



Promotion de la médecine de famille

**Motion Schär (022/2012) Promotion de la médecine
générale dans le canton de Berne**

Rapport du Conseil-exécutif au Grand Conseil

Date de la séance du CE: 7 septembre 2016

N° d'affaire: 2012.RRGR.84

Direction: Direction de la santé publique et de la
prévoyance sociale

Classification:

Sommaire

1	Résumé	3
2	Introduction	4
2.1	Bases	4
2.2	Etat de l'offre de soins médicaux de base ambulatoires dans le canton de Berne.....	4
2.3	Actions du canton pour promouvoir la médecine de premier recours	6
3	Promouvoir les soins médicaux de base à l'avenir	7
4	Subventionnement de modèles et de projets pour l'avenir de la médecine de premier recours.....	10
5	Proposition	10
6	Références.....	10
7	Annexe	11

Abréviations

APN	advanced practice nurse, infirmière de pratique avancée
BIHAM	Institut bernois de médecine générale
LAMal	loi sur l'assurance-maladie
MNT	maladies non transmissibles
OCDE	Organisation de coopération et de développement
OFSP	Office fédéral de la santé publique
OMC	Office du médecin cantonal
SAP	Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du canton de Berne
SMCB	Société des médecins du canton de Berne
TARMED	tarif suisse des prestations ambulatoires
VBHK	Association des médecins de famille et des pédiatres bernois

1 Résumé

La pénurie souvent prophétisée de médecins de famille est d'ores et déjà une réalité dans les régions rurales et périphériques du canton de Berne. Il est à présumer qu'elle touchera d'autres régions dans les cinq à dix ans, en raison de la diminution du temps de travail et des départs à la retraite dus à l'évolution démographique – à laquelle le corps médical ne fait pas exception.

Le Grand Conseil a adopté le point 1 de la motion Schär (022/2012) *Promotion de la médecine générale dans le canton de Berne* sous forme de postulat. Il charge le Conseil-exécutif d'examiner le subventionnement des projets innovants dans le domaine des soins médicaux de base et de rendre accessibles à tous les acteurs intéressés les enseignements réunis dans le cadre de ces projets en termes d'organisation et de structure des réseaux.

Actuellement, le canton, qui compte en moyenne 11 médecins de premier recours pour 10 000 habitantes et habitants, se situe encore au-dessus du taux recommandé par l'OCDE. Ces généralistes sont âgés en moyenne de 55 ans, 39% d'entre eux ont 60 ans ou plus. Les femmes, dont la proportion croît, représentent environ 30%.

Leur succession s'avère difficile, en particulier dans les régions rurales et les cabinets individuels. La jeune génération préfère en effet les cabinets de groupe, les réseaux à temps partiel et un service d'urgence léger. Vu cette évolution, il faut désormais un plus grand nombre de praticiens pour garantir les soins médicaux de base.

La principale difficulté consiste à motiver un plus grand nombre de médecins à se consacrer à la médecine de premier recours ou de famille. Cela implique d'en former plus et de faire en sorte que la filière les attire. Il est aussi essentiel d'améliorer les conditions générales de la médecine de famille, principalement les nouveaux modèles de travail et d'horaires permettant de concilier famille et profession, et de rémunérer comme il se doit les prestations de la médecine de famille. La question du salaire, en particulier, qui n'est pas de la compétence du canton, est à régler au niveau national. La hausse des besoins de soins médicaux de base, due à l'évolution démographique, ne peut être couverte par les seuls médecins de famille. Il faut mettre en place une collaboration interdisciplinaire et intersectorielle.

Quant à subventionner et à encourager des projets particuliers, cela paraît peu efficace dans un secteur organisé selon les principes de l'économie privée.

Le Conseil-exécutif mise sur les éléments suivants :

- favoriser les modèles réduisant la charge du service d'urgence médicale ambulatoire en la répartissant mieux,
- accroître l'attrait de la spécialisation en médecine de famille,
- promouvoir et accompagner les projets et modèles misant sur la collaboration interdisciplinaire et intersectorielle. Il s'agit avant tout d'élaborer des solutions favorisant la délégation d'actes médicaux à des professionnels de la santé qualifiés.

2 Introduction

2.1 Bases

- Motion Schär (022-2012) du 23 janvier 2012 *Promotion de la médecine générale dans le canton de Berne* (point 1 adopté sous forme de postulat le 27.3.2012, point 2 rejeté)
- Médecine de famille : rapport du 22 décembre 2011 présenté par le Conseil-exécutif au Grand Conseil concernant les motions Heuberger (035/2005) et Kilchherr (090/2005) relatives à la médecine de premier recours dans le canton de Berne

Le Grand Conseil a adopté sous forme de postulat le point 1 de la motion Schär (022-2012), qui demande au gouvernement d'étudier comment subventionner les projets innovants en médecine de premier recours et comment en diffuser les enseignements en termes d'organisation et de structure des réseaux.

Dans sa réponse du 22 février 2012, le Conseil-exécutif fait remarquer que le domaine ambulatoire ne relève pas de la planification des soins mais de l'économie privée et qu'il faut qu'il en reste ainsi à l'avenir. Il se dit cependant prêt, dans le cadre de ses compétences et de ses possibilités légales et financières, à examiner la faisabilité d'un financement de lancement et d'un financement partiel limités dans le temps, destinés à des projets pilotes ou à des modèles d'exploitation, d'organisation et de travail qui contribuent à promouvoir la médecine ambulatoire de premier recours. Une stratégie comprenant les exigences et les critères requis pour un financement cantonal a été préparée. Il s'agit de miser sur les modèles et les projets qui contribuent à assurer la fourniture des soins médicaux de base et d'urgence dans les régions rurales et périphériques.

Le présent rapport fait le point sur la situation, présente les activités et les mesures et répond à la question du subventionnement.

2.2 Etat de l'offre de soins médicaux de base ambulatoires dans le canton de Berne

Le nombre de médecins de premier recours ne peut pas être défini précisément dans le canton de Berne, en raison de l'enregistrement hétérogène des données des diverses sources (p. ex. les spécialisations figurant dans la médecine de base)³. Selon la banque de données de la Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale, 330 femmes (30%, en hausse) et 771 hommes pratiquent une médecine de base ambulatoire³ dans le canton de Berne en date du 7 juin 2016. Cela correspond à 10,8 médecins de famille par tranche de 10 000 personnes². La densité n'a pas changé depuis 2009³, soit un pour 924 habitantes et habitants du canton³, la norme de l'OCDE qui recommande un médecin par tranche de 1000 étant ainsi respectée². La densité des praticiennes et praticiens est cependant moins élevée dans les régions rurales périphériques que dans les centres urbains⁵. Le rapport sur la médecine de premier recours constate que le Seeland, le Jura bernois et l'Emmental-Haute-Argovie manquent de médecins¹. Et l'Oberland bernois en a perdu ces dernières années. Ces chiffres ne tiennent pas compte du fait que de nombreux médecins ne travaillent pas à temps complet.

La proportion de 1 médecin de famille pour 924 personnes fait face à celle de 3 médecins établis pour 1000 habitantes et habitants (toutes spécialisations confondues, y compris celle de premier recours). Il existe donc assez de médecins dans le canton de Berne, la médecine de premier recours étant cependant minoritaire parmi les spécialisations et sa répartition géographique inégale tendant à délaisser les régions rurales et périphériques.

La diversité topographique et le vaste périmètre des régions rurales caractérisent la médecine de premier recours dans le canton de Berne. Les soins médicaux avec visite à domicile dans les vastes régions reculées de l'Oberland, de l'Emmental et du Jura bernois représentent ainsi un lourd investissement en temps, que les jeunes médecins ne sont plus disposés à assumer⁵. En outre, le service d'urgence médical ambulatoire prescrit est assuré dans ces

régions rurales et périphériques par un petit nombre de médecins, ce qui accroît considérablement leur charge de travail en comparaison de leurs collègues des régions urbaines plus denses (30 services d'urgence ou plus par an dans les régions rurales contre 8 à 12 dans la région de la ville de Berne). Surcharge que la collaboration avec les services d'urgences hospitalières et la répartition par la centrale d'appels Medphone n'ont pas permis de réduire notablement.

La moyenne d'âge des médecins de premier recours du canton de Berne s'élève à 55 ans³, ce qui équivaut à la moyenne nationale⁴. 424 d'entre eux, soit 39% du total de 1101, sont âgés de 60 ans ou plus. Leur nombre, et par conséquent la densité de la médecine de premier recours dans l'ensemble du canton, diminuera ces cinq à dix prochaines années en raison des départs à la retraite et du travail à temps partiel.

Leur succession s'avère difficile, en particulier dans les régions rurales et dans les cabinets individuels. La jeune génération préfère les cabinets de groupe et les réseaux ainsi que les modèles à temps partiel, permettant de mieux concilier travail, famille et vie privée³. Les mêmes motifs poussent les jeunes médecins à souhaiter minimiser les risques financiers auxquels ils s'exposent en reprenant les cabinets ou en en créant de nouveaux. En Suisse, le nombre de cabinets individuels a chuté d'un tiers de 2005 à 2015, alors que celui des cabinets de groupe a presque triplé durant le même laps de temps³. Selon un sondage de la Société des médecins du canton de Berne (SMCB) auprès de ses membres en 2013⁴, 65% des 628 médecins de moins de 40 ans y ayant participé travaillent déjà en cabinet de groupe. Pour remplacer un médecin pratiquant à plein temps, il faut désormais 1,8 personne afin d'accomplir le même volume de travail, selon l'évaluation de *Work Force Studie 2015* pour le canton de Berne¹.

D'autres estimations de cette étude, réalisée par le centre universitaire pour la médecine de premier recours des deux Bâle, tablent sur un besoin supplémentaire de 240 postes à temps complet pour que le canton de Berne puisse maintenir son offre actuelle de médecine de premier recours⁵. En tenant compte de la tendance au temps partiel, il faudrait plus de 400 médecins de premier recours d'ici 2020 pour respecter les recommandations de l'OCDE en matière de densité d'un médecin par tranche de 1000 personnes⁵.

2.3 Actions du canton pour promouvoir la médecine de premier recours

Comme dans le reste de la Suisse, dans le canton de Berne la médecine de premier recours est organisée selon les principes de l'économie privée. Suite à la prédiction d'une pénurie de médecins de famille, diverses interventions parlementaires ont été déposées de 2003 à 2010 pour y remédier. Le rapport publié par la SAP en 2011 sur la médecine de premier recours défriche la problématique et présente cinq champs d'action ainsi que les mesures et solutions visant à promouvoir la médecine de famille. Le champ 1 recommande d'adopter de nouvelles formes d'organisation et de travail favorisant la compatibilité entre l'activité et la vie familiale, le temps partiel, ainsi que la collaboration interdisciplinaire et intersectorielle³. Eléments qui sont aussi gage de succès à l'échelle internationale.

La motion Schär (022/2012) se situe dans ce champ d'intervention. Suite à son adoption sous forme de postulat, la SAP est intervenue par l'intermédiaire de son Office du médecin cantonal (OMC) dans les domaines ci-après.

- L'OMC a visité des réalisations innovantes à l'intérieur et à l'extérieur du canton de Berne, par exemple MediZentrum dans le Seeland et Cité générations – maison de santé à Genève, afin d'identifier les propositions les plus prometteuses. Ces modèles révèlent que la collaboration structurée des médecins de famille et de diverses spécialisations avec des pharmaciens, des physiothérapeutes, des infirmières et d'autres professionnels de la santé, ainsi qu'avec des services d'aide et de soins à domicile, procurent de grandes satisfactions au personnel comme à la population, malgré les nombreux challenges et la charge que représente la coordination.
- L'OMC préconise l'évaluation systématique des modèles innovants, afin de favoriser le transfert des connaissances et des expériences à d'autres régions et situations. Les données et les enseignements de MediZentrum dans le Seeland et de Cité générations – maison de santé à Genève sont utilisés pour l'étude pilote COMPARE des universités de Lausanne et de Bâle. La SAP a accepté d'en financer l'évaluation dans le canton de Berne. Dans le cadre des travaux préparatoires de COMPARE, l'OMC analyse ainsi les processus médicaux et organisationnels de MediZentrum, qui combine les soins de base et la médecine spécialisée selon un modèle de financement et un modèle administratif. Les processus sont généralisés et synthétisés en modules pour être mis à disposition des personnes intéressées, afin que des projets analogues puissent être lancés dans d'autres régions et à d'autres conditions. Le manuel sera disponible au cours de la deuxième moitié de 2016. L'étude principale de COMPARE, qui analyse et compare les uns aux autres systématiquement d'autres centres et modèles suisses en termes de structures, processus, effets et changements de plans, doit être financée par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), et le Fonds national le cas échéant.
- L'OMC conseille les communes, les institutions et les médecins généralistes sur les risques et les facteurs de succès liés aux successions. L'OMC a été interpellé directement par diverses communes ou a pris langue avec elles après avoir été contacté par les médecins qui y sont installés (p. ex. Kandersteg, Brienz, Meiringen, Laupen). Il y a présenté des scénarios susceptibles de déboucher sur une solution pour la succession des cabinets médicaux. L'OMC a ainsi contribué concrètement à d'heureux dénouements (p. ex. à Kandersteg).
- La collaboration changeante des diverses professions de la santé dans les soins de base ambulatoires soulève constamment de nouvelles questions, notamment celle de déléguer des activités médicales à du personnel non médical : peut-on le faire ? que peut-on déléguer ? à qui ? qu'en est-il de la responsabilité ? L'OMC et l'Office juridique de la SAP offrent leurs conseils. Ils clarifient actuellement la question de l'adaptation des bases juridiques, démarche qui est dans la ligne de la mise en œuvre de la

stratégie de la Confédération en ce qui concerne les maladies chroniques non transmissibles (MNT).

- La SAP met ses compétences au service de la discussion sur les attributions et la collaboration entre les diverses professions de la médecine et de la santé. La clarification, l'amélioration et l'élargissement de la répartition des tâches peut contribuer notablement à l'accès aux soins médicaux.
- Le programme « Formation postgrade au cabinet du praticien de premier recours (assistantat au cabinet médical) » du BIHAM, dont le financement est assuré par la SAP de 2014 à 2017, est un pilier essentiel de la formation à la médecine de famille dans les cabinets médicaux, directement. Il s'agit d'inciter les jeunes médecins à se consacrer à la médecine de premier recours en leur offrant une spécialisation axée sur la pratique. Le rapport au Conseil-exécutif et la proposition de poursuivre le programme sont en cours de préparation à l'OMC pour être soumis en 2017 au Grand Conseil.
- Application de l'article 55a LAMal (limitation de l'admission à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie). Le canton de Berne ne soumet pas à cette clause du besoin les médecins de premier recours, soit ceux qui possèdent une spécialisation en médecine interne générale, les médecins praticiens, les psychiatres et les gynécologues, afin de ne pas réduire encore le nombre de médecins de famille pour des raisons d'admission.
- Subventionnement de Medphone AG. Cette société gère une centrale d'appels téléphonique qui soutient l'organisation et du service de garde et d'urgence médical ambulatoire des cercles médicaux, auquel sont tenus les médecins. En 2007, la SAP lui a versé une subvention de 100 000 francs. Ensuite, les arrêtés du Conseil-exécutif (ACE) 2141 du 17 décembre 2008, 1004 du 27 juin 2012 et 716 du 10 juin 2015 ont permis à la SAP de verser à Medphone AG une subvention annuelle de 200 000 francs de 2008 à 2010 et de 2012 à 2017. La mesure a pour but d'alléger le service d'urgence médical ambulatoire et de ne pas surcharger les urgences des hôpitaux.

3 Promouvoir les soins médicaux de base à l'avenir

Le débat sur le risque de pénurie ou, dans certaines régions, sur la pénurie de médecins de premier recours a mis en évidence les divers éléments d'intervention suivants à l'échelle suisse.

- Augmenter le nombre de généralistes ou de médecins de famille
 - Accroître le nombre de places de formation pour disposer de plus de diplômes en médecine humaine. Tel est le but visé par un programme d'encouragement de la Confédération. Il n'y a cependant aucune garantie qu'un plus grand nombre de médecins optent pour la médecine de premier recours.
 - Favoriser la médecine de premier recours en encourageant en amont le choix de la spécialisation durant les études au moyen de stages, en associant les praticiens de premier recours à l'enseignement et par le coaching ou le mentorat des étudiantes et étudiants intéressés. Ces tâches incombent au service de coordination du programme d'assistantat en cabinet médical du BIHAM (limité jusqu'en 2017).
 - Diminuer le nombre d'abandons par le coaching ou le mentorat ciblés des médecins assistants en formation postgrade de premier recours, un élément essentiel et très utilisé par ceux-ci, ainsi qu'un sondage l'a montré. C'est également un mandat du service de coordination de l'assistantat au cabinet médical, financé jusqu'à fin 2016 par arrêté du Conseil-exécutif 490 du 24 avril 2013, dont la SAP a prolongé le contrat d'un an jusqu'à fin 2017, soit pour la

durée restante du programme d'assistantat au cabinet médical. Le service de coordination doit ensuite être directement intégré dans le mandat de prestations du programme d'assistantat au cabinet médical, en cas de poursuite de celui-ci.

- Faire appel aux médecins ayant abandonné la pratique ou souhaitant la réintégrer. Il n'existe à l'heure actuelle aucune donnée sur les médecins ayant quitté leur profession ou n'exerçant pas d'activité médicale. Les raisons de l'abandon peuvent être la famille, plusieurs années d'activité dans la recherche ou l'industrie. Le service de coordination de l'assistantat au cabinet médical du BIHAM a été chargé de définir les mesures favorisant une reprise de l'activité médicale. Le mandat n'a pas pu être réalisé jusqu'à présent, car le groupe cible est difficile à atteindre, n'étant pas connu. On attend les résultats d'une étude commune du BIHAM et de la FMH pour étudier les mesures qui empêchent les médecins d'abandonner leur profession et celles qui favorisent la reprise de cette dernière.
- Améliorer la formation en médecine de premier recours en rendant la spécialisation postgrade plus intéressante et, le cas échéant, en la raccourcissant. Introduire une formation spécifique, à l'instar de certains cantons (LU, SG, VD, ZH), relève du BIHAM et de la Société suisse de médecine interne générale avec le soutien de l'association des médecins de famille et des pédiatres bernois (VBHK) et, éventuellement, de la Société des médecins du canton de Berne (SMCB). Il serait judicieux dans un tel cas d'intégrer les hôpitaux qui forment des médecins assistants à cette formation de médecins généralistes et de les obliger à s'y engager spécifiquement. Cependant, sa conception et son introduction ne sont pas de la compétence du canton.
- Accroître l'attrait de la médecine de premier recours en améliorant les conditions générales
 - Meilleure rétribution financière des prestations

La rémunération financière des prestations médicales, médecine de premier recours comprise, est réglementée par le système Tarmed en vigueur en Suisse. L'intervention du Conseil fédéral pour améliorer la rémunération des médecins de famille en ajoutant une position supplémentaire dans le tarif, soit un supplément pour les prestations de médecine de famille fournies en cabinet, a été vue comme un signe positif et une étape intermédiaire avant une correction de Tarmed à long terme. Le canton, qui ne participe pas aux négociations tarifaires, n'a pas d'influence directe sur la rémunération dans ce secteur.
 - Cabinets de groupe, modèles à temps partiel et autres, réduction des risques financiers, dossier électronique du patient

Ces éléments relèvent de la liberté d'entreprise des médecins. Ils sont déjà réalisés lors de la reprise ou de l'ouverture de cabinets par de jeunes médecins et soutenus par les communes dans certains cas. Il en va de même de l'introduction du dossier électronique du patient par les jeunes médecins, car il permet une meilleure collaboration, plus simple et plus souple, dans les nouveaux modèles de travail.
 - Mesures pour améliorer l'attrait des sites de cabinets médicaux

Collaboration des communes avec les médecins installés pour la succession, la commune reprenant par exemple les locaux et les louant aux successeurs, en soutenant et en favorisant la fusion des cabinets individuels en cabinets de groupe et la modernisation (dossiers électroniques des patients p. ex.) ainsi que la mise en réseau des fournisseurs de prestations locaux (médecine de

premier recours, services d'aide et de soins à domicile, foyers pour personnes âgées et EMS, pharmacies, dentistes, physiothérapie, etc.). L'OMC poursuit son activité de conseil et cherche à renforcer sa coordination avec le VBHK et le BIHAM. Il faut continuer à réfléchir aux bons moyens d'inciter les médecins à opter pour la médecine de premier recours.

- Réorganisation et nouveaux modèles de service de garde et d'urgence médical ambulatoire

Il s'agit d'alléger la charge individuelle des médecins dans ce domaine, en particulier dans les régions périphériques. Divers modèles ont déjà fait leurs preuves, tels que le regroupement de zones de service ou la collaboration des hôpitaux avec les cabinets d'urgence hospitalière dirigés par des médecins de famille. La résistance envers le changement et la nouveauté dans ce domaine vient principalement des médecins concernés. L'OMC poursuivra ses efforts pour parvenir à un consensus avec le corps médical, soit avec son organisation, la SMCB, et pour améliorer les conditions de travail des médecins de famille.

- Collaboration interprofessionnelle et intersectorielle (mise en réseau des fournisseurs de prestations ambulatoires et résidentielles)

Il faut également accompagner les besoins croissants de médecine de base dus à l'évolution démographique par une répartition des tâches entre les professions de la médecine et de la santé ainsi qu'un resserrement partenarial de la collaboration entre les fournisseurs ambulatoires et résidentiels. Il serait illusoire de croire que l'augmentation du nombre de places de formation et l'introduction d'une formation spécifique pour la médecine de famille suffiront à couvrir le besoin de médecins de premier recours les cinq à dix prochaines années. Il faut évaluer les réseaux et les collaborations en place ainsi que de nouveaux projets pilotes en collaboration avec le BIHAM, l'association des médecins de famille, les hautes écoles spécialisées et les fournisseurs de prestations.

Il convient également de clarifier les questions de responsabilité en cas de délégation d'activité, par exemple aux APN, et de viser un consensus entre les groupes d'intérêts sur de nouveaux tarifs dans ce domaine.

L'OMC reste l'interlocuteur des communes et des médecins. A l'exception des quelques éléments décrits, l'administration a peu d'influence sur l'attrait de la médecine de famille dans un domaine organisé selon les principes de l'activité privée. Il revient aux praticiens actuels de transmettre une image positive de leur profession. Récemment publiés, les résultats partiels de l'étude *Work Force 2015* font ainsi état d'une grande satisfaction, grandissante, du travail des médecins généralistes actifs.

- De 2014 à 2016 dans le cadre de la motion Schär (022-2012), l'OMC a réservé un budget annuel pour les modèles novateurs favorisant la médecine de famille. Seulement deux demandes lui sont parvenues jusqu'en juin 2016.
 - La première, informelle, de plus d'un million de francs, a dû être refusée car le projet ne remplissait pas les conditions de forme et de fond pour bénéficier d'une subvention cantonale.
 - D'autre part, une intervention parlementaire a demandé que le canton finance des places de stages pour les APN, là encore sans qu'une requête formelle soit déposée.

Seul le projet MediZentrum de Schüpfen, Seeland, a pu bénéficier d'un subventionnement concret (voir pt 2.3).

4 Subventionnement de modèles et de projets pour l'avenir de la médecine de premier recours

L'article 4 de la loi du 2 décembre 1984 sur la santé publique représente la base permettant de soutenir des projets, des modèles de traitement particuliers ou des institutions proposant des soins ambulatoires et intégrés. Selon la réponse du Conseil-exécutif à la motion Schär (022/2012), l'OMC a préparé une stratégie servant de base et de directive au subventionnement de modèles et projets innovants de la médecine de premier recours ainsi qu'à l'examen et à l'évaluation de telles demandes. Le document décrit les critères de contenu et les exigences formelles tant pour les modèles et projets que pour les requêtes. Il s'agit d'un soutien financier de départ ou partiel. La réalisation des projets dépend cependant du provisionnement des moyens financiers nécessaires, qui n'est pas assuré à l'heure actuelle. La stratégie va être finalisée et publiée sur le site internet de la SAP pour servir de guide aux demandes de subventionnement. Le canton rendra ainsi publics les critères requis pour le financement éventuel de modèles et de projets, qui serviront d'instrument d'évaluation aux autorités compétentes.

L'expérience montre que la plupart des projets butent sur l'amélioration de l'attrait du lieu d'implantation, ce qui est essentiellement l'affaire des communes, et que c'est à ce niveau-là que le soutien des projets individuels est le plus judicieusement pratiqué. L'Association des Communes Bernoises en a pris conscience. Diverses communes ont d'ores et déjà lancé et réalisé des projets. Elles créent, en collaboration avec les entreprises locales et d'autres partenaires, des conditions structurelles et financières intéressantes pour les médecins, telles que la mise à disposition de cabinets à louer, le financement de départ de l'équipement, les structures d'accueil extrafamilial et l'école à journée continue ainsi que leur aide dans la mise sur pied de réseaux de santé locaux et régionaux, etc.

Au vu de ce qui précède, le canton n'élargira pas le subventionnement de projets individuels. Mais il intensifie et évalue continuellement les mesures suivantes :

- améliorer l'organisation du service de garde et d'urgence pour décharger les médecins,
- promouvoir la formation des médecins généralistes,
- faciliter le retour à la pratique médicale,
- promouvoir les modèles de collaboration interdisciplinaire et intersectorielle.

5 Proposition

Le Conseil-exécutif propose au Grand Conseil de prendre connaissance du présent rapport et de classer la motion 022/2012.

6 Références

¹ Bieri, A. (2014) : *2013 : le sondage de la SMBC sur les services médicaux*. Société des médecins du canton de Berne, *doc.be* n° 1 / février 2014, p. 3-5
http://www.bekag.ch/fileadmin/user_upload/05_Publikationen/01_doc.be/Archiv/2014/doc.be_1_14_f.pdf

² Office fédéral de la statistique (OFS) (2016) : Population résidente permanente par canton, nationalité et sexe, période 2015
<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/01/02/blank/key/bevoelkerungsstand/02.html>

³ Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du canton de Berne (SAP) (2011) : *La médecine de premier recours dans le canton de Berne*. Rapport au Grand Conseil concernant la mise en œuvre des motions 035/2005 Heuberger et 090/2005 Kilchherr. Berne

<https://www.gef.be.ch/gef/fr/index/direktion/organisation/kaza/publikationen.assetref/dam/documents/GEF/KAZA/fr/Publications/Raport m%C3%A9decine de premier recours canton de Berne 2011.pdf>

- ⁴ Médecine de famille et de l'enfance Suisse (mefe) (communiqué de presse du 31 mars 2016) : *Une récente étude pronostique une pénurie de médecins de famille à progression fulgurante et aux lourdes conséquences financières* (au 10.06.2016)
http://www.medecinsdefamille.ch/communication/news-vue-densemble/single-news/artikel/work-force-studie-2015/?tx_ttnews%5Bpointer%5D=1&tx_ttnews%5Byear%5D=2016&tx_ttnews%5Bmonth%5D=03&tx_ttnews%5Bday%5D=31&tx_ttnews%5BbackPid%5D=815&cHash=6f07b54faa9408959484ac5edcac79bb
- ⁵ Association des médecins de famille et des pédiatres bernois (Verein Berner Haus- und KinderärztInnen [VBHK]) (communiqué de presse du 9 juin 2016) : *Pénurie dans le canton de Berne* (en allemand : *Zu wenig Haus- und Kinderärzte im Kanton Bern*) (au 10.06.2016)
http://www.bernerhausarzt.ch/uploads/media/VBHK_Medienmitteilung_Work_Force_Studie_2015.pdf

7 Annexe

A. Motion Schär (022/2012) *Promotion de la médecine générale dans le canton de Berne* et réponse du Conseil-exécutif