



doc.be

Le magazine de la
Société des Médecins
du Canton de Berne

N°3
Juin 2017



Sujets de cette édition

**Entretien avec le doyen
de la faculté de médecine**

**Coopération controversée
entre l'industrie et la
recherche**

Ensemble – maintenant!



Intervention tarifaire du Conseil fédéral au 1^{er} janvier 2018 ; interventions au Parlement fédéral en vue d'élargir l'habilitation du Conseil fédéral en matière tarifaire, d'introduire le budget global dans le secteur ambulatoire et de supprimer l'obligation de contracter ; révision de la liste des analyses avec une réduction des rémunérations pour les analyses ; baisse des marges sur les prix des médicaments – la liste est loin d'être exhaustive. Jürg Schlup, président de la FMH et ancien président de la SMCB, a bien résumé la situation lors de l'ordre des médecins de la FMH le 4 mai 2017 : le corps médical s'est rarement vu confronté à de tels défis politiques comme aujourd'hui, une telle dégradation massive des conditions cadres de notre profession nous a rarement autant menacés.

Et que faisons-nous ? Nous nous dispersons dans des tentatives de cloisonnements mutuels et dans des querelles entre nous, querelles qui parfois dégénèrent en véritables guerres de tranchée. Nous perdons de vue ce qui nous généralise, si bien qu'il nous faudra bientôt chercher notre moindre dénominateur commun avec un microscope électronique à balayage. Les intérêts particuliers prennent de plus en plus le pas sur une solution commune qui pourtant représenterait au final notre bien à tous.

Si nous ne comprenons pas qu'il est aujourd'hui plus que temps de se serrer les coudes, ce n'est pas pavillon haut que nous naviguerons mais bien à pic que nous coulerons. Mais si nous en tant que corps médical formons un front uni, nous représentons alors un partenaire au sein du secteur de la santé sans lequel rien ne peut se faire. C'est pourquoi nous devons agir ensemble – maintenant !

Dr Rainer Felber
Vice-président de la Société des Médecins
du Canton de Berne

Contenu

- 4 «En tant que doyen, je suis un prestataire»**
Réflexions du professeur Hans-Uwe Simon sur les attentes de la société, le travail du décanat et Berne en tant que pôle médical.
- 7 5 questions à Adrian Göldlin**
Un praticien à propos de son titre Teacher of the Year 2017.
- 8 Entre santé et but lucratif**
Le soutien des entreprises pharmaceutiques à la recherche médicale fait souvent l'objet de critiques.
- 11 La loi sur le travail et l'esprit de la médecine**
Les temps changent et toute une profession est remise en question.

Deuxième intervention tarifaire du Conseil fédéral: consultation

La Société des Médecins du Canton de Berne est très préoccupée au vu des derniers développements en matière tarifaire. Elle a exposé ses doutes en détail et ses contre-propositions au sujet de l'intervention tarifaire prévue, dans sa réponse à la consultation adressée au conseiller fédéral Alain Berset. La SMCB

appelle la Confédération à faire preuve de plus de retenue en matière de tarif.

Vous trouverez la réponse sur le site www.berner-aerzte.ch/aerztegesellschaft/standespolitik (en allemand).

BETAKLI : du 8 au 11 novembre 2017



Le programme des Journées bernoises de la clinique BETAKLI 2017 est établi. Pour de plus amples informations ainsi que l'inscription, appelez dès à présent le 031 330 90 00 ou consultez en ligne le site www.betakli.ch.

Mentions légales

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

Académie des médecins agréés & Doctor's Talk

L'association bernoise des médecins agréés (BBV+) organise la convention suivante: Académie des médecins agréés & Doctor's Talk, le 14 septembre 2017, bâtiment des formations de l'hôpital Lindenhof à Berne, de 15 h 30 à 18 h 30

Des conférences sur la numérisation, l'eHealth, le dossier électronique du patient, ainsi qu'une table ronde suivie d'un apéro riche y seront prodiguées. La SMCB sera représentée par Beat Gafner. Le colloque sera présenté et animé par Willy Oggier, économiste de la santé. Les

médecins de soin primaire ainsi que les autres praticiens sont également invités.

Pour de plus amples informations et l'inscription, consultez le site www.medicongress.ch.

« En tant que doyen, je suis un prestataire »

Hans-Uwe Simon s'engage pour Berne comme pôle de recherche et mène bataille pour trouver des moyens efficaces contre la pénurie de médecins traitants. Il se définit lui-même comme un rouage parmi tant d'autres, situation qu'il ne trouve d'ailleurs même pas déplaisante.

Entretien: Gabriela Troxler, service de presse et d'information

doc.be: Cela fait presque un an que vous êtes le doyen de la faculté de médecine de l'université de Berne. Cette fonction a-t-elle répondu aux attentes que vous lui adressiez ?

Prof. Hans-Uwe Simon: Oui. J'avais auparavant officié comme doyen de la recherche et je savais ce qui m'attendait: à savoir beaucoup de travail. Outre mes activités au jour le jour, ce sont les aspects stratégiques qui me préoccupent. Quelle voie voulons-nous emprunter en tant que faculté ?

Et quelle est cette voie ?

La stratégie vise tout d'abord à renforcer Berne en tant que pôle médical. Nous renforçons l'enseignement quantitativement en acceptant plus d'étudiants. Après avoir déjà créé beaucoup de places de formation ces dernières années, nous allons former en 2018 encore cent étudiants supplémentaires. Nous aurons 340 étudiants par année d'études. En 2000, lorsque je suis arrivé à l'université, le chiffre était de 120, soit environ le tiers. Sur le plan qualitatif, nous voulons également optimiser en permanence les cursus d'études.

Dans le domaine de la recherche, on doit sans cesse réfléchir à ce qui nous distingue des autres universités. Quels sont nos points forts ? Qu'est-ce qui est important du point de vue médical ? Certains axes de recherche nous sont prescrits du fait du nombre de patients. Nous vivons à une époque où les maladies cardiaques et tumorales ainsi que

les maladies du système nerveux jouent un rôle important. Cardiaque, neuro, cancer – avec le vieillissement de la société, ces problèmes toucheront de plus en plus de gens. Nous construisons un grand Comprehensive Cancer Center et un autre bâtiment destiné au centre cardiovasculaire. Les grandes orientations de l'hôpital universitaire sont marquées depuis l'extérieur. Dans le domaine neurologique, nous excellons dans la recherche sur le sommeil. Nous nous penchons également sur la médecine de précision. Pour promouvoir ce secteur, la Confédération entend investir cent millions de francs. Concernant les progrès dans les technologies «-omiques» – génomique, protéomique, métabolomique, etc., nous espérons de nouvelles possibilités de diagnostic qui permettent de trouver la thérapie la plus efficace pour chaque patient. Dans ce domaine, Berne peut prendre le leadership dans le traitement de certaines maladies.

Vous vous êtes familiarisé avec des universités en Allemagne, au Canada, en Israël et en Suisse. Vous avez enseigné aux Etats-Unis et en Italie. Quelles sont les différences d'enseignement entre ces pays ?

La culture est similaire dans les différentes régions germanophones. La manière d'organiser les études de médecine et de mettre en place la recherche ne se différencie guère. A Toronto, j'étais post-doc et je n'ai pas eu connaissance de la façon dont l'université était organisée. Je n'ai donc pas d'éléments de comparaison. Cependant, l'expérience de la culture de la recherche est aujourd'hui la même qu'il y a vingt ans. Ceci vaut également pour Israël



La culture de la recherche à Jérusalem se différencie à peine de celle des autres pays, selon Hans-Uwe Simon – à l'inverse de la culture à l'extérieur du laboratoire.

où j'ai fait un doctorat en recherche pharmacologique. Je n'étais confronté à une autre culture qu'en dehors du laboratoire. Heureusement, la situation politique était à l'époque meilleure qu'aujourd'hui.

Dans votre cahier des charges, il est aussi question de prévoir des séjours de recherche. À quoi servent ces séjours ?

Nos étudiants doivent réaliser un travail de recherche dans le cadre des études de Master. Ils les effectuent en général, au sein de l'université de Berne. Nous sommes fiers non seulement de l'exiger, mais aussi de pouvoir le réaliser nous-mêmes. Avec 340 étudiants, ce n'est pas évident et cela demande beaucoup d'engagement de la part du corps enseignant.

Les échanges au niveau international commencent en général après les études. Les médecins assistants et chefs de clinique intéressés se rendent dans une université étrangère pour six mois voire plusieurs années afin d'y faire des recherches. C'est ce que nous attendons de nos jeunes scientifiques qui souhaitent obtenir leur habilitation. Ils doivent sortir de leur horizon habituel et se confronter à un environnement compétitif. En même temps, nous espérons apporter un vent nouveau dans notre propre université.

Quels sont les pays qui attirent les jeunes médecins ?

La Suisse est une nation relativement forte en matière de recherche. C'est pourquoi ils choisissent en général des partenaires encore plus forts. On trouve les meilleures possibilités de recherche avant tout dans les pays riches : les Etats-Unis, la

Grande-Bretagne ou l'Australie. La plupart des médecins veulent également apprendre à s'exprimer et à publier en anglais. Il existe bien sûr des exceptions, comme ces personnes qui se tournent vers la Suède, par exemple. Tous les pays asiatiques demeurent encore des destinations rares.

À l'inverse, quand on arrive à un certain âge comme moi, on se voit plutôt comme enseignant. On se rend alors par exemple en Russie ou en Chine pour mettre en place un laboratoire et former les étudiants. Ces pays invitent chez eux les meilleurs chercheurs occidentaux. Les sommes en jeu s'élèvent parfois à hauteur de plusieurs millions afin d'ouvrir un laboratoire et d'acheter de l'équipement. Les universités d'accueil espèrent ainsi gagner en expertise. Les chercheurs étrangers peuvent suivre les doctorants, même s'ils ne sont pas sur place tout au long de l'année. Par ailleurs, le Fonds national suisse de la recherche scientifique subventionne des programmes d'échange qui nous permettent d'accueillir en Suisse des doctorants provenant de ces pays.

Votre mandat s'achève formellement en 2020. Que souhaitez-vous encore réaliser d'ici-là ?

Les cent premiers étudiants supplémentaires arrivent en 2018. En 2019, il en viendra cent autres ; les cent premiers sont en deuxième année. Tous les plans d'études doivent être refondés. Ce processus m'occupera pleinement jusqu'en 2020. La stratégie de recherche sera également un tour de force. Il s'agit d'un processus démocratique qui ne peut avoir lieu du jour au lendemain. Et puis, il y a bien sûr encore bien d'autres petits projets dont la direc-



Tout ne repose pas sur les employeurs. Une société moderne doit aussi repenser la manière de prendre en charge les enfants et par qui.

tion de la faculté doit s'occuper. Si je reste motivé et en bonne santé, je peux me représenter à l'élection en 2019. Mais même en cas de réélection, je ne suis qu'un maillon dans l'axe du temps, jusqu'à ce que le prochain prenne le relais. Je me vois comme quelqu'un qui est au service de la chose, qui anticipe et coordonne. Etre doyen, c'est être prestataire de services. Il faut savoir ce que demandent les gens et jouer le rôle de médiateur afin de trouver la meilleure solution pour la faculté de médecine. Et mieux vaut être doté d'un certain doigté diplomatique.

« Nous voulons entretenir de bons contacts avec les médecins en dehors de l'université. »

En plus de tout cela, vous vous engagez également dans la politique corporative.

Nous voulons entretenir de bons contacts avec les médecins en dehors de l'université. Je prends mon activité au sein du comité de direction de la SMCB très au sérieux. Mon suppléant ou moi-même sommes présents à pratiquement toutes les réunions. Actuellement, il est principalement question de médecine généraliste. Nous nous efforçons vraiment de trouver une réponse à la pénurie des médecins traitants. Ce n'est possible qu'en coopérant avec des partenaires comme la SMCB. Nous veillons à ce que les étudiants reçoivent une bonne formation pratique. La question est de savoir ce qu'il se

passera après les études? Une idée serait de proposer des packages de formation généraliste. À l'heure actuelle, les étudiants sont obligés de chercher eux-mêmes leur formation postgrade. Ils doivent déposer leur candidature partout et le poste adéquat n'est pas toujours libre au moment où un candidat en aurait besoin. Ce système est inefficace et prolonge inutilement le temps de formation. Comme on a justement besoin de médecins généraliste en ce moment, on pourrait transformer l'essai en proposant un package de formation clé en main pour cinq ans. J'imagine volontiers que cela rendrait le choix de cette profession plus attrayant pour certains de nos diplômés. C'est aux sociétés de médecins d'agir car c'est une question de politique corporative.

Quels sont les défis auxquels sera confrontée la nouvelle génération de médecins?

Il va leur falloir de demander comment concilier vie professionnelle et vie de famille. C'était déjà le cas il y a dix ou vingt ans, mais la médecine s'est féminisée et il y a plus de personnes travaillant à temps partiel. Le problème devient urgent. Nous devons aider les jeunes médecins à maîtriser ce grand écart. On pourrait par exemple étendre les offres d'accueil des enfants ou les packages de formation postgrade dont on vient de parler. Il est également important d'assurer l'accompagnement des jeunes gens par les professeurs. L'employeur n'a pas ou seulement peu d'influence sur le reste. Ce qui doit changer, c'est l'acceptation par la société que les femmes travaillent et que les enfants sont pris en charge par d'autres personnes, ainsi que le rôle de soutien au sein de la famille.

5 questions à Adrian Göldlin

Entretien: Gabriela Troxler, service de presse et d'information

doc.be: Un enseignant de médecine généraliste qui devient Teacher of the Year. Cela tient-il d'une plus grande importance accordée à la médecine de soin primaire?

Dr Adrian Göldlin: L'importance des soins médicaux de base aurait-elle augmenté? Je n'en suis pas si sûr. Les étudiants font plus attention à l'engagement dans l'enseignement. Personnellement, j'ai été plutôt surpris que quelqu'un issu de la médecine de soin primaire reçoive cette distinction. L'estime des étudiants m'a profondément touché. Je souhaite les remercier de tout cœur, ainsi que mes mentors qui m'ont permis d'en arriver là: le professeur de gériatrie Andreas Stuck et le docteur Mireille Schaufelberger, ancienne directrice de l'Institut de médecine de soin primaire.

Quelle est la chose la plus importante que vous essayez de transmettre aux étudiants?

Je ne missionne pas. Autrement dit, je ne pense pas que tous les étudiants doivent devenir médecins traitants. Mais je souhaite leur montrer l'incroyable diversité d'une profession qui procure beaucoup de joie et permet de développer tous les intérêts et aptitudes possibles. Cela va d'un but à l'autre de la communication à la dimension scientifique purement factuelle, en passant par l'intérêt pour les rapports humains et psychologiques. Cette fascination et surtout le respect pour l'être humain me tiennent à cœur. D'un côté il y a les manuels d'enseignement et de l'autre le patient. C'est lui qui décide en dernier lieu. Et nous devons l'y aider.

À votre avis, quelle est l'influence de l'enseignement sur le choix de la profession chez les étudiants?

Durant les études, il s'agit avant tout de présenter une discipline. C'est un aspect que la médecine de soin primaire n'a long-

temps pas pu faire. Elle en a maintenant cette possibilité. Les stages chez un médecin traitant, qui sont obligatoires du premier au quatrième semestre, constituent le noyau de l'enseignement. Ce sont 650 médecins traitants qui forment ainsi les étudiants pour l'université. On rencontre effectivement pour de nombreuses pathologies dispensées par les spécialistes durant les stages chez un médecin de soin primaire. Je pense que cela éveille chez les uns un engouement pour la discipline, et chez les autres au moins la compréhension. Le feedback des étudiants est, quoi qu'il en soit, excellent.

Qu'attendez-vous de la nouvelle génération de médecins?

Ce sont des attentes envers eux mais aussi des souhaits pour eux. Je souhaiterais qu'ils développent un engagement pour la profession. Le temps manque souvent aux jeunes collègues. La répartition des rôles avec le travail à temps partiel des hommes et des femmes est exigeante. Pour moi, il serait important qu'ils prennent soin d'eux-mêmes et de leurs proches. C'est la seule façon d'avoir de nouveaux médecins enthousiastes et résistants au stress, qui s'occuperont plus tard de nous en maison de retraite. Mon espoir est bien fondé quand je vois les étudiants en médecine de Berne. Ils sont motivés et enthousiastes. C'est un privilège de pouvoir leur faire cours.

Un dernier point: à qui décerneriez-vous un prix?

Mon prix irait à Médecins sans Frontières – mes héros personnels. Je pense que ces équipes sont emplies de joie, d'un grand engagement et de beaucoup de courage. Je les admire beaucoup.



Adrian Göldlin a ouvert son premier cabinet à Berne en 1997. En 2013, il devint enseignant en médecine de soin primaire à l'université de Berne et dirigea à partir de l'automne 2014 le département Enseignement du BIHAM. Aujourd'hui, il pratique dans le cabinet de groupe Sanacare. La formation est un sujet qui lui tient à cœur, qu'il s'agisse de la formation des étudiants, des AM ou des médecins-assistants en cabinet. En 2017, les étudiants en médecine de l'université de Berne ont élu Adrian Göldlin Teacher of the Year.

Distinction

Tous les ans, la SMCB décerne une prime de 1500 francs aux meilleurs diplômés de la faculté de médecine de Berne. Dorina Manuela s'est distinguée lors de l'examen des connaissances cliniques 2017. Moreno Testorelli a obtenu le meilleur résultat à l'examen QCM. Toutes nos félicitations pour cette performance!

Entre santé et but lucratif

L'industrie est un important sponsor de la recherche médicale. Pourtant, ces coopérations sont depuis longtemps décriées. Une recherche axée sur le patient est-elle une illusion ?

Texte : Gabriela Troxler, service de presse et d'information

«L'industrie pharmaceutique ignore les enfants atteints d'un cancer», comme le titrait récemment la une du Berner Zeitung. De plus en plus souvent, les médias descendent en flammes la recherche médicale sponsorisée par l'industrie pharmaceutique et de biotechnologie. Il est question de conflits d'intérêts et du fait que les entreprises pharmaceutiques investissent trop peu dans les maladies rares – en arguant de coûts trop élevés pour un marché trop petit. Des cas individuels soulevant les émotions font face à de froids calculs, les obligations éthiques à un raisonnement soumis aux gains d'argent.

La recherche médicale sous la tutelle de l'industrie

Il est vrai qu'il ne s'agit là que de la pointe de l'iceberg. L'industrie n'influence pas seulement le calendrier de la recherche en médecine, comme le déclare le professeur d'épidémiologie Matthias Egger, qui préside le conseil de la recherche du Fonds national suisse. Dans le cas de l'arthrose par exemple, une maladie tout à fait fréquente et bien étudiée, 81 % des études portent, selon lui, sur l'efficacité de médicaments. En revanche, les médecins et les patients souhaiteraient avoir plus de données concernant l'utilité de la physiothérapie et de la chirurgie. Au lieu

de quoi, de nouvelles capacités de recherche s'égarant dans d'innombrables études «Me too», des études qui analysent des médicaments de la même classe de molécules.

Les voix contraires ne sont pas entendues

Cela devient vraiment fâcheux lorsque le marketing produit prend l'habit de la recherche. «Neuf patientes sur dix veulent le médicament XY contre le cancer du sein», relaie Erika Ziltener, militante pour la protection des patients, en citant une annonce trouvée dans le journal des médecins suisses. Et ce alors que seulement deux études sur ce médicament sont en cours à l'étranger. On fait croire aux patients qu'ils prennent part à une étude. Ils changent de médicaments uniquement pour que celui-ci s'établisse sur le marché.

Selon M. Egger, le choix des participants à une étude n'est pas non plus à l'abri de prise d'influence. On ne choisit que des volontaires qui, vraisemblablement, conditionnent un résultat favorable de l'étude. Il existe d'ailleurs une distorsion au niveau des études, appelée également «biais de publication», c'est-à-dire que les résultats divergents ne sont pas du tout publiés.

La méchante industrie pharmaceutique ?

Ces exemples ne sont pas à l'honneur de la recherche médicale sponsorisée par l'in-

dustrie. Ce à quoi André Dahinden, General Manager d'Amgen Suisse, rétorque que les entreprises pharmaceutiques ne seraient là que pour aider les patientes et patients. L'industrie chercherait à sonder la raison d'une maladie. C'est pour en déduire des thérapies efficaces qu'elle travaillerait en étroite coopération avec la médecine et les universités. Vu sous cet angle, le processus de recherche s'organise un peu différemment : il ne commence pas avec un médicament, mais se termine par un médicament. «Ce n'est pas le médicament qui accompagne le patient, mais le médecin», précise alors André Dahinden. L'industrie met seulement des moyens à disposition des médecins. Celui-ci décide ensuite avec le patient quelle thérapie semble adaptée à son cas. De plus, selon M. Dahinden, les études cliniques offriraient une opportunité aux patients en guise de dernier recours. Et même les biais de publication n'existent plus aujourd'hui, selon lui. Une certaine dose d'autorégulation y ferait barrage, mais aussi l'existence des médias sociaux.

La Suisse, pays de l'innovation – grâce à l'industrie

Ce qui est sûr, c'est que sans l'industrie une recherche médicale de haut niveau, telle qu'elle existe en Suisse, serait impensable. Ce que concède également M. Egger. Il donne comme exemple les études cliniques qui ont permis de combattre efficacement



Le fait que la recherche médicale soit soutenue financièrement par l'industrie ne devrait pas être le problème, tant que les besoins des patients restent au premier plan.

le VIH. C'est la trithérapie HAART, qui combine efficacement trois médicaments, qui a enfin donné lieu à une percée en 1996. Aujourd'hui, l'espérance de vie des personnes séropositives ne se différencie guère de celles des personnes en bonne santé. Sans la coopération ciblée entre l'industrie et la science et de très nombreuses études, cette réussite n'aurait pas été possible.

Eviter les zones d'ombre

La recherche soutenue par l'industrie fait aujourd'hui l'objet d'une stricte réglementation, offrant peu de marge pour les transgressions. L'industrie et la recherche scientifique font tout pour éradiquer l'image douteuse de leur coopération. Mais en même temps, l'industrie investit de plus en plus dans des coopérations à long terme afin d'engager très tôt la recherche dans des voies prometteuses. «En soi, c'est une bonne chose», pense Matthias Egger. «Mais il serait souhaitable d'avoir davantage de réglementations».

Quand il s'agit des patients, souligne Erika Ziltener, l'indication médicale est la seule légitimation pour une thérapie. M. Egger et Mme Ziltener sont d'accord: ce dont les patientes et patients ont besoin, c'est d'une transparence accrue. Ils doivent être informés de manière approfondie des risques et des alternatives possibles pour être en mesure de prendre une décision responsable. Ce n'est plus l'industrie qui

est alors mise à contribution, mais tout particulièrement les médecins.

Le présent article a été rédigé à la suite du colloque « Dialogue bernois Médecine et société » de la fondation suisse d'angiologie qui s'est déroulé le 2 mai 2017. Il reproduit les points de vue des intervenants, qui peuvent ne pas correspondre à ceux de la SMCB.

Etude permanente sur les coûts de fonctionnement des cabinets médicaux

La collecte des données RoKo pour l'année 2016 va démarrer d'ici peu. Vous recevrez les documents nécessaires dès le début de l'été. N'oubliez pas que c'est uniquement grâce à RoKo qu'il est possible d'établir des statistiques fiables sur les revenus et les coûts des cabinets médicaux. Elles nous livrent des arguments précieux pour les négociations avec les organismes de remboursement du secteur de la santé. Nous vous remercions vivement de votre participation et de la livraison rapide de vos données RoKo!



La loi sur le travail et l'esprit de la médecine

L'image du médecin change. La vocation de médecin menace de devenir un simple métier.

Texte : Thomas F. Lüscher, Zurich Heart House, Careum Campus, clinique de cardiologie, centre de cardiologie universitaire, centre hospitalier universitaire et centre de cardiologie moléculaire, université de Zurich, Suisse

Rétrospective

Qu'on se le dise a priori ou qu'on s'en souviennne encore, il fut une époque où la profession de médecin était une vocation et pas simplement un boulot alimentaire¹. La notion de *Work-Life-Balance* était alors inconnue car le travail n'était pas du *work*, mais la raison de vivre des médecins et des chercheurs; en bref: Une source de satisfaction et non de contrainte. De tout temps, les artistes ont ressenti la même chose. Ni Arthur Rubinstein ne s'en tenait à des horaires de travail imposés, ni Franz Kafka renonçait, une fois son travail à «*l'Institut des assurances pour les accidents des travailleurs du royaume de Bohême à Prague*» terminé, à écrire jusqu'au milieu de la nuit. De même, Picasso ne rangeait certainement pas son pinceau dans le pot à six heures du soir, et Rodin ne compartimentait pas sa journée en *Work* et *Life*. Des études menées sur des musiciens démontrent que ceux qui s'exercent moins de huit heures par jour ne dépasseront pas le stade de professeur de piano. Seuls ceux qui font preuve de plus d'assiduité peuvent espérer donner des concerts².

Il fut un temps où la vocation du médecin promettait la satisfaction, où le dévouement importait davantage que la rémunération, où l'on ne comptait ni les heures ni les patients. Certes, la charge de travail était parfois importante, voire trop, mais on emmagasinait au final plus de savoir en dehors des heures réglementaires quand d'autres rentraient chez eux. On se savait utile. Les patients avaient un médecin et non pas un commis quelconque pour s'occuper d'eux. Et puis, il y avait aussi la considération de la part de la société: un médecin c'était quelqu'un, il était assuré de l'estime en raison de sa disponibilité – à cette époque, le médecin n'était pas encore une «*espèce en voie de disparition*»³. On honorait ses prouesses au quotidien et la contribution des pionniers au progrès.

Le temps mesuré

Nous vivons désormais à l'époque moderne et sommes soumis au contrôle permanent du travail; jusqu'à présent, la Suisse en était épargnée, contrairement aux Etats sociaux d'Europe. On arrive à 7h32, on se connecte à l'ordinateur et on se signale: «*Je suis là!*» Ce que l'on fait est secondaire, l'essentiel étant d'être connecté au système de planification du personnel, la version moderne de *Big Brother is watching you*⁴. On se met ensuite au travail, mais bientôt arrive la pause de midi. Alors se pose la question de savoir s'il convient

de faire passer un séminaire avec des sandwiches comme travail ou si l'on peut suivre une formation tout en mangeant – faut-il cliquer sur « Travail » ou sur « Pause » dans le système de planification du personnel ? Là est toute la question. La loi y répond clairement : il faut compter une heure de repos pour le repas. Mais où irait-on si une formation continue pour des auditeurs en train de mâcher devait être qualifiée de repos car après tout, toute formation est corrélée à un travail intellectuel, comme le prouvent incontestablement des examens MRI. Vous imaginez les erreurs qui pourraient alors se produire dans la prise en charge des patients en raison d'une surcharge de travail. Ou encore ce qu'il adviendrait lors d'une intervention en laboratoire de cathétérisme ou en salle d'opération. Puis la fin de la journée approche : 18h09 – « Je rentre à la maison ». L'ordinateur calcule avec précision le temps supplémentaire : 37 minutes. C'est en bonne voie – si cela continue comme ça, à vous les bonus et jours de congé.

Il n'y a pas que le travail décompté à la minute près qui condamne notre profession au travail à la chaîne. Le système DRG a soumis l'activité en elle-même à une haute pression. L'entrée et la sortie des patients se rapprochent de plus en plus, les séjours de longue durée sont indésirables car non rentables, les rapports doivent être quotidiennement disponibles dans l'heure, et à peine un patient est-il sorti de l'hôpital que le prochain est admis entrée – pas de doute, le temps de travail s'est densifié.

La faute au patron

Les heures supplémentaires sont la bête noire du patron. Car c'est lui le responsable si le personnel travaille trop et que la loi sur le travail n'est pas respectée. Un infarctus à 17 heures fait augmenter incongrûment les heures supplémentaires. Doit-on faire attendre le patient jusqu'au lendemain 8 heures ? Peu vraisemblable – un hôpital n'est pas une conserverie. La loi sur le travail exige pour cela des prestations de base fixes, qui ont d'énormes conséquences – mais nous y reviendrons.

Il n'est pas possible de faire disparaître les heures supplémentaires comme par enchantement, car la faute ne peut être éliminée par un versement. Comme dans la doctrine morale protestante, il n'existe pas de pardon. Au contraire, le médecin-chef peut se voir personnellement infliger des amendes et une inscription au casier judiciaire. Voilà où nous en sommes arrivés : ce qui autrefois s'appelait dévouement passe aujourd'hui pour un manquement.

Certes, on pourrait augmenter les effectifs du personnel et bien des choses ont déjà été faites dans ce sens. Mais il y a des limites, et c'est une chose frappée au coin du bon sens. Devons-nous prévoir trois équipes pour la moindre chose, assurer un backup pour chaque cas d'absence pour maladie ? Et de fait, les absences pour maladie sont devenues la règle aujourd'hui, on pourrait même supposer un affaiblissement du système immunitaire au regard des chiffres. Avec la féminisation de la profession, le besoin en postes à temps partiel et le congé

maternité viennent, à juste titre, s'y ajouter. Là non plus, la politique de la promotion de la femme ne propose aucune solution : le reste du personnel doit supporter ces absences, bien entendu sans générer d'heures supplémentaires – le serpent se mord la queue.

Science must be fun

Dans un tel contexte, l'esprit scientifique s'évapore comme neige au soleil. Récemment, un collègue, qui fort heureusement travaille désormais ailleurs, se demandait dans le droit fil de la loi sur le travail : « La recherche est-elle comprise dans les 50 heures ? » Après un premier moment de sidération, je me suis souvenu de mon mentor de la Clinique Mayo qui disait « Science must be fun ! », telle était la devise. Et forcément quand on aime, s'élève et se trouve comblé, on ne compte pas les heures.

Comment le système universitaire, la recherche médicale de notre pays vont-ils pouvoir survivre avec un tel comportement ? Les lois sur le travail, qui sont identiques tant pour les centres universitaires pratiquant la recherche que pour les hôpitaux régionaux, n'ont aucun sens.

Pour ce qui concerne l'avenir de la Suisse en tant que pôle de recherche, la plupart des chercheurs, ayant été actifs dans ce domaine, travaillent aujourd'hui. La concurrence n'a jamais été aussi grande, comme l'illustrent par exemple les « Acceptance rates » de revues scientifiques renommées. Le « New England Journal of Medicine » accepte 4 % des travaux qui lui sont soumis, le « JACC » 6 % et le « European Heart Journal » 8 %⁶.

Et cela devrait empirer car le nombre de chercheurs en Asie augmente alors que cette culture ne connaît les restrictions au travail que d'ouï-dire. Ce qui est valable pour les pianistes l'est aussi pour les découvreurs : les heures supplémentaires sont un facteur clé de réussite dans la médecine.

Les conséquences de ce nouveau comportement se font déjà ressentir, comme signalé dans un commentaire précédent dans la présente revue⁶ : dans les départements de recherche, les médecins suisses sont rares et ne risquent pas de se multiplier. Dans le panel des auteurs de rapports, ils représentent désormais moins de 5 % des collaborateurs. Ceux qui n'entendent pas s'investir davantage que de raison ne peuvent pas tenir la cadence.

L'esprit moderne

L'être humain veut-il l'ordre que lui promet le monde moderne du travail ? Apparemment oui. La génération Y, ou *Me-Generation* comme l'appelle une psychologue de Harvard⁷, veut vivre autrement que ses aînés, et on ne saurait le lui reprocher. Nous avons pu récemment en connaître les conséquences grâce à un *consultant*, nouveau terme pour désigner les conseillers, lors de la conférence des directeurs de clinique de notre hôpital : pour un hôpital universitaire, il est stratégiquement déterminant d'attirer les meilleurs talents. C'est une priorité impérative selon lui – qui dirait le contraire. À cette fin, plusieurs centaines d'étudiants suisses en médecine ont été questionnés sur



Saisir les temps avec une extrême exactitude, faire prévaloir la récupération des heures supplémentaires – des réglementations trop strictes ne doivent pas entraver la flexibilité, exige
Thomas F. Lüscher.

leurs attentes comme futurs employés. En haut de la liste on retrouve *Work-Life-Balance*, nous a fait savoir l'expert. Alors, voulons-nous une telle génération ou ne devrions-nous pas plutôt nous tourner vers d'autres horizons? Sans aucun doute, la jeune génération risque de perdre la soif de l'innovation, l'ambition de réaliser quelque chose de grand, car sans un engagement massif en début de carrière professionnelle, on n'atteint pas grand-chose.

Ce que Julien Borel, 38 ans, écrivait dans le «NZZ am Sonntag» vaut également pour la médecine: selon l'ingénieur en chef au siège de Google à Mountain View, les Suisses «... souhaitent gagner la Ligue des champions, mais ne veulent pas d'étrangers dans leur équipe. Et ils arrêtent de jouer au bout de 45 minutes»⁸.

Loi versus données probantes

Après tous ces mécontentements, on finit par se demander si tout cela sert au moins un objectif plus élevé? Des syndicats comme l'ASMAC avancent comme argument que la restriction du temps de travail, telle qu'appliquée aujourd'hui, sert la sécurité des patients, et même qu'elle est impérative pour garantir la haute qualité de traitement. Les médecins surmenés feraient des erreurs, raison pour laquelle leur temps de travail doit être restreint comme pour les chauffeurs et les pilotes. Tout d'abord, on ne demande qu'à acquiescer. Puis on se demande si cela est fondé sur des bases probantes? La loi sur le travail conduit-elle vraiment à de meilleurs résultats médicaux? Une des restrictions de la loi porte sur le nombre de services de nuit et la compensation impérativement obligatoire

le jour suivant. Un service de nuit sans compensation entraîne-t-il le jour suivant une mortalité plus élevée dans le laboratoire de cathétérisme ou en salle d'opération? Les Américains l'ont analysé sur la base de presque 40 000 patients opérés par 1 448 chirurgiens⁹, en comparant les données finales de deux groupes de patients. Les premiers avaient été pris en charge par des chirurgiens qui avaient opéré la nuit précédente, et les autres par des chirurgiens qui avaient pu se reposer en dormant la nuit. Les données n'étaient pas randomisées, mais avaient été soumises à une analyse *Propensity-Matching*¹⁰, à savoir la meilleure technique statistique actuellement disponible. Et le résultat indiquait que la mortalité des patients opérés était la même dans les deux groupes!

Penchons-nous maintenant sur le temps de travail. Les temps de travail prolongés sont-ils dangereux pour les médecins, comme veut nous le faire croire la loi sur le travail? Aux Etats-Unis, les temps de travail ont également été restreints en 2003 pour répondre aux craintes concernant la sécurité des patients. Depuis, le plafond est fixé à 80 heures par semaine (80 et non 50 comme sous nos latitudes!) Le nombre de services de nuit a également été limité et les jours de repos réglementés. Comme en Suisse, ces mesures ont provoqué des problèmes au niveau de la prise en charge des patients et une hausse des coûts, en dépit de temps de travail plus élevés.

C'est pourquoi une étude nationale randomisée par grappes portant sur 136 691 patients dans 117 «*Residency Programmes*» a été menée, comparant les directives actuellement en vigueur de

l'« Accreditation Council for Graduate Medical Education » (ACGME) avec une réglementation plus flexible des temps de travail. A partir des résultats, les auteurs en arrivent à la conclusion suivante: « *As compared with standard duty-hour policies, flexible, less-restrictive duty-hour policies of surgical residents were associated with noninferior patient outcomes and no significant difference in residents' satisfaction with overall well-being and education quality* »¹¹. Ici aussi, les réglementations rigides des temps de travail ne soutiennent pas l'analyse avec les principes de la médecine fondée sur des bases probantes.

Il existe évidemment une limite, et ce n'est que du bon sens que de le supposer¹²: dans une étude randomisée portant sur les assistants américains travaillant dans un service de soins intensifs, le service de nuit avec des « *extended shifts* » (24 heures ou plus, toutes les trois nuits de garde) est comparé aux « *work shifts* » et des temps de travail réduits de 63 heures par semaine. Il en ressort que les médecins avec les « *extended work shifts* » font environ un tiers d'erreurs en plus. Toutefois, contrairement aux études citées précédemment, ce ne sont pas les données finales des patients mais seulement le taux d'erreurs qui a été mesuré. Dans quelle mesure ces erreurs étaient graves au point d'influencer les données finales des patients, cela reste flou. En effet, une grande partie des erreurs a été réparée immédiatement au sein de l'équipe. D'autre part, les « *night shifts* » et temps de travail réduits de 63 heures par semaine dans le groupe de soins intensifs dépassent largement ce qu'autorise la loi sur le travail suisse.

D'un seul médecin à plusieurs médecins

Il existe certainement un « *sweet spot* » (juste milieu), une réglementation du temps de travail et du service de nuit, qui serait optimale en termes de taux d'erreurs, de données finales des patients et de coûts de personnel. Car même une restriction rigide porte atteinte à la sécurité des patients. Là où, autrefois, un assistant supervisait plusieurs patients durant leur séjour à l'hôpital, ce sont aujourd'hui plusieurs médecins, et parfois même un grand nombre de médecins, qui sont impliqués. Non seulement la plupart des patients ne savent plus qui les suit, en raison des nombreux changements, mais des informations se perdent lors des innombrables transmissions entre équipes.

Deux assistants ne suffisent plus pour le service de 24 heures, ils sont désormais trois. Si des médecins à temps partiel y participent, le nombre peut monter à cinq ou six.

Ainsi, la multiplication des interfaces entraîne une perte d'information là où elles sont appliquées. Plus il y a de médecins pour suivre chaque patient, plus cela peut conduire à des malentendus, à ce que les prescriptions soient oubliées ou confondues et que les informations se perdent.

Des coûts inattendus

Voyons maintenant les coûts: nos médias ne manquent jamais de pousser des cris d'orfraie

sur la cherté, croissante, du secteur de la santé¹³. Les frais de santé semblent être inéluctablement voués à la hausse. C'est communément l'industrie pharmaceutique, un ennemi tout désigné, qui est pointée du doigt. Certes, les médicaments sont plus chers en Suisse que dans la plupart des pays, mais il en est de même de la nourriture, des hôtels et des restaurants. Or les médicaments ne représentent qu'une petite partie des frais de santé.

D'autres raisons sont moins apparentes: dans les hôpitaux, et peut-être dans une moindre mesure dans les cabinets, les frais de personnel constituent l'inducteur de coûts. Les hôpitaux emploient aujourd'hui bien plus de personnel, dont une partie est sans aucun doute objectivement nécessaire. Quand il y a davantage d'activités, quand de nouvelles interventions sont possibles, il faut plus de personnel. Cependant, il est un point important qui repose sur des aspects culturels: Une société qui attache plus de prix aux loisirs qu'au travail doit en assumer les conséquences. S'il faut trois équipes pour les soins et désormais aussi pour les médecins, si les postes à temps partiel deviennent la règle, si chaque service doit être compensé, il n'est plus possible de gérer les hôpitaux avec les budgets d'hier. Plus les contraintes de la loi sur le travail s'accroissent, plus la santé nous coûte cher. Et la fin n'est pas en vue. Après les assistants, ce sont les chefs de clinique qui ont été réglementés (en dépit du droit à des honoraires privés), et bientôt ce sera au tour des médecins dirigeants et des médecins-chefs.

Des conséquences inconsidérées

Comme tout changement, cette réglementation est également porteuse de conséquences inconsidérées d'autant que l'esprit de la médecine évolue. Comme on le voit déjà se profiler à l'horizon, notre corporation composée autrefois de médecins très motivés qui exerçaient une profession et non un job, risque la fonctionnarisation, non pas au sens du droit du travail mais bien en tant qu'attitude fondamentale vis-à-vis de l'activité et de la profession. Alors qu'autrefois on intervenait sans avoir besoin d'y être invité quand il manquait des bras le soir, aujourd'hui on fait prévaloir son compte d'heures. Même le chef n'ose plus suggérer une réunion le samedi qu'aux seuls confrères étrangers, qui viennent d'ailleurs sans rechigner car ils savent que c'est la seule façon d'atteindre vraiment quelque chose.

In search of the sweet spot

Mais cessons de nous plaindre, une restriction raisonnable du travail a tout lieu d'être. Mais comment trouver le juste milieu qui convienne à tout le monde? La rigidité de la loi sur le travail est sûrement le plus grand obstacle.

Ce qui est réalisable sans inconvénients dans une conserverie pousse une clinique avec un service des urgences aux confins de l'opérationnalité. Une chaîne de production peut être arrêtée, tandis qu'on ne peut pas renvoyer chez eux les cas urgents qui, d'ailleurs, ne sont pas répartis équitablement. Ils peuvent arriver tous en même temps, comme il peut y avoir temporairement des périodes creuses.

Une telle organisation n'est pas planifiable comme une administration avec des heures d'ouverture. Elle requiert de la flexibilité et des réglementations non figées, comme le démontre l'étude américaine de manière convaincante. Une certaine flexibilité serait donc nécessaire, par exemple de l'ordre de 50 à 55 heures par semaine. La réglementation concernant le service de nuit est également trop rigide. Un service de 12 heures durant sept jours au lieu de seulement cinq ne porte préjudice ni au patient ni au médecin, comme le démontrent les études américaines. Là aussi, plus de flexibilité serait la bienvenue.

De même, des mesures opérationnelles doivent répondre à la féminisation de la médecine. En cas de travail partiel, il faut un pourcentage plus élevé de postes au risque que le temps de transmission entre équipes se transforme en heures supplémentaires.

Il faut en outre remplacer les collègues en congé maternité si l'on ne veut pas que le reste de l'équipe en fasse les frais. Si une clinique (comme celle de l'auteur de ces lignes) a parfois quatre collaboratrices enceintes, c'est très réjouissant pour l'avenir de la Suisse, mais il n'est pas possible de respecter la loi sur le travail sans remplacement.

Enfin, la rigueur de la surveillance, avec contrôles sur place, amendes et condamnations, dépasse les bornes. Dans le feu de l'action, les fonctionnaires en ont perdu le sens des proportions. Il est inconcevable que des médecins qui donnent le meilleur d'eux-mêmes soient criminalisés d'heure en heure. Et ce n'est malheureusement pas exagéré, tant les chefs, apprend-on avec étonnement, sont rendus personnellement responsables et écopent non seulement d'amendes, mais aussi d'une inscription au casier judiciaire ! Pour résumer, il serait temps de retrouver la voie de la raison !

Disclosure statement

Le présent article ne renvoie à aucun conflit d'intérêts d'ordre financier, ce travail n'a été soutenu en aucune manière par des sources externes. Par ailleurs, l'auteur a coopéré durant sa carrière avec plus de trente entreprises de l'industrie pharmaceutique, agroalimentaire et du matériel médical.

Le présent article est paru initialement dans la revue Cardiovascular Medicine 2016;19(6):165-169. Nous le produisons avec l'aimable autorisation de la maison d'édition EMH-Verlag.

Correspondance :

Prof. Thomas F. Lüscher, F.R.C.P.
Zurich Heart House
Moussonstrasse 4
Careum Campus
CH-8091 Zurich
thomas.luescher@usz.ch

Bibliographie

- 1 Lüscher TF. Wiewiel Marketing erträgt die Medizin? Cardiovascular Medicine. 2014;17(1):3-7.
- 2 Meyer M, Elmer S, Jäncke L. Musical expertise induces neuroplasticity of the planum temporale. Ann N Y Acad Sci. 2012;1252:116-23.
- 3 Lüscher TF. Der Arzt – ein Auslaufmodell? Cardiovascular Medicine. 2010;13(6):185-90.
- 4 Orwell G. 1984. Berlin: Ullstein Taschenbuch Verlag; 1994.
- 5 Lüscher TF, Gersh B, Hendricks G, Landmesser U, Ruschitzka F, Wijns W. The best of the European Heart Journal: looking back with pride. Eur. Heart J. 2012;33:1161-71.
- 6 Lüscher TF. Wo sind die Schweizer geblieben? Cardiovascular Medicine. 2010;13(3):77-80.
- 7 Twenge Jean M. Generation Me. New York: Free Press, 2006.
- 8 Borel J. Zürich kommt mir vor wie eine schlecht organisierte Fussballmannschaft. NZZ am Sonntag. 20.12.2015.
- 9 Govindarajan A, Urbach DR, Kumar M, Qi Li, Murray BJ, Juurlink D, et al. Outcomes of daytime procedures performed by attending surgeons after night work. N Engl J Med. 2015;373:845-53.
- 10 Heinze G, Jüni P. An overview of the objectives of and the approaches to propensity score analyses. Eur Heart J. 2011;32(14):1704-8.
- 11 Bilimoria KY, Chung JW, Hedges LV, Dahlke AR, Love R, Cohen ME, et al. National clusterrandomized trial of dutyhour flexibility in surgical training. N Engl J Med. 2016;374:713-27.
- 12 Landrigan CP, Rothschild JM, Cronin JW, Kaushal R, Burdick E, Katz JT, et al., for the Harvard Work Hours, Health and Safety Group. Effect of reducing interns' work hours on serious medical errors in intensive care units. N Engl J Med. 2004;351:1838-48.
- 13 Krämer W. Die Angst der Woche. München: Piper; 2011.

Ort der Taten: der Laborzukunft auf der Spur.

Seien Sie gespannt.
Wir sind es auch.

Ab Herbst 2017 neu
am Südbahnhof Bern.



Medics Labor AG, Bern
www.medics.ch

professionell
und persönlich

HARMONIE IN DER PRAXISADMINISTRATION



Neue Perspektiven: Wie die Praxisadministration effizient
und reibungslos abläuft, erfahren Sie bei der Ärztekasse!

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



ÄRZTEKASSE
CAISSE DES MÉDECINS
CASSA DEI MEDICI



Calendrier 2017

Société des Médecins
du Canton de Berne

15 août

Journée de réflexion,
comité de direction

19 septembre

Conférence élargie des
présidents (président(e)s
des cercles médicaux
et des sociétés spéciali-
sées), à partir de 17 h00
seulement

17 octobre

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

19 octobre

Assemblée des
délégués, l'après-midi

26 octobre

Chambre médicale FMH,
journée complète à
Bienne

8-11 novembre

BETAKLI 2017

16 novembre

Assemblées des cercles
médicaux, pour tout le
canton