conseil a alloué un fonds de CHF 84000.- par an au programme ACM pour la période 2019-2022. Cela permettra de venir en aide aux praticiens et praticiennes formateurs qui ne sont pas en mesure de payer leur contribution s'élevant à CHF 4500.-

Ce que la SMCB a obtenu pour ses membres grâce à un très grand travail de persuasion

Après l'approbation à l'unanimité de la poursuite du programme d'assistantat au cabinet et la création d'un fonds de soutien pour des cabinets défavorisés par le Grand Conseil en novembre 2017, le contrat entre le canton et l'Institut bernois de médecine de premier recours BIHAM est désormais signé. Cette réussite nous réjouit d'autant plus que la SMCB s'est investie, ces dernières années, dans la poursuite et le développement du programme d'assistantat au cabinet médical par un énorme travail de persuasion et un engagement sans relâche. Avec le BIHAM, la SMCB et d'autres associations, comme le VBHK, ont fait avancer leur idée de poursuivre et d'étendre le programme avec 35 postes au lieu de 21, en consacrant beaucoup de temps à une multitude de négociations et d'entretiens constructifs avec des partenaires et représentants issus de la politique et de l'administration. Lors de la réunion de midi avec des membres du Grand Conseil ainsi qu'en d'autres occasions, nous avons tout fait pour porter nos revendications sur le devant de la scène politique.

Au niveau de la mise en œuvre, la SMCB joue également un rôle important: son vice-président Rainer Felber siège au comité assistance au cabinet médical. En association avec l'Office du médecin cantonal, ce dernier a défini les critères d'attribution pour le fonds de soutien nouvellement créé et décide qui obtient un poste ACM et qui obtient un soutien par le fonds.



En novembre 2017, le Grand Conseil du canton de Berne a augmenté le nombre de places d'assistantat au cabinet médical et octroyé un fonds pour les cabinets défavorisés. Les personnes intéressées peuvent dès à présent déposer leur candidature!

par an. Environ un tiers de l'ensemble des postes ACM sera subventionné par le fonds. Un praticien formateur ou une praticienne formatrice devra alors encore payer CHF 3300.– par mois.

Qui peut prétendre au fonds ?

En concertation avec l'Office du médecin cantonal et les fédérations cantonales, SMCB et VBHK, nous avons défini quatre critères pour l'attribution :

- de préférence des cabinets individuels, c'est-à-dire avec au maximum 150 équivalents plein temps au niveau médecin ;
- des praticiens formateurs qui sont pédiatres ;
- des médecins de premier recours ou des pédiatres travaillant dans des zones présentant une prise en charge insuffisante ;
- des cabinets impliqués dans des projets pilotes.

Pour obtenir le soutien, il n'est pas nécessaire de répondre aux quatre critères. Les personnes intéressées peuvent s'inscrire sur notre site Web. En plus du formulaire de candidature, les praticiens formateurs doivent expliquer dans une lettre d'une page pour quelles raisons ils ne peuvent pas payer la contribution dans son intégralité. Je souhaite appeler les collègues à déposer leur candidature même en cas de doute. Nous soutenons volontiers celui qui est qualifié.

Quelle est la fonction de la SMCB pour le programme ACM ?

Dans la première phase, la SMCB était le partenaire politique de l'Institut bernois de médecine de premier recours. Il s'agissait alors d'obtenir que le programme ACM soit poursuivi et le nombre de postes augmenté. Nous avons besoin du soutien de la SMCB pour porter nos revendications sur le devant de la scène politique.

Dans la deuxième phase, lorsque nous avons défini les critères pour le fonds, nous attachions beaucoup d'importance à la position de la SMCB. Elle nous a indiqué les critères pertinents et comment les vérifier.

Actuellement, nous en sommes à la mise en œuvre. La SMCB est représentée au sein du comité assistance au cabinet médical. Il s'agit de l'organe qui décide qui obtient un poste ACM.

Quel soutien peut vous apporter la SMCB ?

Pour nous, l'analyse de la SMCB sur la prise en charge est très précieuse. Ces données jouent par exemple un rôle important dans l'attribution des postes ACM. Elles révèlent où la prise en charge est actuellement insuffisante et nous aident plus tard lors de l'évaluation de notre programme. De même, la SMCB nous apporte son

soutien au sujet du curriculum bernois de médecine interne générale (voir encadré).

Nous avons beaucoup parlé des mesures destinées à enrayer la pénurie de médecins de premier recours. Mais qu'en est-il en fait de l'image de la profession ?

Elle a énormément évolué au cours des dix dernières années. Auparavant, environ 10 % des étudiants en médecine voulaient embrasser la profession de médecin de premier recours. Aujourd'hui, ce sont presque 60 % qui veulent définitivement devenir médecin de premier recours ou peuvent vraiment se l'imaginer.

Pourquoi en est-il ainsi ?

Cela tient notamment à la visibilité de ce champ professionnel : il y a dix ans, le rôle du médecin de premier recours était inexistant à l'université. Maintenant, tous les étudiants en médecine doivent faire un stage dans un cabinet de médecine de premier recours. A ceci s'ajoute l'académisation de la médecine de premier recours, une carrière académique est aujourd'hui possible.

Une autre raison réside dans le désir d'indépendance. J'observe que ce dernier s'intensifie souvent au cours de la formation postgrade. Et enfin, nombreux sont ceux qui attachent une grande importance à la conciliation de la vie professionnelle et familiale. La médecine de premier recours offre tout ceci : l'indépendance et de nombreuses responsabilités d'une part, et la conciliation de la vie professionnelle et familiale d'autre part.

Inscription au programme ACM

Vous trouverez de plus amples informations sur le programme d'assistantat au cabinet médical ainsi que la possibilité de vous inscrire sous le lien suivant : www.biham.unibe.ch/weiterbildung

Y figure également une liste actuelle de tous les praticiens formateurs recherchant des médecins-assistant(e)s. Ceux qui souhaiteraient se faire inscrire dans cette liste sont priés de contacter le BIHAM.

Curriculum bernois MIG

Le curriculum bernois récemment lancé pour la médecine interne générale propose aux futurs médecins de premier recours et internistes en milieu hospitalier une formation postgrade complète et coordonnée en vue d'obtenir le titre de spécialiste en médecine interne générale. Avec plus de cent trente-cinq postes en rotation dans vingt-cinq disciplines, sa taille et sa diversité en font un cas unique en Suisse. Des mentors expérimentés apportent leur soutien aux médecins-assistant(e)s lors de la planification de la carrière, le curriculum conçu en deux étapes offrant une certaine flexibilité puisqu'il est modulable en fonction de l'objectif et de l'état personnels de la formation postgrade. En proposant des postes à temps partiel et des conditions d'engagement adaptées à notre époque, les initiateurs du curriculum bernois MIG s'engagent en faveur de la conciliation de la vie professionnelle et familiale. Le curriculum bernois est ouvert à tous les médecins-assistant(e)s ayant pour objectif une formation postgrade MIG, indépendamment de l'état de leur formation postgrade. www.bernercurriculum-aim.ch

Certainement la plus grande pandémie de l'histoire de l'humanité

Il y a un siècle, la grippe espagnole causait des millions de morts dans le monde entier. Selon les estimations, elle a fait plus de victimes que les deux guerres mondiales réunies. Mais les tourments politiques de l'époque ont contribué à effacer cette tragédie des mémoires.

Texte: Rahel Brönnimann, Service de presse et d'information SSO
Photos: Keystone

«Pneumonie consécutive à la grippe». En 1918, c'est le diagnostic le plus fréquent dans le monde entier. Il est le plus souvent sans espoir. Aucune épidémie n'a été aussi meurtrière, sur une aussi courte période, que ne l'a été la grippe espagnole entre 1918 et 1920. En trois vagues successives, elle a fait entre 20 et 50 millions de victimes dans le monde, dont 25 000 dans notre petite Suisse. Les cargos et les paquebots ont disséminé le virus sur la terre entière; seuls quelques endroits complètement isolés ont été épargnés. Le transport des cadavres et le choix de leurs dernières demeures tournent partout au défi logistique. A la différence des épidémies précédentes, la grippe espagnole touche principalement des hommes jeunes et robustes. Cent ans plus tard, personne ne sait encore pourquoi ils ont plus souffert de cette grippe que les

enfants ou les personnes sous-alimentées ou âgées par exemple.

Une origine inconnue

L'origine de la grippe espagnole reste incertaine. La Chine et l'Amérique du Nord sont les deux sources potentielles les plus souvent citées. Les travailleurs chinois du Chinese Labour Corps, organisés en service d'assistance pour les troupes britanniques dans le nord de la France, ont peut-être apporté la grippe en Europe. A moins qu'elle n'ait trouvé son origine au Kansas et se soit frayé un chemin vers l'Europe avec l'arrivée des soldats américains. L'Asie et la monarchie autrichienne accusaient plutôt la Russie, bien que, là-bas aussi, l'ampleur de l'épidémie reste un mystère: la Russie, en pleine révolution, avait d'autres préoccupations dans les années qui ont suivi 1917 que de comptabiliser les victimes de la grippe. Aujourd'hui encore, personne ne sait combien de Soviétiques sont morts de la grippe entre 1918 et 1920.

Il est en revanche certain que l'Espagne n'a pas plus subi la grippe espagnole que les autres pays. La grippe espagnole doit plus vraisemblablement son nom au fait que c'est dans cette Espagne neutre qu'elle a été évoquée pour la première fois. Dans ce pays, les journalistes pouvaient en effet parler de l'épidémie sans craindre la censure, ce qui n'était pas le cas dans les pays en guerre.

Les médecins impuissants

La médecine avait accompli des progrès considérables durant les années qui ont précédé la grippe espagnole. L'espérance de vie était en augmentation constante grâce, notamment, à de meilleures conditions d'hygiène dans les villes et au développement de la chirurgie. Dans un ouvrage récent, Harald Salfellner, historien de la médecine, relève en substance que la grippe espagnole a créé une situation exceptionnelle qui a mis en évidence les défauts structurels d'une médecine qui s'était trop vite gargarisée de ses succès. Pour lui,



**Lazaret d'urgence à
Brookline, Massachusetts,
Etats-Unis.**

L'impuissance des médecins est au plus tard devenue évidente lors de la dramatique vague de l'automne: les moyens thérapeutiques conventionnels comme les ventouses ou l'aspirine ne fonctionnaient pas et les médecins ont expérimenté toutes sortes de remèdes; dans les cas graves, ils ont même largement utilisé des substances telles que l'opium, la morphine, l'héroïne ou la cocaïne. De nombreuses publicités dans les journaux de l'époque ont par ailleurs vanté l'alcool comme un remède miracle contre la grippe et certains médecins en ont même prescrit à titre préventif et thérapeutique.

A l'époque, le monde médical ne connaissait pas encore les virus. Beaucoup de médecins ont fait confiance au célèbre bactériologiste Richard Pfeiffer qui affirmait alors qu'un bacille était responsable de la maladie.

La pénurie de personnel est encore venue aggraver le manque de connaissances: le Reich allemand et l'Autriche-Hongrie manquaient de médecins, car ceux-ci étaient presque tous au front. Dans son livre, Salfellner explique que les médecins qui s'occupaient des patients civils étaient trop âgés et souvent physiquement incapables de faire face aux difficultés, raison pour laquelle des spécialistes et des «médecins de guerre» ont été formés dans l'urgence; mais même en traitant jusqu'à 200 patients par jour, il leur était impossible de soigner tous

ceux qui en auraient eu besoin: un hôpital de Berlin n'acceptait plus de patients dont la fièvre était inférieure à 41 °C et nombre de malades de la grippe attendaient en vain la visite d'un médecin, particulièrement à la campagne, car les moyens de transport faisaient également défaut.

La guerre n'est pas la seule responsable du manque de personnel, la grippe elle-même en a souvent été la cause. Aux Etats-Unis, à Boston, d'innombrables médecins et infirmières étaient malades et les 265 écoles de la ville ont été fermées et transformées en hôpitaux d'urgence. Les enseignants ont alors servi de personnel infirmier.

Les tentatives de prévention

L'état d'urgence a eu des effets sur la vie sociale des gens. En de nombreux endroits, les autorités ont ordonné des mesures de prévention: elles ont fermé les théâtres, les cinémas et d'autres lieux publics et interdit les bals publics et la fréquentation des églises. Les écoles ont été moins touchées, car les autorités ont fréquemment estimé qu'il serait plus dommageable de laisser les élèves vagabonder sans surveillance que de les maintenir en classe. Le port d'un masque de protection était souvent recommandé, voire rendu obligatoire: à San Francisco, la plupart des contrevenants ont finalement accepté de se plier à cette obligation après avoir dû payer une amende

dont le montant était reversé à la Croix-Rouge, mais de nombreux réfractaires au port du masque ont été arrêtés et ont temporairement rempli les prisons.

La fin de la guerre ne marque toutefois pas la fin de l'épidémie, mais celle-ci ne faisait pas partie des sujets d'actualité prioritaires. Les célébrations de la victoire et les grands défilés ont même provoqué une recrudescence marquée du nombre de victimes. Ainsi, la Grande-Bretagne a enregistré 19000 décès dus à la grippe dans la semaine qui a suivi l'armistice.

Une pandémie aux conséquences graves

Durant la dernière année de la guerre, la grippe a eu des effets considérables, à la fois



Une catastrophe presque oubliée

Historien de la médecine, Harald Salfellner retrace l'histoire mondiale de la grippe espagnole dans un livre qu'il a récemment publié. S'aidant de nombreuses photos et illustrations d'époque, de descriptions de cas et de situations, il rend palpable cette catastrophe presque oubliée.

Pour l'auteur, ce retour à l'époque de nos arrière-grands-parents est à la fois un rappel et un hommage aux milliers de victimes de la grippe espagnole.

ISBN 978-3-89919-510-1 (ouvrage publié en allemand)

sur la vie publique et sur la vie privée des gens. Il est difficile d'imaginer ce que cela a pu représenter, non seulement financièrement, mais aussi émotionnellement pour le personnel soignant et pour les proches des victimes. Les conséquences de la grippe sur la démographie sont lourdes, non seulement à cause des nombreux décès, mais en partie aussi en raison de la baisse de la natalité qui en a découlé : des millions de femmes enceintes et de personnes en âge de procréer sont décédées dans le monde entier ; pour cette classe d'âge, cela représente autant d'enfants qui ne sont pas nés.

De nombreuses questions au sujet de la grippe espagnole restent sans réponses. La grippe a-t-elle eu une influence sur le cours de la guerre ? Ou, à l'inverse, la guerre est-elle responsable de la virulence de cette pandémie ? Médecins et historiens vont certainement se pencher longtemps encore sur les nombreuses énigmes de la grippe espagnole.

La grippe espagnole en Suisse

Texte : Beat Gafner, ancien président de la SMCB

De par sa virulence, la grippe espagnole de 1918 se démarque particulièrement de la bonne trentaine de pandémies de grippe qui sévirent depuis l'an 1500. Avec vingt à cinquante millions de morts, elle fit plus de victimes que la Première Guerre mondiale. Le seul endroit habité mais non touché au monde fut l'île Sainte-Hélène dans l'Atlantique. En Suisse, quelque deux millions de personnes furent atteintes entre juillet 1918 et juin 1919 au cours de deux vagues (similitude avec l'actuelle vague de grippe saisonnière), dont environ 24500 succombèrent. De ce fait, la grippe espagnole fut la plus grande catastrophe démographique que la Suisse ait connue à ce jour.

60 % des victimes sont âgées de 40 à 60 ans et majoritairement des hommes. Le taux de mortalité dans les campagnes est supérieur



GREEN LAKE

ENTRANCE

A Seattle, le conducteur du tramway refuse de transporter un homme sans masque de protection.

à celui des centres urbains, sans que nous disposions d'explications scientifiquement fondées à ce sujet. Cependant, on suppose aujourd'hui que la raison est à chercher dans l'immunité, en partie présente chez les personnes d'un certain âge, contre des virus grippaux apparentés ayant sévi lors de vagues de grippe précédentes.

La grippe fait de la politique et de la lutte des classes

L'épidémie est apparue durant la phase finale de la Première Guerre mondiale, une période d'importants conflits sociaux qui, en Suisse, a atteint son paroxysme lors de la grève générale de novembre 1918. Les difficultés d'approvisionnement en charbon et denrées alimentaires étaient à l'ordre du jour, avec pour conséquence une crise alimentaire entraînant sous-alimentation et malnutrition dans de larges pans de la population. La vulnérabilité était très importante chez les militaires effectuant leur service, ce qui conduisit à la fermeture d'écoles, d'églises et de théâtres, à l'interdiction de bals et de cérémonies funéraires ainsi qu'à l'ajournement de toutes les écoles militaires. Il s'en suivit de virulentes attaques de la presse envers la direction de l'armée, qui prétendaient que les conditions de ravitaillement et de logement durant le service militaire étaient catastrophiques.

Le général Wille et le Conseil fédéral commandèrent des inspections et instituèrent des commissions, ce qui permit de calmer la situation à propos de l'armée, sans pour autant apporter une amélioration effective des conditions.

Les mois d'octobre et novembre 1918 furent marqués par un climat tendu, proche de la guerre civile, de sorte que de nombreuses grèves eurent lieu et que la troupe fut mobilisée à Zurich pour garantir le maintien de l'ordre.

La période de troubles tomba au même moment que la deuxième vague de grippe en Suisse, si bien que la classe ouvrière et le bloc bourgeois se renvoyèrent la responsabilité des centaines de soldats morts de la grippe. Cependant, il faut bien

dire que la vague de grippe atteignait également son paroxysme en dehors des centres urbains.

Au total, parmi les 24449 victimes de la grippe, «seulement» 913 étaient des soldats affectés au service d'ordre. La médecine et les autorités étaient dans une large mesure impuissantes face à l'évolution de l'épidémie, les seules mesures étant l'aspirine et la pose de ventouses. Mais la grippe espagnole fut largement instrumentalisée par les deux blocs politiques pour leurs propres intérêts.

Autres grandes pandémies de grippe depuis celle de 1918

1957: Grippe asiatique, virus grippal A/H2N2, origine Chine, environ 1,5 million de victimes.

1968: Grippe de Hong Kong, influenza A/H3N2, environ 1 million de victimes.

1977: Grippe russe, virus grippal A/H1N1, environ 700 000 victimes.

Origine des termes

Influenza < lat. *Influentia*, *influere*= couler, pénétrer

Désignait au XIV^e siècle en Italie toutes les maladies épidémiologiques que l'on attribuait à l'influence des astres et de la position des planètes. Plus tard à l'influence des courants d'air froid.

Grippe < déverbal de *gripper* ou de l'ancien bas vieux-francique *grip*, variante de *grif*

gripper < dérivé du vieux haut allemand *grifan* ou du moyen haut allemand *grifen* = prendre, saisir.

Utilisé pour la première fois en 1743 et interprété comme tendance courante. En Suisse au XVI^e siècle, «Grüppi» est le terme courant pour désigner un rhume. Le virus de la grippe n'a été isolé qu'en 1933, ce qui ouvrit l'accès à un diagnostic exact.

La liste zurichoise

Depuis le début de 2018, le canton de Zurich ne paie plus certaines interventions stationnaires qu'exceptionnellement. Quelles considérations politiques se cachent derrière la liste cantonale des opérations ?

Texte : Markus Gubler, service de presse et d'information

Photo : Keystone

« Au départ, il s'agissait d'un exercice cantonal d'économie », explique le docteur Thomas Heiniger dans l'aula bien fréquentée de l'hôpital Lindenhof de Berne. Le directeur des affaires sanitaires de Zurich était invité cette année comme conférencier à l'assemblée générale de l'association bernoise des médecins agréés BBVplus. Le conseiller d'Etat zurichois avait reçu du parlement la mission de réduire le budget cantonal de 1,2 milliard de francs, selon M. Heiniger. Les coûts étant un sujet délicat, son département des affaires sanitaires s'est concentré en particulier sur le volet des prestations lors de l'élaboration de solutions politiques. L'interface entre les traitements ambulatoires et stationnaires constituait un point de départ tout indiqué. Comparativement à d'autres pays industrialisés, la Suisse affiche, pour la chirurgie, un nombre d'interventions ambulatoires en hôpital nettement inférieur. « Beaucoup d'actes sont inutilement réalisés en milieu stationnaire », Thomas Heiniger en est convaincu. Les traitements ambulatoires sont judicieux et, selon lui, répondent aux attentes. Nombre de patients souhaiteraient après une intervention dormir le soir dans leur propre lit. Et toujours selon lui, davantage de traitements et de structures ambulatoires sont, d'un point de vue économique, intéressants pour le secteur de la santé. Cela signifie avoir « ... l'opportunité de faire des économies tout en conservant le même niveau de qualité de la prestation », en conclut le directeur des affaires sanitaires de Zurich.

Deux pistes de solution

Thomas Heiniger localise les raisons possibles conduisant à des hospitalisations inutiles dans les systèmes de financement qui diffèrent selon qu'il s'agit de prestations ambulatoires ou stationnaires. Dans le secteur ambulatoire, les frais sont à la seule charge des caisses maladie, tandis que dans le secteur stationnaire, les cantons y contribuent à hauteur de 55 %. De ce fait, les caisses-maladie font des économies sur les interventions stationnaires alors que le coût total est nettement plus élevé. De son point de vue, cet incitatif négatif peut être supprimé de deux manières : économiquement ou juridiquement.

La solution économique requiert une modification de la structure tarifaire et de l'assurance complémentaire. Actuellement, les traitements en milieu stationnaire sont rentables pour les assureurs et les hôpitaux. Il convient donc qu'ils reçoivent à l'avenir moins d'argent lorsqu'un traitement aurait pu également se faire en milieu ambulatoire, l'idée étant que, dans de tels cas, le traitement ambulatoire et stationnaire soit remboursé à l'identique. « Faute de compétences légales, le canton de Zurich n'a pas pu poursuivre la solution économique », a précisé immédiatement Thomas Heiniger.

Selon le directeur des affaires sanitaires, il ne restait plus au canton que la solution juridique via une réforme législative cantonale. En modifiant la loi relative à la planification hospitalière ainsi que celle sur le financement des hôpitaux, le Grand Conseil créait les bases juridiques. « Conjointement avec des experts des hôpitaux, ma direction a élaboré une liste des traitements pouvant incontestablement



Le directeur des affaires sanitaires de Zurich, Thomas Heiniger, est convaincu que la formule «ambulatoire avant stationnaire» permet de faire des économies.

être réalisés de façon ambulatoire», ajoute Thomas Heiniger (voir encadré).

La liberté de traitement est maintenue

Des médecins spécialistes ont sélectionné les interventions, des représentants des hôpitaux ont défini les processus, et ensemble avec les autorités ils ont établi les critères d'exception. La liste ne restreint en aucune façon la liberté de traitement du médecin traitant, assure Thomas Heiniger. Les médecins pourront toujours considérer leurs cas individuellement et prévoir une intervention stationnaire lorsqu'il s'agit d'actes intensifs et complexes ou de patients présentant des comorbidités ou un contexte social difficile. La liste est entrée en vigueur au début de l'année 2018. Il est encore trop tôt pour tirer un premier bilan, reconnaît Thomas Heiniger. Les premières données fiables concernant l'année d'introduction sont attendues à partir d'avril 2019. Les chiffres seront alors soumis à une analyse approfondie en coopération avec les assureurs.

Un potentiel d'économies incontestable

Pour Thomas Heiniger, il est toutefois dès à présent indubitable que la formule « ambulatoire avant stationnaire » permet de faire des économies dans le secteur de la santé. Ce qui est selon lui tout à fait dans l'intérêt des patients, des contribuables (cantons) et des payeurs de primes (assureurs).

Avec cette liste des opérations, le canton de Zurich est intervenu souverainement dans sa planification hospitalière et trouve de nombreux imitateurs dans d'autres cantons.

Vous pouvez consulter l'exposé du docteur Thomas Heiniger, président du Conseil-exécutif et directeur des affaires sanitaires du canton de Zurich, dans son intégralité sur le site: www.bbplus.ch (catégorie News)

«Liste des experts zurichois»

Ophthalmologie

- Opération de la cataracte

Appareil locomoteur

- Arthroscopies du genou y compris les opérations du ménisque
- Ablations de matériel d'ostéosynthèse
- Reconstruction et résection en cas de difformités des petits orteils (sans l'hallux)
- Certains domaines de la chirurgie de la main

Domaine cardiovasculaire

- Opération d'un seul côté des varices d'un membre inférieur
- Opérations des hémorroïdes
- Angioplastie transluminale percutanée y compris dilatation au ballonnet (examens des vaisseaux)
- Examens diagnostiques du cœur
- Implantation d'un stimulateur cardiaque

Divers

- Opérations des hernies inguinales
- Examens/interventions concernant le col de l'utérus ou l'utérus
- Circoncision
- Fragmentation de calculs rénaux

La valeur non-chiffrée de la prévention

La prévention contribue-t-elle à maîtriser les coûts ? Cette question ressurgit régulièrement lorsqu'il est question de prévention dans le domaine des soins engagée par l'État. Mais on pourrait également se poser les questions suivantes : La prévention doit-elle faire économiser de l'argent ? Ou suffit-il que la charge de morbidité soit évitée ?

Texte : Andrea Renggli, service de presse et d'information

Photo : Keystone

La prophylaxie anti-caries chez les écoliers suisses est une success story : depuis l'introduction du service dentaire scolaire dans les années 1960, les caries ont reculé de 90 % chez les enfants. De ce fait, le service dentaire scolaire est l'exemple type d'une prévention fonctionnant bien : des moyens financiers comparativement faibles ont permis d'éviter les frais bien plus élevés pour les soins dentaires, améliorant parallèlement l'état de santé de la population.

C'est ainsi que la promotion de la santé devrait fonctionner, pense-t-on. Malheureusement, ce n'est pas toujours aussi simple. Une mesure de prévention est-elle réussie si elle coûte autant sinon plus que ce qui est au final économisé ? Ou bien, ce qui est aujourd'hui le cas pour la plupart des mesures de prévention, si la prévention permet certes d'éviter des maladies ou accidents mais que, de ce fait, l'espérance de vie moyenne augmente, entraînant ainsi des coûts supplémentaires pour les soins aux personnes âgées ?

De quels coûts parlons-nous ?

La prévention contribue-t-elle à maîtriser les coûts ? Est-ce vraiment son rôle ? Pour répondre à ces questions, nous devons d'abord définir de quels coûts nous parlons. Dans le contexte de la prévention des maladies, il est en général question de coûts médicaux directs. Selon une étude de l'Université

des Sciences Appliquées de Zurich, 80 % de ces coûts directs sont générés en Suisse par des maladies non transmissibles ; en font notamment partie le diabète, les maladies cardiovasculaires, le cancer, les maladies respiratoires chroniques et les troubles psychiques.

Les coûts médicaux ont par ailleurs une deuxième dimension, à savoir les pertes de production : les personnes malades sont en incapacité de travailler temporairement ou durablement, ce qui entraîne des pertes financières pour l'employeur, respectivement pour l'économie nationale. Toutefois, l'ampleur des pertes de production en Suisse pour des raisons de maladie n'a jamais fait l'objet d'études scientifiques.

Une unité de mesure pour la charge de morbidité

La troisième dimension des coûts est la charge de morbidité. Ce terme désigne la souffrance résultant d'une maladie ainsi que la perte d'années de vie. Afin de mesurer et représenter la charge de morbidité, les économistes de la santé ont mis au point dans les années 1990 l'unité de mesure Daly (disability adjusted life years). Sommairement, les Daly expriment les années de vie vécues avec une maladie ou un handicap et celles perdues du fait d'une mort prématurée – sur la base d'une espérance de vie standard de 80 ans pour les hommes et 82,5 ans pour les femmes. A partir des données statistiques, il est possible de calculer pour chaque maladie combien de Daly elle engendre.



Depuis l'introduction du service dentaire scolaire dans les années 1960, les caries ont reculé de 90 % chez les enfants. De ce fait, le service dentaire scolaire est l'exemple type d'une prévention fonctionnant bien.

Selon le concept Daly, la charge de morbidité s'élève dans le monde entier à 1,4 milliard d'années de vie. En Suisse, ce sont 1,9 million d'années de vie par an, dont 87 % proviennent de maladies non transmissibles. Le cancer cause la plus grande charge de morbidité, notamment parce que de nombreux patients décèdent de la maladie et perdent ainsi un grand nombre d'années de vie.

L'impact de la promotion de la santé

Le concept Daly permet également d'estimer le nombre d'années perdues en raison de facteurs de risques évitables; autrement dit: combien d'années de vie peuvent être gagnées grâce aux mesures de prévention. Selon la Global Burden of Disease Study (healthdata.org/gbd), environ 80 % des Daly résultant dans le monde de maladies cardiovasculaires pourraient vraisemblablement être évités. Pour les cancers, on atteint presque 50 %. Si la prévention fonctionnait à la perfection en Suisse, environ 40 % des Daly pourrait être évités. Les principaux responsables de la charge de morbidité évitable sont le tabac, la malnutrition et l'hypertension.

Tenir compte du rapport coût-utilité

Une politique mue exclusivement par le concernement ferait exploser le budget de la santé. C'est pourquoi la politique de la santé doit se fonder sur des critères rationnels. En font partie les coûts des mesures de prévention aussi bien que leur efficacité. Néanmoins, lors de la planification de mesures de prévention, le potentiel financier ne doit pas constituer l'unique base de décision. Aujourd'hui déjà, on

intègre le rapport coût-utilité de mesures de santé dans les considérations politiques, par exemple lors de la prescription de médicaments. Les critères qui ont fait leurs preuves, à savoir l'efficacité, l'adéquation et le caractère économique, y jouent un rôle déterminant. Si l'on chiffre des facteurs tels que la charge de morbidité et les années de vies perdues, il est alors possible d'appliquer le même principe aux mesures de promotion de la santé.

*Le présent article s'appuie en grande partie sur une conférence du Professeur Simon Wieser, directeur de l'Institut de Winterthour en économie de la santé WIG ZHAW de l'Université des Sciences Appliquées de Zurich, à l'occasion d'une manifestation organisée par le groupe parlementaire Politique de la santé de l'Assemblée fédérale le 13 juin à Berne. Il a été rédigé dans le cadre d'une coopération entre doc.be et le *Swiss Dental Journal SSO*.*

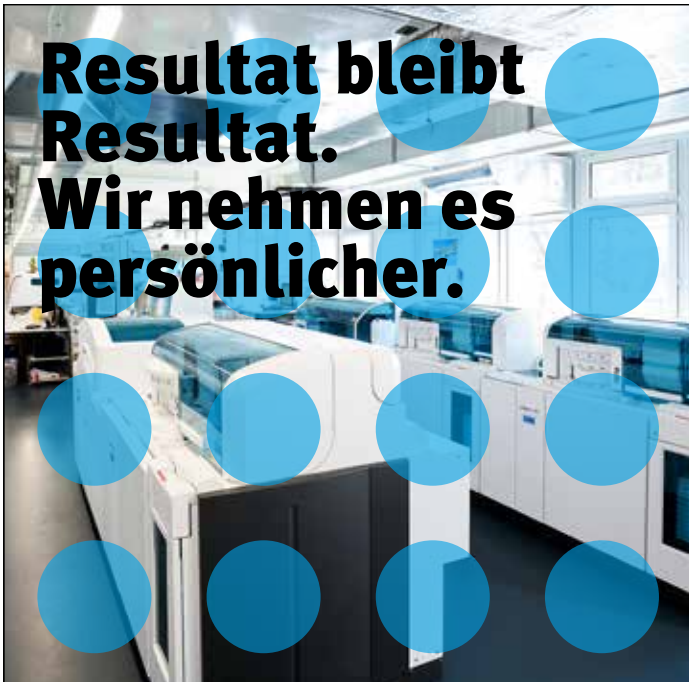


DAS KÜHLE REZEPT GEGEN HEKTIK

Patient X will den Termin verschieben, der Arzt muss zu einem Notfall, das Spital verlangt dringend ein Patienten-Dossier und im Wartezimmer sitzen mehrere Neupatienten, deren Daten aufgenommen werden müssen. Mit den Dienstleistungen und Informatikprodukten der Ärztekasse haben Sie alles problemlos im Griff!

Beratung + Service + Software +
Schulung = Ärztekasse
www.aerztekasse.ch

A K ÄRZTEKASSE
C M CAISSE DES MÉDECINS
CASSA DEI MEDICI



**Resultat bleibt
Resultat.
Wir nehmen es
persönlicher.**

Das medizinisch-diagnostische
Labor an der Südbahnhofstrasse 14c
in Bern.

 **medics**
professionell
und persönlich

www.medics.ch

Calendrier 2018

Société des Médecins
du Canton de Berne

16 août

Journée de réflexion,
comité de direction

20 septembre

Conférence élargie
des présidents
(président(e)s des
cercles médicaux et
des sociétés spécia-
lisées)

17 octobre, 17 h

PME bernoises,
assemblée ordinaire
des délégués,
session d'automne

18 octobre

Assemblée des
délégués, l'après-midi

24 octobre

FMH chambre
médicale, l'après-midi

25 octobre

Chambre médicale
FMH, journée complète
à Bienne

15 novembre

Assemblées des
cercles médicaux, pour
tout le canton