

Arbeitsgruppe Europa der SGAM

Jahresbericht 2002/2003

Daniel Widmer, Leiter der Arbeitsgruppe Europa und Leiter der Schweizerischen Delegation an der UEMO

Bruno Kissling, Delegierter der SGAM in der Wonca

Beat Künzi, Delegierter der SGAM in der EQuIP

Andreas Rothenbühler, Delegierter der SGAM in der EURACT

Maxime Mancini, Delegierter der SGAM in der Europrev



UEMO¹



Dank an Hartmut Seifert

Hartmut Seifert hat sich entschlossen, nach Beendigung seines Mandats als Vize-Präsident, welches er bis zur Versammlung in Florenz im Oktober 2002 als Nachfolger von Willy Buss ausgeübt hat, sein Amt als Schweizer Delegierter an der UEMO niederzulegen. Ein grosser Dank sei ihm ausgesprochen für sein immenses Engagement bei dieser Vereinigung und für die freundschaftliche Weise, mit der er mich in meine neue Funktion eingeführt hat.

Geld regiert die Welt

Wie im vorigen Jahr stehen die Budgetprobleme immer noch im Vordergrund. Der neue Verteilschlüssel der UEMO-Beiträge basiert nun auf der Anzahl der Ärzte des Landes, gewichtet nach dem Bruttoinlandprodukt. Dieser Verteilschlüssel hat sicherlich Länder wie das unsrige begünstigt, indem diese jetzt geringere Beiträge zahlen müssen. Der Beitrag, der von der FMH bezahlt wird, beläuft sich aktuell auf 4950 Euro pro Jahr. (Die Schweiz ist in der UEMO durch zwei Delegierte der SGAM und durch Reto Laetsch, als Delegierten der FMH, vertreten.)

Frankreich hat die Bezahlung seiner Beiträge eingestellt und wurde deshalb an der Herbst-Versammlung 2002, entsprechend den Statuten, ausgeschlossen; das ergibt ein ernsthaftes finanzielles Problem, indem grosse Länder wie England, Deutschland und Italien schwer belastet werden (Beiträge um

27 000 Euro pro Jahr). Italien war an der Versammlung vom Mai 2003 in Stockholm nicht anwesend und hat seinen Beitrag für 2003 immer noch nicht bezahlt. Manche befürchten einen «Domino-Effekt», denn Deutschland hat im vorigen Jahr mit dem Rückzug gedroht. Ein anderes Problem ist die Insolvenz des Verlagshauses, welches das «Reference book» herausgegeben und jedes Jahr ungefähr 32 000 Euro eingebracht hat. Das Projekt des Schwedischen Präsidiums zur Sanierung des Budgets wurde klar mit nur 3 Gegenstimmen (Belgien, Spanien, Portugal) angenommen. Drei Massnahmen sind vorgesehen:

1. Englisch ist als aktive Sprache bestimmt worden und die anderen als passive. Das bedeutet, dass sich jeder in seiner eigenen Sprache ausdrücken kann, dass es aber nur noch eine Übersetzung ins Englische geben wird. Diese Massnahme, welche die Dolmetscherkosten – einen bedeutenden Teil des Budgets – um ungefähr 50% reduzieren soll, macht die Länder aus dem Süden unzufrieden, und diese denken deswegen über einen Austritt oder gar über die Bildung einer rein Mediterranen Organisation nach. Belgien hat dies mit dem Argument unterstützt, dass dieser Schritt weder die Franzosen noch die Italiener zu einer Umkehr ansporne. Es gehen sogar Gerüchte über einen angelsächsischen Imperialismus um ... Ph. Evans, der Präsident der WONCA-Europa, war nahe daran, sich zum ersten Mal dafür zu entschuldigen, dass er Engländer sei ... Dies alles zeigt ein bisschen den Ton, der in dieser Diskussion herrscht. Die Schweiz hat, trotz ihrem multikulturellen Zug, den präsidialen Vorschlag unterstützt, denn nur dieser vermag die Gesellschaft für den Augenblick zu retten. Ohne diese Massnahmen würde sich das Defizit auf 32 000 Euro belaufen, oder sogar auf 57 000, wenn Italien nicht bezahlt.
2. Die UEMO wird die offizielle Abendveranstaltung (social events) nicht mehr bezahlen.
3. Die Mahlzeiten gehen zu Lasten der Teilnehmer. Es ist klar ersichtlich, dass sich mit den Massnahmen 2 und 3 die finanzielle Belastung mehr auf die nationalen Organisationen verschieben wird. Man muss aber hervorheben, dass die Mahlzeiten und Abendveranstaltungen die

¹ Bericht von Daniel Widmer

idealen Orte sind, um Kontakte zu knüpfen und Verhandlungen einzuleiten.

Zudem wurde eine Budgetkommission zur langfristigen Planung von finanziellen Massnahmen geschaffen (Zusammenlegungen, Synergie mit anderen Vereinigungen, Vermeidung von Doppelspurigkeiten usw. ...)

Lobbying?

Diese Budgetkrise wirft grundsätzliche Fragen auf. Es ist wichtig, dass sich die Allgemeinärzte in Brüssel Gehör verschaffen, aber wie? Einzeln oder gemeinsam mit anderen Ärzten? Ein professioneller Lobbyist allein für die UEMO käme sehr teuer zu stehen; vorerst müssen wir den Einfluss der CPME (Comité Permanent des Médecins Européens, vom österreichischen Allgemeinmediziner R. Brettenthaler präsidiert) nutzen. Es ist vorgesehen, dass die UEMO einen Vertrag mit der CPME abschliesst, welcher der Generalversammlung im Herbst 2003 zur Abstimmung vorgelegt wird; gemäss diesem wird die UEMO der CPME nicht nur Räumlichkeiten in Brüssel abkaufen, sondern auch Kompetenzen betreffend das Lobbying. Diese Vision eines auf einem Vertrag mit der medizinischen Dachgesellschaft basierenden Lobbyings wirft für manche die Frage nach der Unabhängigkeit der UEMO auf. Aus Sicht des Präsidiums erweist sich ein finanzielles Abkommen als Garantie: weil man zahlt, kann man auf diese Hilfe zählen. Über dieses Zusammenarbeitsprojekt wurde mit 15 Ja, 2 Nein (Spanien und Slowenien) und einer Enthaltung (Deutschland) abgestimmt.

Was sind die aktuellen Ziele des Lobbyings?

1. *Die neue Europäische Verfassung:* die CPME möchte den Begriff des «gleichen Zugangs zu einer hochklassigen Gesundheitsversorgung» einführen. Für gewisse Länder wäre dies eine unakzeptable Einmischung Europas in die nationale Politik, während das Abkommen von Amsterdam (Art. 152) erklärt, dass im Bereich des öffentlichen Gesundheitswesens die Einwirkung der Union die nationale Politik gemäss dem Subsidiaritätsprinzip ergänze. Letzteres besteht darin, den Regionen alle Autonomie zu überlassen, deren sie fähig sind, und Gesetz nur dann auf Europäischer Ebene zu erlassen, wenn diese auf einer unteren Stufe fehlen.

2. *Die Direktiven betreffend die Anerkennung der beruflichen Qualifikationen* sind immer noch im Gespräch. Gewisse Kreise innerhalb des Parlaments möchten, wiederum unter Berufung auf das Subsidiaritätsprinzip, eine minimale Gesetzgebung. In diesem Fall würde der Arzt im Gastland nach den Bestimmungen seines Herkunftslandes praktizieren, was für die CPME nicht annehmbar ist. Dies steht im Widerspruch zu den im Vorjahr von der UEMO verabschiedeten Regeln – dem Spezialisten-Status für den Allgemeinmediziner und einer 5jährigen Weiterbildung.

5jährige Ausbildung

Die Arbeitsgruppe «spezifische Weiterbildung» hat im Juni in Stockholm eine sehr interessante Überlegung von Ph. Evans, dem Präsidenten der WONCA-Europa, gehört; er vertritt eine flexible, an die individuellen Bedürfnisse angepasste Ausbildung. Es gibt zwei Arten, eine spezifische Weiterbildung zu definieren:

1. *Durch die Länge:* Sie richtet sich nach den Anforderungen der Spitäler und der Äquivalenz mit anderen Spezialgebieten.
2. *Nach dem Bedürfnis,* jene Kompetenzen zu erwerben, welche der Komplexität der Praxis Rechnung tragen. Und hier stellt sich die wesentliche Frage: welche Art von Ärzten möchte man ausbilden? (competency based postgraduate education). Es wird also mehr darum gehen, ein Programm für einen Werdegang aufzubauen, als nur klinische Weiterbildungsposten. Der Begriff «reflective self-educative GP» würde, dank regelmässiger Evaluationen (mentoring), eine Weiterbildung zwischen minimal 3 und maximal 5 Jahren (flexibles Curriculum) ermöglichen.

Das Ziel der 5jährigen Weiterbildung scheint dennoch politisch wichtig, wenn der Allgemeinarzt als Spezialist betrachtet werden will. Auf der anderen Seite scheint eine 3jährige Ausbildung, selbst wenn sie auf die Kompetenzen zentriert ist, viel zu kurz zu sein. Man sieht, dass die Diskussion trotz der klaren diesbezüglichen Abstimmung im Vorjahr nicht abgeschlossen ist, denn gewisse Länder verfügen nicht über die Infrastruktur für die 5 Jahre, und andere, die zu sehr auf die klinische Ausbildung ausgerichtet sind, haben keinen Kompetenzenkatalog ausgearbeitet.



Akkreditierung der Weiterbildung

Das Ziel der Europäischen Akkreditierung ist es, den freien Personenverkehr zu ermöglichen: die in einem Land akzeptierten Beschlüsse müssen von einem anderen Land auch akzeptiert werden. Die Europäische Union der Spezialärzte (UEMS) verfügt über ein System zur Akkreditierung von solchen Kursen. Es ist auch möglich, ein nationales System oder Weiterbildungsinstitute (providers) zu akkreditieren. Für manche ist die Akkreditierung von Instituten mit dem Risiko der Schaffung eines Weiterbildungsmarktes verbunden, wie er anscheinend in den USA existiert. Diese Themen werden in der UEMO noch weiter diskutiert.

Gleiche Möglichkeiten

Diese Arbeitsgruppe hat einen Fragebogen ausgearbeitet, der an die verschiedenen Länder der UEMO adressiert ist: Welcher Stellenwert wird in jedem Land den Frauen eingeräumt, welche Allgemeinmedizinerinnen werden möchten? Gibt es Teilzeit-Programme zu 50%, Programme für einen beruflichen Wiedereinstieg nach einer Schwangerschaft oder einer langdauernden Krankheit? Welcher Platz wird den Ausländern aus der EU und anderen Ländern eingeräumt? Die Resultate werden an der Herbstversammlung folgen.

Die Nachfolge

In den meisten Europäischen Ländern «kriselt» die Zahl derjenigen, die den Beruf der Allgemeinmedizin erlernen möchten, und es zeichnet sich ein Ärztemangel ab. Wie kann man den Nachwuchs fördern? Wirken die Arbeitsbedingungen der Allgemeinmediziner entmutigend auf die jüngeren Generationen? Diese Diskussionen, die am Rande der offiziellen Sitzungen der UEMO stattfinden, werden wahrscheinlich zur Bildung einer neuen Arbeitsgruppe führen, in welcher unser Land nicht fehlen darf.

Zu guter Letzt habe ich in PrimaryCare einen Bericht über die Tätigkeit der Arbeitsgruppe Qualität verfasst, welcher nach der Herbstversammlung 2002 veröffentlicht wurde, und einen Artikel über die Tätigkeit der Gruppe Prävention² geschrieben.

Wonca Europe³



Die Europäische Definition der Allgemein-medizin/Hausarztmedizin 2002 in Deutsch, Französisch, Italienisch und weiteren 7 Sprachen

Die Wonca-Definition ist europaweit sehr gut aufgenommen und inzwischen in 10 Sprachen übersetzt worden. Die deutsche Version, welche von der SGAM und der ÖGAM gemeinsam erarbeitet worden ist, wurde bereits allen deutschsprachigen SGAM-Mitgliedern zugestellt. Die französische Übersetzung, ein Gemeinschaftswerk der frankophonen Länder, Frankreich, Belgien, Kanada und der Schweiz, wird nach der Generalversammlung in La Chaux-de-Fonds an die französisch sprechenden SGAM-Mitglieder verschickt werden können. Einer italienischen Kurzversion, die wir von unseren südlichen Nachbarn erhalten haben, wird noch eine Langversion folgen.

In La Chaux-de-Fonds werden wir die Definition an einer Pressekonferenz öffentlich bekannt machen und sie anschliessend mit einem Begleitschreiben an alle PolitikerInnen, die Medien, die Verwaltung, Versicherer und weitere gesundheitspolitisch relevante Instanzen versenden.

Die Nutzung der Wonca-Definition

Eine Umfrage hat ergeben, dass die Definition in den einzelnen europäischen Ländern sehr unterschiedlich genutzt wird. Die SGAM will sie allen ihren Grundsatzpapieren zugrundelegen, so ist sie inzwischen in das teilrevidierte *Fortbildungsprogramm* integriert worden; sie wird den Kern unseres neuen *Weiterbildungsprogramms* darstellen; die FI(H)AMs verwenden sie als Basis für ihre Einflussnahme auf die *Ausbildung* der künftigen Ärztinnen.

Neue politische Ausrichtung der Wonca

Die Wonca Europe (wissenschaftliche Vereinigung) will – in enger Zusammenarbeit mit der UEMO (politische Vereinigung) – in ganz Europa den Stellenwert der Allgemeinmedizin im Gesundheitswesen, auf der Basis der Wonca-Definition, stärken. Deshalb soll

² PrimaryCare 2003;3:162–163

³ Bericht von Bruno Kissling

ein wissenschaftlich fundiertes Argumentarium – analog demjenigen, das B. Künzi für die Schweiz geschaffen hat – erarbeitet werden. Dadurch soll die Wirkung der allgemeinmedizinischen Wesensmerkmale – in Abhängigkeit von den jeweiligen politischen Möglichkeiten der einzelnen Länder – bewiesen werden.

Wonca Europe – Kongress 2003 in Ljubljana

Am diesjährigen, erneut sehr spannenden und anregenden Kongress haben wiederum ca. 20 Schweizer KollegInnen teilgenommen. Einige Präsentationen stammten aus unserem Land, so dass die Schweiz nun sukzessive stärker wahrgenommen wird. PrimaryCare publiziert eine ganze Serie von Berichten, die von den Kongress-TeilnehmerInnen, im Rahmen des SGAM-Sponsorings, über verschiedene Aspekte dieses Kongresses geschrieben werden.

Die nächsten europäischen Wonca-Kongresse sind bereits vergeben: 2004 Amsterdam, 2005 Athen, 2006 Florenz, 2007 Paris; 2008 – in der Schweiz???

Die nächsten Wonca-World-Kongresse werden 2004 in Orlando (USA) und 2007 in Singapur stattfinden.

Money – money

Mitgliederbeiträge. – Wie in der UEMO, nachzulesen im betreffenden Rapport, gibt es auch in der Wonca Europe jedes Jahr das «Spiel» mit dem zu späten Einbezahlen der Jahresbeiträge. Diese stellen neben den Kongressgewinnen, so diese denn nicht defizitär sind, die einzige Einnahmequelle dar. So leidet unser europäischer wissenschaftlicher Dachverband an chronischem Geldmangel. Die Sekretariatskosten (70 Stellenprozent) verzehren mit 50 000 Euro die halben Jahreseinnahmen. Eine Arbeitsgruppe wird darüber nachdenken, ob das Sekretariat von Norwegen in ein osteuropäisches Land verlegt werden soll.

Kongress-Defizite. – Der Kongress 2002 in London wurde, erstmals in der ca. 10jährigen Wonca-Europe-Geschichte, durch ein Defizit von über 1 Million Euro überrascht! Einer der wichtigsten Gründe soll ungenügendes Sponsoring gewesen sein. Auch für den Kongress in Amsterdam 2004 wird erneut ein sechsstelliges Defizit budgetiert. Verschiedene Lösungen werden diskutiert: eine Redimensionierung des Kongresses auf den

«harten Kern» von 1500 TeilnehmerInnen, eine Erhöhung der (ohnehin schon sehr hohen) Kongressgebühren sowie peripher gelegene, günstigere Kongressorte ... Jede dieser Massnahmen hat aber auch ihre sofort erkennbare Kehrseite.

Trotz dieser finanziellen Notlage will die Wonca Europe zur Wahrung ihrer wissenschaftlichen Unabhängigkeit strenge Sponsoring-Guidelines einhalten – so strenge jedenfalls, dass diese von allen Ländern – mit ihren in dieser Frage sehr unterschiedlichen Empfindlichkeiten – anerkannt werden können. Ich zitiere aus den Council-Meeting-Unterlagen: «... *There is a wide range of viewpoints on the use of external sponsors throughout Europe. Given this disparity in view, it is important that the European society guidelines are flexible enough to accommodate such varied views, but attract broad support ...*»

EJGP – European Journal of General Practice

Die streng wissenschaftliche Zeitschrift der Wonca Europe wird weiterhin – mit einer Auflage von 600 Exemplaren! – nur in Print-Form erhältlich sein. Die Schaffung einer E-Version kommt, aus finanziellen Gründen, nicht vom Fleck. Hat jemand eine gute Idee?

Wonca-Europe-Website

<http://www.medisin.ntnu.no/wonca/>

Ein Ausbau der Wonca-Europe-Website wäre zur Visibilisierung der Wonca-Tätigkeit dringend nötig, kann aber, wiederum aus Geldgründen, leider nicht verwirklicht werden.

Amtszeitbeschränkung der Mitglieder des Exekutivkomitees

Zugunsten einer schnelleren Rochade und besseren Vertretung der einzelnen Länder im Vorstand der Wonca Europe wird eine Amtszeitbeschränkung auf 6 Jahre, für den Präsidenten auf insgesamt 9 Jahre, festgelegt.



10 Jahre SGAM-Mitarbeit in der EQuIP – eine Bilanz⁴



Dank an Niklaus Egli

Die Wonca European Working Party on Quality in Family Practice (EQuIP) wurde 1990 als Netzwerkorganisation von 20 nationalen allgemeinmedizinischen Kollegien oder Akademien unter der Schirmherrschaft der European Society of Family Practice und der World Organisation of Family Doctors (Wonca) gegründet. 1993 delegierte die SGAM ihre beiden AG-Leiter Niklaus Egli (AG Fortbildung) und Beat Künzi (AG Forschung) in die EQuIP. 2002 übergab Niklaus Egli sein Mandat an André Dahinden (La Neuveville). Niklaus hat in dieser Zeit unsere hausärztliche Fortbildung als AG-Leiter und als Tutor der Moderatorenausbildung für Qualitätszirkel massgeblich mitgeprägt. Seine Erfahrung floss auch in die EQuIP-Arbeit ein. Er ist Mitautor wichtiger Publikationen, etwa des Mitte 2003 gemeinsam von EQuIP und EURACT herausgegebenen Grundlagenpapiers «Continuing Professional Development in Primary Health Care. Quality Development integrated with Continuing Medical Education». Diese hervorragende Schrift mit 12 konkreten Beispielen aus Europa wird die aktuelle und zukünftige Diskussion um ärztliche Qualität und Innovation massgeblich beeinflussen. Diese Broschüre⁵ gehört daher m.E. für alle Kolleginnen und Kollegen zur Pflichtlektüre. Ich danke Niklaus an dieser Stelle im Namen der SGAM und der QZ-Tutoren herzlich für seinen ebenso langen wie erfolgreichen Einsatz für Qualität und Fortbildung in der Hausarztmedizin. Ganz speziell schliesse ich in meinen Dank auch seine Frau Annemarie ein, für ihre oft schwierige Rolle als Arztfrau, die sie uns allen eindrücklich in ihrem Hauptreferat am Wonca-Kongress in Tampere 2001 geschildert hat.

Ich nehme die Gelegenheit nun zum Anlass, die 10 Jahre Mitarbeit der SGAM in der EQuIP kritisch zu reflektieren, und wage dann einen Ausblick auf die nahe Zukunft.

Zur Bedeutung und Arbeitsweise der EQuIP

Im Jahr 1990 war Qualitätsmanagement in Hausarztpraxen nur in wenigen Ländern

überhaupt ein Thema. Heute jedoch nehmen Hausärzte in vielen europäischen Gesundheitssystemen diesbezüglich eine Schlüsselrolle ein. Die EQuIP unter der Leitung von Richard Grol (NL) trug massgeblich zu dieser Entwicklung bei, indem sie Experten⁶ aus 25 Ländern einen kontinuierlichen Austausch von Wissen und Erfahrung ermöglichte und überdies gemeinsame Projekte im Bereich der (haus-)ärztlichen Qualitätsentwicklung förderte. Dazu finden zweimal jährlich 2-3tägige Arbeitsgruppen-Treffen im Turnus in den beteiligten Ländern statt, wobei jeweils ein geschlossenes Treffen an den jeweiligen Wonca-Kongress gekoppelt wird. Mit dem Übergang des EQuIP-Vorsitzes von Richard Grol an Joachim Szecsenyi (D) und Martin Marshall (GB) wurde auch die bisher «elitäre» Arbeitsweise der Gruppe kritisch hinterfragt. Um mehr KollegInnen den Austausch und eine gezielte Förderung zu ermöglichen, bleibt im weiteren jedes zweite Treffen als sog. «Invitational-Conference» geöffnet.⁷

EQuIP Produkte und Projekte

Die EQuIP will hausärztliches Qualitätsmanagement in den angeschlossenen Ländern gezielt durch Unterstützung der Delegierten und deren nationale Netzwerke fördern. Dazu dienen hauptsächlich der Erfahrungsaustausch und gemeinsame internationale Projekte. Nachstehend werden die wichtigsten in den letzten Jahren entstandenen EQuIP-Projekte bzw. -Produkte kurz beschrieben.

- *Maastricht (European Summer School on Quality Management in Family Practice)*: An die 100 KollegInnen wurden bisher in diesen einwöchigen internationalen Ausbildungskursen der EQuIP für Hausärzte praxisbezogen ausgebildet. Zurzeit besteht das Angebot allerdings nicht mehr.
- *Zürich 1998 (Open EQuIP Conference)*: Die erste internationale EQuIP-Konferenz wurde von B. Künzi 1998 in Zürich-Regensdorf organisiert und mobilisierte 200 TeilnehmerInnen, darunter auch eine recht grosse Gruppe von Qualitätsmanagement-InnovatorInnen aus der Schweiz.
- *Heidelberg 2003 (Invitational EQuIP Conferences)*: Die Schweiz kann jeweils ein Kontingent von 5 TeilnehmerInnen stellen, welche im Bereich des Qualitätsmanagements aktiv sind und somit eigene Erfah-

⁴ Bericht von Beat Künzi

⁵ Download unter www.swisspep.ch/pages/cpd oder Bezug via SGAM-Sekretariat.

⁶ Maximal 2 delegierte Qualitätsexperten pro Land waren bisher zu den geschlossenen EQuIP-Treffen zugelassen.

⁷ Die SGAM hat bisher die 4-5 pro Jahr zugelassenen Schweizer KollegInnen in verdankenswerter Weise unterstützt. Vorschläge für aktive neue Kandidaten nimmt das SGAM-Sekretariat entgegen.

rungen und Arbeiten (als Poster, Workshops oder Präsentationen) in die Konferenz einbringen können. Bisher wurden aktive Opinionleader oder QZ-Moderatoren von der SGAM eingeladen und unterstützt. An der letzten Konferenz in Portugal nahmen 150 TeilnehmerInnen an Postersessionen, 3 Hauptreferaten, 7 Workshops und 21 Präsentationen teil. Für die nächste EQuIP Invitational Konferenz in Heidelberg vom 13.–15. 11.2003 sind noch Plätze zu vergeben. Auskunft: SGAM-Sekretariat oder B. Künzi.

- Standortbestimmung der hausärztlichen Qualitätszirkel in Europa: Ein im Rahmen der EQuIP durchgeföhrter Survey wird in diesem Sommer im Journal of Family Practice publiziert werden (einschliesslich der Situation in der Schweiz).⁸
- European Task Force on Patient Evaluations of General Practice Care (EUROPEP): Eine Untergruppe der EQuIP realisierte dieses Projekt im Rahmen des 5. Forschungsprogramms der EU (FP5) inkl. eines Schweizer Armes. Dabei wurde in mehrjähriger Arbeit ein Instrument zum Einbezug der Patienten in die Verbesserung hausärztlicher Betreuung entwickelt und dann in verschiedenen europäischen Kulturen und Gesundheitssystemen validiert. Das resultierende EUROPEP-Instrument wird seither in verschiedenen Ländern verwendet (u.a. in Danpep, swisspep QualiDoc® etc.).⁹
- Einbezug geriatrischer Patienten (IMPROVE-Projekt): In einem anderen internationalen FP5-Forschungsprogramm wurden über die letzten 3 Jahre die Möglichkeiten und Grenzen erforscht, wie geriatrische Patienten in die Verbesserung der hausärztlichen Betreuung einbezogen werden können. Die Studie wurde in der Schweiz von swisspep im Auftrag der SGAM durchgefördert und diesem Jahr abgeschlossen. Der RRMA und dem Bundesamt für Bildung und Wissenschaft BBW sowie allen beteiligten KollegInnen sei an dieser Stelle herzlich für Ihre Unterstützung gedankt. Die Resultate werden zurzeit ausgewertet und demnächst publiziert.
- Konflikte in der Konsultation (Crocodile Group): Im Rahmen der den Hausärzten zugeschobenen Aufgaben kommt es in verschiedenen Gesundheitssystemen zu- nehmend zu Interessenskonflikten zwischen Hausarzt und Patient. Eine EQuIP-Gruppe hat ein Instrumentarium zur besseren Erkennung von typischen Konfliktkonstellationen bzw. von Strategien zur konstruktiven Konfliktlösung erarbeitet. Die Publikation der Erkenntnisse in einem namhaften Journal mit Peer Review wurde bisher allerdings abgelehnt.¹⁰
- EQuIP-Website (www.equip.ch): Hier erfahren Sie das Neueste über die EQuIP. Surfen Sie einmal vorbei: Dank dem Webmaster Franz Marty ist es gelungen, die Site der EQuIP ansprechend und funktional zu gestalten. Merci Franz!
- Fortbildung und Qualitätssicherung (Broschüre «Continuing Professional Development in Primary Health Care»): Stellvertretend für eine grosse Zahl an Publikationen und Büchern aus den Reihen der EQuIP-Autoren sei diese Broschüre herausgegriffen: Eine Arbeitsgruppe aus EQuIP- und EURACT-Mitgliedern (European Academy of Teachers in Family Practice) hat dieses wegweisende Grundlagenpapier erarbeitet (s. oben, im Volltext zu lesen auf www.equip.ch).
- Krankengeschichten anonymisiert auswerten (EQuIP Medical Records Group): Eine Subgruppe der EQuIP hat einen international gültigen Raster zur Qualitätsüberprüfung hausärztlicher Krankengeschichten (als «Self-Audit») erarbeitet. Dazu wurde eine sichere, Internet-basierte Lösung geschaffen, mit der die eigene KG-Führung bzw. Dokumentationsqualität anonymisiert ausgewertet und mit einem Referenz-Kollektiv verglichen werden kann (vgl. www.equip.ch).
- Hausärztliche Managementqualitäten steuern (European Practice Assessment EPA, in der Schweiz: SIPA-ISEC): Eine EQuIP-assozierte Gruppe aus 6 Ländern¹¹ zeichnet für das «European Practice Assessment: Improving management in primary care»-Projekt (EPA) verantwortlich. Dieses grosse und wichtige Projekt validiert Qualitätsindikatoren zur Erhebung und Überprüfung von Organisation und Abläufen (Management) in der ärztlichen Grundversorgung. Das Ziel der Initiative aus Sicht der Schweizer Beteiligung¹² ist die Ausarbeitung eines schweizerisch und international validierten Indikatoren-Sets zur Messung der Qualität

8 Beyer M, Gerlach FM et al. Fam Pract 2003;20:443–451.

9 www.swisspep.ch/pages/EUROPEP.html.

10 erschien dann in der Revue du Praticien de Médecine Générale (France), Autoren Paulus D, Marshall M, Glehr R, Künzi B.

11 Neben der Schweiz nehmen Belgien, Deutschland, Frankreich, Grossbritannien und Holland teil.

12 Die Schweizerische Initiative für Praxis-Assessment (SIPA-ISEC) ist ein Gemeinschaftsprojekt der FMH, EQUAM und swisspep, in Koordination mit der Schweizerischen Normenvereinigung SNV. Verantwortlicher Projektleiter Dr. B. Künzi, swisspep; Projektmanagement Dr. G. v. Below, FMH.

von Hausarztpraxen sowie eines validierten Instruments zur Dokumentation der Indikatoren (Fragebogen, Software). Die SIPA-Instrumente sollen einen kontinuierlichen Qualitätsprozess unterstützen. Nach Testung der Durchführbarkeit ist eine Pilotstudie in 30 Arztpraxen im Winter 2003/2004 für die Validierung im europäischen Umfeld vorgesehen. Je nach politischen Rahmenbedingungen können die resultierenden Instrumente auch für Praxiszertifizierungen genutzt werden. Allenfalls werden sie Teil der weitergehenden PASS-Studie¹³ bilden, die von allen Fachgesellschaften der Hausärzte/Hausärztinnen unterstützt wird und zu Beginn 2003 dem Nationalfonds zur Finanzierung eingereicht wurde.

Ausblick

In den meisten europäischen Gesundheitssystemen nehmen Hausärzte eine zunehmend wichtigere Rolle als Koordinatoren und Systemmanager wahr. Um diesen Aufgaben gewachsen zu sein, sind für Hausärzte heute – neben umfassenden klinischen Fertigkeiten – Managementkompetenz und geeignete Steuerungsinstrumente unabdingbar. Denn nur wenn Fehl- und Unterversorgung ebenso konsequent wie Überversorgung aufgedeckt und angegangen werden, lassen sich in Zukunft die damit zusammenhängenden ethischen und finanziellen Dilemmata im Sinne aller Beteiligten – einschliesslich der Patienten! – lösen. Dabei geht es nicht um Schaffung primär neuer Strukturen (wie z.B. von Ärztenetzwerken), sondern um die verbindliche und langfristige Umsetzung qualitätsfördernder Prozesse im breiten klinischen Alltag – auch hier nur zusammen mit den Patienten (s. oben).

Die von der EQuiP und assoziierten Projekten gelieferten Erkenntnisse sind daher auch für unser Gesundheitssystem von eminent wichtiger Bedeutung, weil sie Lernprozesse und Systemvergleiche ermöglichen. Darüber hinaus wurde die EQuiP zu einem Rollenmodell eines funktionierenden interdisziplinären Netzwerkes. Für das nächste 6. Forschungsprogramm der EU hat eine EQuiP-Gruppe das sog. BALANCE-Projekt eingegeben. BALANCE will – in Fortführung des EUROPEP- und EPA-Projekts – ein ausgewogenes Qualitätssteuerungsinstru-

ment für Hausärzte entwickeln («European Balanced Scorecard for Performance Assessment and Quality of Primary Medical Care»). Wir können gespannt sein, was daraus entstehen wird. Innovation wird *notwendig*. Doch nur wenn wir alle dazu beitragen, haben wir Aussicht auf Erfolg. Ich danke Ihnen für Ihre Unterstützung.

EURACT – European Academy of Teachers in General Practice¹⁴



Im Herbst 2002 war es mir leider aus familiären Gründen nicht möglich, am Meeting in Dublin teilzunehmen. Um so mehr habe ich mich aber gefreut, die mir inzwischen ans Herz gewachsenen EURACT-Kollegen im Frühling dieses Jahres in Litauen wieder zu treffen. Aufgrund der zweimal jährlichen Treffen sowie des regen elektronischen Austausches untereinander sind wir zu einem recht engen Verbund mit intensiven Beziehungen zusammengewachsen. Modern ausgedrückt würde man dies eine hohe «Corporate Identity» nennen.

Die Osterweiterung von Europa zeigt auch hier ihre Folgen, indem sich diese Länder zunehmend an der EURACT beteiligen. Auch schlagen wir Wellen über Europa hinaus, hatten wir doch einen Allgemeinpraktiker aus der Mongolei zu Besuch. Für beide Seiten eine Begegnung voller Überraschungen und faszinierender Neuigkeiten.

Die Zahl der Mitgliedsstaaten ist auf 31 angewachsen, allerdings sind die Beiträge der einzelnen Länder sowie das Mitmachen an den Meetings sehr unterschiedlich. Faszinierend ist immer wieder zu sehen, wie ähnlich die Allgemeinpraktiker aus allen diesen Ländern sind, inkl. ihrer Probleme.

In Litauen befindet sich die Allgemeinmedizin im Sinne der Grundversorgung mittler im Wandel vom früheren System zu einem neuen, mit immer grösserem Anteil von Privatpraxen. Wir haben sowohl eine Poliklinik eines grösseren Universitätsspitals als auch eine neu aufgebaute Gruppenpraxis besuchen können. In der Poliklinik waren deutlich die Zeichen des Zerfalls eines alten Systems zu spüren, das Geld fehlt an allen

¹³ Physician Assessment System Study, PASS.

¹⁴ Bericht von Andreas Rothenbühler



Ecken. Die mit EU-Geldern finanzierte, den beteiligten Ärzten gehörende Gruppenpraxis erreichte durchaus den Standard einer durchschnittlichen Praxis, wie wir sie auch bei uns finden. Der Röntgenapparat allerdings war, lustigerweise, lediglich für den Zahnarzt konzipiert und reserviert.

Die gemeinsamen Arbeiten waren zwei Hauptthemen gewidmet. Erstens werden wir wahrscheinlich, und dies wird mehrere Meetings benötigen, eine sogenannte «Teaching Agenda» ausarbeiten. Nach Implementierung der neuen Wonca-Definition der Allgemeinmedizin/Hausarztmedizin in allen beteiligten Ländern wird sich die EURACT nun, da sie eigentlich eine Ausbildungsorganisation ist, mit den Ausbildungsfragen beschäftigen, die sich aus der obenerwähnten Definition ableiten lassen. Meine persönliche Aufgabe dabei ist es, die notwendige Ausbildung in Notfallmedizin (Emergency Medicine) in das Dokument einzubringen; eine nicht zu unterschätzende Aufgabe, insbesondere da viele europäische Länder mit Ärztemangel die Notfallmedizin wieder vermehrt auf die Schultern der Allgemeinpraktiker legen wollen.

Das zweite Schwergewicht bestand in der Arbeit in den konstant bestehenden Arbeitsgruppen, wo ich mich der BME (Basic Medical Education)-Gruppe angeschlossen habe. Dabei versuchen wir immer wieder, wichtige Themen zur Hausarztmedizin während des Studiums zu bearbeiten, um am Ende ein «idealisiertes Curriculum» zusammenzutragen zu können, welches dann als Modell zu einer optimalen Beteiligung der Hausarztmedizin an der medizinischen Grundausbildung gelten soll.

Ein interessanter Aspekt beim Mitmachen in der EURACT besteht darin, dass man einen guten Überblick über die Verhältnisse in den europäischen Systemen bekommt. Mit Schrecken habe ich dieses Jahr feststellen müssen, dass wir unterdessen das letzte der 31 EURACT-Länder sind, welches keine Institute für Hausarztmedizin an ihren Fakultäten hat und wo zudem keine obligatorische und strukturierte Weiterbildung in der Hausarztpraxis existiert. Wir werden also von Europa sowohl rechts wie links überholt, und wenn wir uns nicht gewaltig anstrengen, riskieren wir bald einmal, auf dem Pannenstreifen liegenzubleiben.

Europrev¹⁵



Tabak

Im Jahr 2002 wurden die Strategie und Methodik für die praktische Umsetzung des Schweizerischen Antitabak-Programms in den grossen Zügen fertiggestellt. Eine erste Serie von «Multiplikatoren» (Allgemeinmediziner und Spezialisten) ist ausgebildet und Ausbildungsseminare für unsere Allgemeinarzt-Kollegen sind organisiert worden (weitere werden auch für 2003 organisiert). Das Ziel ist, möglichst viele Ärzte gemäss einem präzisen und erprobten Leitfaden im Nikotin-Entwöhungsprogramm zu schulen. Inhalt und Methodik des Programms zur Ausbildung von Multiplikatoren wurden an internationalen Anlässen vorgestellt (Wonca London 2002, ECTOH Warschau 2002, FCTOH Montreal 2002 und Wonca Ljubljana 2003). Dieser Lehrgang wird, sowohl die Ausbilder als auch die ausgebildeten Allgemeinmediziner betreffend, zwischen 2003 und 2004 evaluiert werden.

Früherkennung des Diabetes Typ II – Nationale SelfCare-Kampagne 2002

Abschluss einer 3jährigen Zusammenarbeit mit Apothekern und Diabetologen zur Realisierung einer 5wöchigen, praktischen und kostenlosen Kampagne, die von den teilnehmenden Gesellschaften und der Industrie finanziert wurde: 120000 kapilläre Blutzuckerbestimmungen sind in den Apotheken durchgeführt worden; davon wiesen ungefähr 10% kritische Werte auf; diese Personen wurden an einen Grundversorger weitergeleitet. Dieses «Joint-venture» zwischen Ärzten und Apothekern zeigt, dass eine Zusammenarbeit durchaus möglich ist, jedoch einen beträchtlichen Zeitaufwand erfordert (Ausarbeitung und Entwicklung des Arbeitsmaterials, des Programms und der Schulung usw.); nahezu 3 Millionen Daten müssen noch analysiert werden! Eine Fortsetzung der Zusammenarbeit ist (zumindest vorläufig) nicht vorgesehen.

Ernährung

Ein Vorprojekt zur Entwicklung eines «Guidebook» für Ernährung und zur Behandlung des Übergewichts, von Allgemeinmedizi-

nern für Allgemeinmediziner erstellt, ist gegenwärtig in Entwicklung. Die Idee wurde innerhalb der Schweizer Gruppe diskutiert und schliesslich im Rahmen der Europrev und Eurobésitas auf europäischer Ebene besprochen. Sie wird zwischen 2003 und 2004 Gegenstand einer neuen Präsentation hinsichtlich der Einführung eines In-vivo-Tests sein. Fortsetzung folgt.

Krebs-Früherkennung

Ein Projekt der Oncosuisse, welche Allgemeinärzte gesucht hat (ohne unsere Teilnahme kann das nicht funktionieren). Das eigentliche Projekt ist im Anfangsstadium (Juni 2003). Fortsetzung folgt.

Früherkennung der Osteoporose

Auch hier kommt die Anfrage vom Bund via BAG und BSV, aber mit einigen kleinen Sor-

gen bezüglich Strategie und Methodologie. Die Idee ist gut, doch hat es die Gruppe, welche diese «Maschine» in Schwung gebracht hat, nicht für nötig gehalten, von Beginn weg Ärzte in das Projekt mit einzubeziehen, was zu einigen Reibungen und gegenseitigem Nichtverständen geführt hat. Für uns auch ein «junges» Projekt (Juli 2003). Fortsetzung folgt.

Nachwuchs

Wenn die Gruppe Prävention weiterbestehen soll, werden dringend neue Mitglieder zur Mitarbeit benötigt, sei es auch lediglich für eine oder zwei Aktionen oder vorübergehend. Wir werden uns in den kommenden Monaten darum bemühen, die erforderlichen Leute zu motivieren!

Groupe de travail «Europe» de la SSMG

Rapport annuel 2002/2003

Daniel Widmer, Responsable du groupe de travail «Europe» et chef de la délégation suisse à l'UEMO

Bruno Kissling, délégué de la SSMG auprès de Wonca

Beat Künzi, délégué de la SSMG auprès d'EQuiP

Andreas Rothenbühler, délégué de la SSMG auprès d'EURACT

Maxime Mancini, délégué de la SSMG auprès d'Europrev



UEMO¹



Merci à Hartmut Seifert

Hartmut Seifert a pris la décision de cesser son activité de délégué suisse à l'UEMO après la fin de son mandat de vice-président, qu'il a rempli jusqu'à la réunion de Florence en octobre 2002, succédant à Willy Buss. Qu'il soit remercié pour son immense engagement auprès de cette association et pour la manière amicale avec laquelle il a su m'introduire dans ma nouvelle fonction.

L'argent est le nerf de la guerre ...

Comme l'année passée, les problèmes budgétaires sont toujours au premier plan. La nouvelle grille de répartition des cotisations à l'UEMO est maintenant basée sur le nombre de médecins du pays, pondéré par le PNB. Cette grille a certainement favorisé des pays comme le nôtre qui payent une moindre cotisation. Elle s'élève actuellement pour nous à 4950 euros par année, payés par la FMH. (Rappelons que la Suisse est actuellement représentée à l'UEMO par deux délégués de la SSMG et par Reto Laetsch, délégué de la FMH).

La France ne payait plus ses cotisations: elle fut statutairement exclue lors de l'assemblée de l'automne 2002; cela pose un grave problème financier, en chargeant lourdement des grands pays comme le Royaume Uni, l'Allemagne et l'Italie (cotisations de 27000 euros par année). L'Italie ne s'est pas présentée à la

réunion de mai 2003 à Stockholm et n'a toujours pas payé pour 2003. Certains craignent un effet «domino», l'Allemagne ayant agité l'an passé la menace du retrait. Un autre problème est la situation d'insolvabilité de la maison d'édition qui publiait le «Reference book» et amenait chaque année environ 32 000 euros d'entrées. Le projet de la présidence suédoise d'assainissement du budget a été voté à l'unanimité moins 3 voix (Belgique, Espagne, Portugal). Trois mesures sont prévues:

1. L'anglais est décrété langue active et les autres sont passives, ce qui signifie que chacun peut s'exprimer dans sa langue mais qu'il n'y aura plus qu'une traduction anglaise. Cette mesure, visant à réduire les frais d'interprètes de 50% environ – une part très importante du budget – mécontente les pays du Sud qui s'interrogent sur un retrait voire sur la création d'une organisation purement méditerranéenne. La Belgique les a soutenus avec l'argument que cette mesure ne stimulerait pas les Français ni les Italiens à revenir. On a entendu parler dans les «couloirs» d'impérialisme anglo-saxon ... Ph. Evans, président de la WONCA-Europe, a été jusqu'à dire que pour la première fois de sa vie il s'excusait d'être anglais ... Tout cela donne un peu le ton du débat. La Suisse, malgré son attachement à la pluri-culturalité, a soutenu la proposition présidentielle, seule capable de sauver l'association dans l'immédiat. Sans ces mesures le déficit serait de 32 000 euros, voire de 57 000, si l'Italie ne paye pas.
2. L'UEMO ne payera plus la soirée officielle (social events).
3. Les repas seront à la charge des participants. Il faut bien comprendre qu'avec les mesures 2 et 3, la charge financière se reportera davantage sur les organisations nationales. Il vaut la peine de relever que repas et soirées sont les lieux par excellence des contacts et des négociations.

Par ailleurs une commission du budget a été créée pour réfléchir à plus long terme sur les mesures financières à prendre (regroupements, synergie avec d'autres associations, évitement des travaux à double, etc ...)

Lobbying?

Cette crise budgétaire pose des questions de fond. Il est important que la voix des généra-

1 Rapport de Daniel Widmer

Dr Daniel Widmer
2, av. Juste-Olivier
CH-1006 Lausanne
widmer@primary-care.ch

listes se fasse entendre à Bruxelles, mais comment? En solo ou en chœur avec les autres médecins? La présence d'un lobbyiste professionnel reviendrait fort cher à la seule UEMO et pour l'instant il faut profiter du savoir faire du CPME (Comité Permanent des Médecins Européens, présidé par un généraliste autrichien, R. Brettenthaler). Il est prévu que l'UEMO établisse un contrat avec le CPME, contrat qui sera présenté au vote de l'assemblée générale d'automne 2003, par lequel l'UEMO achètera à la CPME non seulement des locaux à Bruxelles mais aussi des compétences en matière de lobbying. Cette vision du lobbying par contrat avec l'organisation faîtière des médecins pose pour certains la question de l'indépendance de l'UEMO; aux yeux de la présidence un contrat financier est une garantie: on peut se prévaloir de compter sur cette aide parce que l'on paye. Ce projet de collaboration a été voté par 15 OUI, deux NON (Espagne et Slovénie) et une abstention (Allemagne).

Quel but pour le lobbying actuellement?

1. *La nouvelle Constitution Européenne:* le CPME souhaite y faire inscrire la notion «d'accès égal aux soins de santé de haut niveau». Pour certains pays, ce serait là une main mise inacceptable de l'Europe sur les politiques nationales, alors que le Traité d'Amsterdam (art. 152) déclare, qu'en matière de santé publique, l'action de la communauté complète la politique nationale, en vertu du Principe de subsidiarité. Ce dernier consiste à laisser aux régions toute l'autonomie dont elles sont capables et à ne légiférer sur le plan européen que si l'échelon inférieur ne le fait pas.
2. *Les directives concernant la reconnaissance des qualifications professionnelles* sont toujours en discussion. Certains mouvements au sein du Parlement voudraient une législation minimale, toujours au nom du Principe de subsidiarité. Dans ce cas le médecin en pays d'accueil fonctionnerait selon les règles de son pays d'origine, ce qui n'est pas acceptable pour le CPME. Cela va à l'encontre des règles votées par l'UEMO l'an passé: statut de spécialiste pour le généraliste et formation en 5 ans.

Formation en 5 ans

Le groupe de travail «formation spécifique» a entendu, en juin à Stockholm, une très intéressante réflexion de Ph. Evans, président de

la WONCA-Europe qui défend une durée de formation flexible dépendant des besoins de chaque individu. Il y a deux façons de déterminer la formation spécifique:

1. *par la durée:* dépendant des besoins des services hospitaliers et de l'équivalence avec les autres spécialités.
2. *par les besoins,* les compétences à acquérir, compte tenu de la complexité de la pratique. On se pose ici la question essentielle: quel type de médecin veut-on former? (*competency based postgraduate education*). Il s'agira alors de programmer une éducation plus que des postes cliniques. La notion de «reflective self-educative GP», permettrait grâce à des évaluations régulières (*mentoring*) de prévoir une formation minimale de 3 ans et maximale de 5 ans (*curriculum flexible*).

L'objectif des 5 ans paraît toutefois politiquement important si le généraliste veut être considéré comme un spécialiste. D'autre part une formation de 3 ans, même axée sur les compétences, semble à beaucoup trop courte. On voit que malgré une votation claire sur ce point l'an passé, la discussion n'est pas terminée, certains pays n'ayant pas l'infrastructure pour 5 années et d'autres – trop axés sur la formation hospitalière – n'ayant pas établi un cahier des charges des compétences.

Accréditation de la formation continue

Le but de l'accréditation européenne est de permettre la libre circulation des personnes: les points acceptés dans un pays doivent être acceptés dans un autre. L'Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) a un système d'accréditation des cours qui en font la demande. On peut aussi accréditer un système national ou des instituts de formation (*providers*). Pour certains, l'accréditation d'instituts est liée au risque de la création d'un marché de la formation continue, comme c'est, semble-t-il, le cas aux USA. Ces thèmes sont encore en discussion à l'UEMO.

Opportunités égales

Ce groupe de travail a élaboré un questionnaire adressé aux divers pays de l'UEMO: quelle place est faite dans chaque pays aux femmes voulant se former à la médecine générale? Y a-t-il des programmes d'activité à 50%, des programmes de retour au travail après une grossesse ou une maladie de longue durée? Quelle

place est faite aux étrangers de la CE et d'ailleurs? Résultats à la réunion d'automne.

La relève

Pour la plupart des pays européens, il existe une crise des vocations en médecine générale et une pénurie se profile. Comment encourager la relève? Y a-t-il un impact des conditions de travail du généraliste sur le découragement des jeunes générations? Ces discussions en marge des séances officielles de l'UEMO vont probablement déboucher sur la création d'un nouveau groupe de travail auquel il importera que notre pays participe.

Enfin j'ai rendu compte dans Primary care des travaux du groupe de travail qualité, publiés après le colloque d'automne 2002 et des travaux du groupe prévention.²



Wonca Europe³



La Définition européenne de la Médecine générale / Médecine de famille 2002 en allemand, en français, en italien et en 7 autres langues

La définition de la Wonca a reçu un accueil très favorable à travers toute l'Europe et a déjà été traduite en 10 langues. La version allemande de cette définition a été rédigée conjointement par la SSMG et l'ÖGAM (Autriche) et a été remise récemment à tou-te-s les membres germanophones de la SSMG. La version en langue française est l'œuvre commune des représentants des pays francophones, c'est-à-dire de la France, de la Belgique, du Canada et de la Suisse, et elle sera transmise aux membres francophones de la SSMG après l'Assemblée générale de La Chaux-de-Fonds. Une version abrégée en langue italienne nous a d'ores et déjà été proposée par nos voisins du Sud. Elle sera suivie très prochainement d'une version plus complète.

La Chaux-de-Fonds sera l'occasion d'une conférence de presse pour nous permettre de rendre cette définition publique, puis de la transmettre avec une lettre d'accompagnement à tou-te-s les représentant-es du monde politique, des médias, des administrations et

des assureurs, ainsi qu'aux autres intervenant-es du paysage de la politique de santé.

L'utilisation de la définition de la Wonca

Une enquête a montré que cette définition est diversement utilisée dans les différents pays européens. La SSMG veut s'en servir pour tous ses documents de base, raison pour laquelle elle l'a d'ores et déjà intégrée dans notre *programme de formation continue* partiellement révisé; elle constituera aussi le noyau de notre *programme de formation post-graduée*, et les FI(H)AMs s'y réfèrent pour affirmer leurs positions dans le domaine de la *formation* des futurs médecins.

La nouvelle orientation politique de la Wonca

La Wonca Europe (association scientifique) agit en étroite collaboration avec l'UEMO (association politique) et veut travailler au renforcement de la position de la médecine générale au sein des systèmes de santé à travers toute l'Europe, en s'appuyant sur la définition de la Wonca. Il faudra ainsi prévoir de constituer un argumentaire, basé sur des éléments scientifiques solides et comparable à celui développé par B. Künzi pour la Suisse. L'objectif est de mettre en évidence l'utilité de la médecine générale, en tenant compte des possibilités politiques de chacun des pays.

Congrès de la Wonca Europe 2003 à Ljubljana

Une vingtaine de collègues suisses ont à nouveau participé, cette année, à un congrès aussi passionnant que stimulant. Quelques présentations portaient d'ailleurs le label de notre pays, lui permettant ainsi d'être reconnu un peu plus à chaque nouvelle édition. Notre journal PrimaryCare publiera une série de rapports relatant plusieurs questions abordées à cette occasion et rédigés par celles et ceux qui ont participé au congrès grâce au soutien financier de la SSMG.

Les villes où se tiendront les prochains congrès de la Wonca Europe sont déjà connues: Amsterdam en 2004, Athènes en 2005, Florence en 2006, Paris en 2007 et en 2008 ... quelque part en Suisse?

Les prochains congrès mondiaux de la Wonca auront lieu à Orlando (USA) en 2004 et à Singapour en 2007.

Money, money

Cotisations. – Comme vous le constaterez à la lecture du rapport correspondant, le refrain

2 PrimaryCare 2003;3:162–163

3 Rapport de Bruno Kissling



des retards de paiement des cotisations est chaque année un sujet de préoccupation, pour la Wonca comme pour l'UEMO. Les cotisations des membres représentent en effet la principale source de revenus de l'organisation, en plus des bénéfices laissés par le congrès annuel, lorsqu'il n'est pas déficitaire. Notre association faîtière scientifique européenne souffre donc d'un manque chronique de moyens financiers et les frais de secrétariat (un poste à 70%) dévorent à eux seuls 50000 euros, soit la moitié de ses revenus annuels. Un groupe de travail se penchera sur la question de savoir si le secrétariat, actuellement situé en Norvège, doit être transféré dans un pays d'Europe orientale.

Déficits du congrès. – Le congrès de Londres, en 2002, a réservé une bien mauvaise surprise, puisqu'il s'est soldé par un déficit de plus d'un million d'euros, pour la première fois depuis la naissance de la Wonca Europe, il y a près de 10 ans! L'une des principales causes du problème semble avoir résidé dans le manque de sponsors. Le congrès d'Amsterdam 2004 prévoit d'ailleurs lui aussi un déficit budgétaire à six chiffres. Différentes solutions sont actuellement envisagées: un redimensionnement du congrès avec une limitation de la participation à un noyau dur rassemblant quelque 1500 participant-es, une augmentation de la finance d'inscription (pourtant déjà très élevée), ou le choix de sites plus périphériques et moins coûteux pour la tenue de ce congrès ... Mais chacune de ces solutions s'accompagnerait de toute évidence d'un certain nombre d'inconvénients.

Malgré sa situation financière plutôt précaire, la Wonca Europe tient pourtant à maintenir son indépendance sur le plan scientifique et à rester fidèle aux guidelines assez strictes qu'elle a émises pour ce qui touche au sponsoring, ... juste assez strictes pour pouvoir être reconnues par l'ensemble des pays membres, dont les sensibilités dans ce domaine varient à vrai dire passablement. Il n'est que de citer ce passage sorti du document du council meeting: «... *There is a wide range of viewpoints on the use of external sponsors throughout Europe. Given this disparity in view, it is important that the European society guidelines are flexible enough to accommodate such varied views, but attract broad support ...*»

EJGP – European Journal of General Practice

Cet excellent journal scientifique de la Wonca Europe continuera à n'être publié qu'en ver-

sion imprimée ... et à seulement 600 exemplaires! Le projet de création d'une version électronique ne décolle toujours pas pour des raisons avant tout financières. Quelqu'un parmi vous aurait-il une bonne idée?

La page Internet de la Wonca-Europe est <http://www.medisin.ntnu.no/wonca/>

Pour améliorer la visibilité des actions de la Wonca, il serait urgent de développer davantage le site Internet de la Wonca Europe, mais cela n'est actuellement pas non plus envisageable pour ces mêmes raisons financières.

Limitation de la durée du mandat des membres du comité exécutif

Pour accélérer les rotations et améliorer la représentation des différents pays dans le comité central de la Wonca Europe, la durée des mandats a été limitée à 6 ans pour les fonctions des membres et à 9 ans au total pour la présidence.

10 ans de collaboration de la SSMG avec l'EQuiP – un bilan⁴



Remerciements à Niklaus Egli

La Wonca European Working Party on Quality in Family Practice (EQuiP) a été fondée en 1990 comme organisation représentative d'un réseau de vingt Collèges ou Académies nationales de médecine générale, placée sous les auspices de la European Society of Family Practice et de la World Organisation of Family Doctors (Wonca). En 1993, la SSMG a délégué à l'EQuiP ses deux responsables de groupes de travail, Niklaus Egli (groupe de travail Formation continue) et Beat Künzi (groupe de travail Recherche) et en 2002, Niklaus Egli a transmis son mandat à André Dahinden (La Neuveville). Durant toute cette période, N. Egli a marqué de son sceau le système de la formation continue en médecine générale, en tant que responsable du groupe de travail, mais aussi comme tuteur lors des séminaires de formation des animateurs des cercles de qualité. Son expérience a également grandement servi le travail d'EQuiP. Il est co-auteur de publications importantes, notamment du document de référence intitulé «Continuing Professional Development

in Primary Health Care. Quality Development integrated with Continuing Medical Education» publié conjointement par EQuIP et EURACT au milieu de l'année 2003. Cet excellent ouvrage européen, avec ses douze exemples concrets, influencera fortement les discussions actuelles et futures touchant à toutes les questions sur la qualité et l'innovation. Cette brochure fait donc partie des lectures obligatoires pour tous les collègues, qu'on se le dise!⁵ Je tiens à remercier chaleureusement Niklaus, au nom de la SSMG et des tuteurs des cercles de qualité, pour tout ce qu'il a fait durant toutes ces années pour la promotion de la qualité et la formation continue en médecine générale. Mes remerciements vont également à son épouse Annemarie, pour le rôle souvent difficile d'épouse de médecin qu'elle a tenu et qu'elle nous a décrit de manière si touchante dans sa conférence au congrès de la Wonca de Tampere en 2001.

Je sais donc l'occasion de ces 10 ans de collaboration entre la SSMG et EQuIP pour vous livrer quelques réflexions critiques, puis je consacrerai quelques instants à vous exposer ma vision de l'avenir.

Signification et manière de travailler d'EQuIP

En 1990, le management de la qualité dans les cabinets médicaux ne constituait un sujet de discussion que dans de très rares pays. Aujourd'hui, de nombreux médecins de famille jouent un rôle central sur ce plan dans les systèmes de santé de très nombreux pays européens. EQuIP, placé sous la direction de Richard Grol (NL), a largement contribué à cette évolution, en favorisant les échanges de connaissances et d'expériences entre les experts⁶ de 25 pays et en apportant son soutien à des projets communs dans le domaine de la promotion de la qualité en médecine (de famille). Des rencontres du groupe de travail de 2–3 jours ont lieu deux fois par année, en alternance dans les différents pays participants. L'une d'entre elles se tient en espace clos dans le cadre du congrès annuel de la Wonca. Après la remise de la présidence du comité d'EQuIP par Richard Grol à Joachim Szecsenyi (D) et à Martin Marshall (GB), la manière de travailler plutôt «élitaire» du groupe s'est vue de plus en plus remise en question. Pour permettre à davantage de collègues d'échanger leurs points de vue et de bénéficier de ces réunions, il a donc été dé-

cidé d'élargir la participation une fois sur deux, sous la forme d'une «Invitational-Conference».⁷

Produits et projets d'EQuIP

EQuIP s'est donné pour mission de promouvoir le management de qualité de la médecine de famille dans les pays membres en apportant son soutien à leurs délégués et à leurs réseaux nationaux au moyen notamment d'échanges d'expérience et de projet commun à l'échelle internationale. Voici en bref les principaux projets et produits EQuIP de ces dernières années.

- *Maastricht (European Summer School on Quality Management in Family Practice)*: Près de 100 collègues généralistes ont pu bénéficier sur une semaine des cours internationaux de formation EQuIP. Ces cours n'existent cependant plus à l'heure actuelle.
- *Zurich 1998 (Open EQuIP Conferences)*: La première conférence internationale EQuIP a été organisée par B. Künzi en 1998 à Zurich-Regensdorf. Elle avait mobilisé pas moins de 200 participants et participantes, dont un groupe non négligeable de pionniers du management de qualité.
- *Heidelberg 2003 (Invitational EQuIP Conferences)*: La Suisse est en mesure de mettre à disposition un contingent de 5 personnes actives dans le secteur du management de qualité et capables d'apporter lors de cette conférence non seulement leur propre expérience, mais aussi leurs travaux originaux (sous forme de posters, de workshops ou de présentations). Des leaders d'opinion et des modérateurs de cercles de qualité ont d'ores et déjà été invités par la SSMG et reçu son soutien financier. 150 participants et participantes ont pris part à la conférence au Portugal, dans le cadre des sessions de posters, sous forme de 3 conférences en plenum, de 7 workshops et de 21 présentations. Il reste quelques places à attribuer pour la prochaine conférence EQuIP Invitational de Heidelberg qui aura lieu du 13 au 15 novembre 2003. Pour plus d'informations, veuillez vous adresser au secrétariat de la SSMG ou directement à B. Künzi.
- *Localisation des bases des cercles de qualité de médecine générale en Europe*: Une enquête réalisée dans le cadre d'EQuIP sera publiée dans le courant de cet été dans le Jour-

⁵ Téléchargement à l'adresse www.swisspep.ch/pages/cpd ou commande par le secrétariat SSMG.

⁶ 2 délégués spécialistes de l'assurance qualité au maximum par pays étaient admis jusque-là aux réunions à huis clos de l'EQuIP.

⁷ La SSMG a apporté jusqu'ici un soutien non négligeable aux 4–5 collègues suisses agréés. La SSMG accueillera avec plaisir toute nouvelle candidature.

- nal of Family Practice (y compris la situation actuelle en Suisse).⁸
- *European Task Force on Patient Evaluations of General Practice Care (EUROPEP)*: Un sous-groupe d'EQuiP a mis ce projet sur pied dans le cadre du 5^e programme de recherche de l'UE (FP5), qui comporte notamment un bras suisse. Ce projet a permis le développement, après plusieurs années de travail acharné, d'un instrument pour l'inclusion des patients dans les processus visant à améliorer la qualité des soins en médecine de famille. Ce projet a été validé au sein de plusieurs cultures et dans différents systèmes de santé européens. L'instrument EUROPEP qui en est sorti est utilisé entre-temps dans plusieurs pays (en particulier Danpep, swisspep QualiDoc®, etc.).⁹
 - *Inclusion de patients gériatriques (Projet IMPROVE)*: Un autre programme international de recherche FP5 a examiné au cours des 3 dernières années les possibilités et les limites de l'intégration des patients gériatriques dans l'amélioration des soins de médecine de famille. Cette étude a été réalisée en Suisse par swisspep sur mandat de la SSMG et conclue cette année. Nos remerciements vont ici au RRMA, à l'Office fédéral de l'éducation et de sciences (OFES) et à l'ensemble des collègues qui ont participé à ce travail. Les résultats sont en cours d'évaluation et seront publiés très prochainement.
 - *Conflits à la consultation (Crocodile Group)*: Avec l'accumulation des missions confiées aux médecins généralistes, on observe dans certains systèmes de santé l'apparition de conflits d'intérêt entre médecins et patients. Un groupe EQuiP a élaboré une série d'instruments destinés à la mise en évidence des constellations typiques qui sont susceptibles de mener à ces situations de conflits et à la mise en place des stratégies vouées à la recherche de solutions constructives dans ce domaine. La publication de ses conclusions dans un journal reconnu et soumis à la lecture de reviewers a toutefois été refusée jusqu'ici.¹⁰
 - *Homepage EQuiP (www.equip.ch)*: Vous trouverez ici les dernières nouvelles concernant EQuiP. Faites-y donc une fois une petite visite. Son webmaster, Franz Marty, a réussi à rendre cette homepage à la fois agréable à consulter et très fonctionnelle. Merci Franz!
 - *Formation continue et assurance qualité (brochure «Continuing Professional Development in Primary Health Care»)*: Cette brochure remplace un grand nombre de publications et de livres publiés par des auteurs d'EQuiP: ce document de référence indispensable (cf. ci-dessus, en version complète sur le site www.equip.ch) est le fruit d'un travail de groupe constitué de membres d'EQuiP et d'EURACT (European Academy of Teachers in Family Practice)
 - *Evaluation des dossiers de malades sous forme anonyme (EQuiP Medical Records Group)*: Un sous-groupe d'EQuiP a développé un filtre utilisable au plan international et servant au contrôle de qualité pour les dossiers de malades dans les cabinets de médecine de famille («Self-Audit»). Une solution sûre, basée sur Internet, a été trouvée pour permettre aux praticiens de rendre anonyme ses propres dossiers de patients, ainsi que la qualité de la documentation, pour la comparer à un collectif de référence. (cf. www.equip.ch)
 - *Promouvoir les qualités de management dans les cabinets de médecine de famille (European Practice Assessment EPA, en Suisse: SIPA-ISEC, Initiative Suisse pour l'Evaluation des Cabinets Médicaux)*: Un groupe associé à EQuiP constitué de membres provenant de 6 pays¹¹ est responsable du projet European Practice Assessment: Improving management in primary care (EPA). Ce projet important a pour but de valider les indicateurs de qualité pour l'évaluation et le contrôle de l'organisation et des processus (management) dans le domaine des soins de base. L'objectif pour la délégation suisse¹² est le développement d'une série d'indicateurs validés pour la Suisse et les autres pays destinés à la mesure de la qualité des cabinets de médecine générale, de même que d'un instrument validé permettant une documentation de ces indicateurs (questionnaires, logiciels). Les instruments ISEC doivent servir à promouvoir un processus permanent de contrôle de qualité. Après vérification de la faisabilité du projet, il est prévu de faire une étude pilote dans 30 cabinets médicaux durant l'hiver 2003/2004, dans le but d'une validation au niveau européen. Suivant les conditions cadres politiques, les instruments désignés pourront également être utilisés pour la certification des cabinets. Ils pourront aussi

⁸ La (récente) enquête menée auprès des modérateurs des cercles de qualité par Marco Zoller et André Dahinden sera prochainement publiée dans PrimaryCare.

⁹ Cf. www.swisspep.ch/pages/EUROPEP.html

¹⁰ Paraitra dans la Revue du Praticien de Médecine Générale (France). Auteurs: Paulus D, Marshall M, Glehr R, Künzi B.

¹¹ Y participent, avec la Suisse, la Belgique, l'Allemagne, la France, la Grande-Bretagne et les Pays-Bas.

¹² L'Initiative suisse pour l'évaluation du cabinet médical (SIPA-ISEC) est un projet commun de la FMH, de l'EQUAM et de swisspep, mené en collaboration avec l'Association de normalisation SNV. Responsable du projet, Dr B. Künzi, swisspep; direction du projet, Dr G. v. Below, FMH.

entrer, le cas échéant, dans l'étude subséquente PASS,¹³ qui a l'avantage d'être soutenue par l'ensemble des sociétés de médecine de famille et pour laquelle une demande de financement a été soumise au Fonds national pour la recherche scientifique au début de l'année 2003.

Perspectives

Dans la majorité des systèmes de santé européens, les médecins généralistes jouent un rôle de plus en plus important en tant que coordinateurs et managers du système. Pour être préparés à ces nouvelles missions, les médecins généralistes doivent disposer aujourd'hui non seulement de connaissances cliniques étendues, mais également de compétences dans le domaine du management et d'un certain nombre d'instruments d'aide à la décision. Ce n'est en effet qu'en parvenant à déceler systématiquement les erreurs et les carences dans les soins, en particulier les excès de prestations et les situations de dilemme entre éthique et impératifs financiers qui leurs sont associées, que ces problèmes pourront être résolus dans l'avenir, dans l'intérêt de tous les protagonistes, patients y compris! Il ne s'agit pas uniquement de créer de nouvelles structures (comme par ex. des réseaux de médecins), mais de mettre en place durablement des processus de promotion de qualité dans la pratique quotidienne – toujours en impliquant le patient (cf. ci-dessus).

Les résultats livrés par les projets d'EQuiP et des autres investigations qui leur sont associées revêtent par conséquent une importance considérable, aussi pour notre système de santé, car ils encouragent le développement des processus d'apprentissage et de comparaison entre les systèmes de soins. EQuiP s'est ainsi muté en un banc d'essai dans un réseau fonctionnel interdisciplinaire. Pour le prochain (6^e) programme cadre de recherche de l'UE, un groupe EQuiP a soumis le projet BALANCE. BALANCE a pour objectif de développer un instrument de contrôle de qualité équilibré, dans l'esprit du projet EUROPEP et EPA, à l'intention des médecins de famille («European Balanced Scorecard for Performance Assessment and Quality of Primary Medical Care»). Nous fondons de grands espoirs sur la suite de ce projet. Innover devient un must. Mais ce n'est qu'en y participant tous que nous avons une chance de parvenir au succès. Je vous remercie de votre soutien.

EURACT – European Academy of Teachers in General Practice¹⁴



En automne 2002, des raisons familiales m'ont malheureusement contraint à renoncer à la participation au meeting de Dublin. C'est donc avec d'autant plus de plaisir que j'ai retrouvé mes collègues au printemps de cette année dans le cadre de la réunion de l'EURACT, une association que j'ai appris entre-temps à apprécier à sa juste valeur. Deux rencontres annuelles, ainsi que des échanges réguliers de courriers électroniques, nous ont rendus assez proches les uns des autres et nous entretenons aujourd'hui des relations étroites et suivies. Dans le langage moderne, on pourrait donc dire que ce groupe se distingue par une très forte «corporate identity».

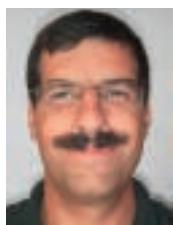
L'extension de l'Europe vers l'Est a notamment pour conséquence que ces pays font de plus en plus souvent acte de présence à l'EURACT. Cela dit, nous faisons des vagues bien au-delà de l'Europe, puisque nous avons même eu la visite d'un médecin généraliste de Mongolie. Une rencontre pleine de surprises et absolument fascinante pour tout le monde.

Le nombre de pays membres est passé à 31, même s'il est vrai que les contributions respectives et les taux de participation aux différents meetings varient passablement. Ce qui est toujours étonnant, c'est de constater combien les praticiens de médecine générale de tous ces pays se ressemblent dans le fond et combien les problèmes auxquels ils sont confrontés sont semblables.

En Lituanie, la médecine générale au sens de la médecine de premier recours se trouve en pleine mutation entre un ancien système sur le déclin et un nouveau système en devenir marqué par une proportion croissante de cabinets privés. Nous avons eu la chance de pouvoir visiter une polyclinique dans l'un des grands centres hospitaliers universitaires, de même qu'un cabinet de groupe qui venait de s'ouvrir. La polyclinique était l'illustration même de la décomposition de l'ancien système avec une carence patente de ressources financières. Le cabinet de groupe, financé par des fonds de l'UE et propriété des médecins qui y travaillent, offrait à l'inverse un standard

13 Physician Assessment System Study, PASS.

754 14 Rapport de A. Rothenbühler



en tout point correspondant au cabinet moyen que nous connaissons chez nous. A l'exception peut-être, curieusement, de l'appareil de radiologie, qui était adapté et destiné au seul médecin dentiste!

Les travaux du groupe ont été consacrés à deux aspects.

Pour commencer, nous allons établir ce que nous appellerons un «Teaching Agenda», ce qui nécessitera sans doute un certain nombre de séances de préparation. Après l'introduction dans l'ensemble des pays participants de la nouvelle Définition de la Médecine générale – médecine de famille de la Wonca, l'EURACT, qui est en réalité un organe pour la formation, se préoccupera surtout des questions touchant à l'enseignement et découlant de la définition mentionnée ci-dessus. Dans ce contexte, on m'a confié la mission d'intégrer dans le document du cursus la formation en médecine d'urgence (Emergency Medicine). Une tâche dont l'importance n'est certes pas à sous-estimer, puisque de nombreux pays européens aux prises avec un manque de médecins de premier recours essaient de réattribuer la médecine d'urgence à la médecine générale.

Le second aspect concerne mes activités au sein d'un groupe de travail permanent auquel je me suis joint: le groupe de la BME (Basic Medical Education). Il s'agit de revoir systématiquement les thèmes importants touchant à la médecine de famille abordés durant les études, afin de mettre sur pieds progressivement un «curriculum idéal» qui pourrait faire office de modèle pour une intégration optimale de la médecine générale dans l'enseignement de base de la médecine.

Un aspect particulièrement intéressant dans la participation à l'EURACT réside dans la très bonne vision que l'on obtient sur le fonctionnement des différents systèmes de santé en Europe. J'ai réalisé tout à coup cette année que nous sommes aujourd'hui le seul des 31 pays membres de l'EURACT à ne pas disposer d'Institut de médecine de famille dans ses facultés de médecine et le seul pays dans lequel il n'existe toujours pas de formation postgraduée structurée obligatoire au sein du cabinet médical. Il ne fait donc aucun doute que nous nous faisons dépasser par la droite et par la gauche en Europe et devrons faire de très gros efforts pour remédier à la situation si nous ne voulons pas nous retrouver très bientôt sur la bande d'arrêt d'urgence!

Europrev¹⁵



Tabac

Entre le début et la fin de 2002, la stratégie et la méthodologie de la mise en pratique du programme national suisse antitabac a été finalisée dans ses grandes lignes. Une première volée de «formateurs-multiplicateurs» (MPR et spécialistes) ont été formés et des séminaires de formations pour nos collègues généralistes ont été organisés (et vont encore l'être pour 2003). Le but est de former le plus possible de médecins à la désaccoutumance au tabac selon un canevas précis et certifié. Le contenu du programme et la stratégie-méthodologie de la formation des multiplicateurs ont fait l'objet de présentations internationales (Wonca Londres 2002, ECTOH Varsovie 2002, FCTOH Montréal 2002 et Wonca Ljubljana 2003). Les évaluations de cet enseignement tant pour les formateurs que pour les généralistes formés seront réalisées entre 2003 et 2004.

Dépistage précoce du diabète de type II – Campagne Nationale SelfCare 2002

Fin de 3 ans de collaboration avec pharmaciens et diabétologues pour la réalisation de 5 semaines de campagne, pratique et gratuite, financée par les sociétés participantes et par l'industrie: 120 000 tests de glycémies capillaires effectués en pharmacie, avec mise en évidence d'environ 10% de valeurs critiques et envoyés chez un médecin de premier recours. Cette «joint-venture» médecins-pharmacien montre qu'une collaboration est possible mais nécessite un investissement temporel considérable (élaboration et développement du matériel, du programme et de l'enseignement, etc.) et il reste encore à analyser près de 3 millions de données! Il n'est pas prévu de suite (du moins dans l'immédiat) à cette collaboration.

Nutrition

Un projet préliminaire de développement d'un «guidebook» sur la nutrition et la prise en charge de l'obésité, fait par des généralistes pour des généralistes, est actuellement en «formatage». L'idée a été discutée dans le groupe

suisse, puis débattue au niveau européen dans le cadre d'Europrev et d'Eurobésitas, et va faire l'objet entre 2003 et 2004 d'une nouvelle présentation pour la mise sur pied d'un test *in vivo*. A suivre.

Dépistage précoce des cancers

Projet issu d'Oncosuisse, qui sont venus chercher les généralistes (sans notre participation, cela ne peut pas fonctionner). On est au début du projet à proprement parler (juin 2003). A suivre.

Dépistage de l'ostéoporose

Là aussi, la demande vient de la Confédération par le truchement de l'OFSP et de

l'OFAS, avec néanmoins quelques petits soucis stratégiques et méthodologiques. L'idée est bonne, mais le groupe qui a lancé cette «machine» n'a pas jugé bon d'associer dès le départ des médecins à son projet, ce qui crée quelques frictions et aussi incompréhensions réciproques. Projet aussi «jeune» pour nous (juillet 2003), à suivre donc.

Relève

Si nos confrères désirent qu'un groupe prévention continue d'exister, il faut des membres qui y participent, même pour une ou deux actions, et même temporairement. Nous allons nous attacher dans les mois qui viennent à motiver les gens nécessaires!