



Page 4 — Agenda Soins de base

Page 9 — Colloque Violence domestique

Page 14 — Soins palliatifs



**Société des Médecins
du Canton de Berne**
Amthausgasse 28, 3011 Bern

T 031 330 90 00
info@bekag.ch
www.berner-aerzte.ch
LinkedIn: berneraerzte

Mentions légales

doc.be, organe de la Société des
Médecins du Canton de Berne

éditeur:
Société des Médecins du Canton de
Berne, paraît 6x par an

responsable du contenu:
comité directeur de la Société des
Médecins du Canton de Berne

rédaction:
Nicolas Felber, MA
Felber Advisory AG
T 031 330 90 00
nicolas.felber@berner-aerzte.ch

annonces:
Nicolas Felber, MA
nicolas.felber@berner-aerzte.ch

conception/layout:
Definitiv Design AG, Berne

impression:
Druckerei Hofer Bümpliz AG, Berne

Photo de couverture:
Agenda soins de base, médecine pallia-
tive, formation postgrade des médecins
et bien d'autres thèmes encore. De
nombreux processus politiques et projets
sont actuellement en cours, qui ont une
incidence directe sur le quotidien du corps
médical.

Les déclarations exprimées par nos
interlocuteurs et œuvres de tiers reflètent
leurs propres opinions. L'éditorial reflète
le point de vue de son auteur.
Le doc.be n'assume pas les affirmations
de ses interlocuteurs dans les entretiens
et les articles publiés.

Mise en œuvre de l'Agenda Soins de base

L'Agenda Soins de base a été mis sur pied afin de renforcer les soins médicaux de base en Suisse. Sous la houlette de l'OFSP et en collaboration avec les actrices et acteurs pertinents des soins de base, le « rapport spécialisé Agenda Soins de base » a été approuvé fin 2025. Le Conseil fédéral a dévoilé en juin 2026 les mesures prioritaires qui y sont définies pour les trois prochaines années. — **Page 4**

«Le principe «soigner plutôt que guérir» devrait guider les soins prodigués en fin de vie»

Le Prof. Dr méd. Steffen Eychmüller a été élu «Teacher of the Year 2025» par les étudiants de la Faculté de médecine de l'Université de Berne. Dans un entretien accordé à doc.be, il a évoqué l'état actuel de la médecine palliative en Suisse et a souligné la nécessité d'un changement des mentalités en ce qui concerne la fin de vie. — **Page 14**

Violence domestique, des hommes cou- pables, mais aussi victimes

Le colloque sur la violence domestique qui a eu lieu cette année à l'Hôpital de l'Île traitait de la place de l'homme dans les relations et situations empreintes de violence, en tant que coupable, mais aussi victime. Le grand intérêt suscité par le thème a montré l'importance de traiter ce sujet de manière objective. — **Page 9**

Pourquoi une bonne formation postgrade prend du temps – et ce que fait l'ASMAC Berne en ce sens

Charge administrative, manque de temps, périodes d'apprentissage fragmentées: les débuts professionnels des jeunes médecins sont plus exigeants qu'il n'y paraît de l'extérieur. L'ASMAC Berne s'engage pour que la formation postgrade ne soit pas reléguée au second plan – grâce au modèle 42+4, à des services de conseil et à son engagement politique. — **Page 18**

À la rencontre du Comité de la SMCB

Le comité central de la Société des Médecins du Canton de Berne réunit les représentantes et représentants des cercles médicaux de toutes les régions du canton. À travers cette série d'entretiens, nous vous invitons à faire leur connaissance. — **Page 22**

Un été enflammé



Dr méd. Rainer Felber
Co-président, Société des
Médecins du Canton de Berne

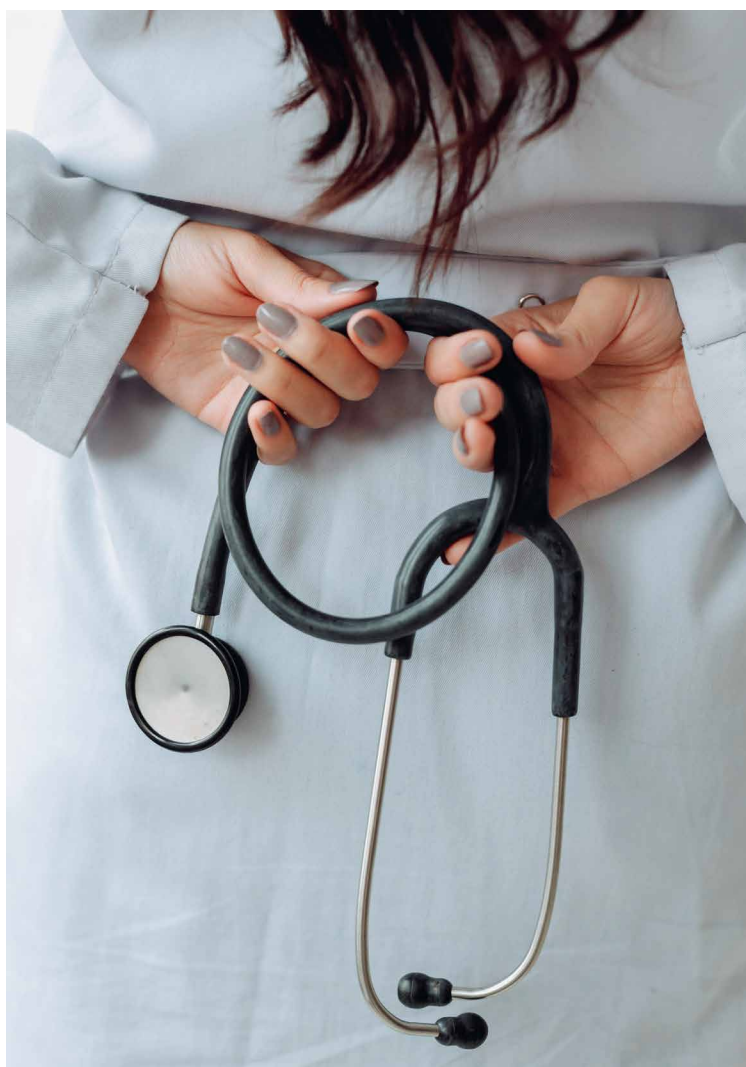
Des températures élevées et un climat lourd ont échauffé les esprits durant cet été. Outre les températures dépassant les 35 °C, des thèmes tels que les plafonds du TARDOC, la menace de la liquidation de Medphone, les obstacles administratifs tels que Sirona et autres sujets brûlants ont fait bouillir le sang dans les veines. Le moteur a tourné à plein régime et a failli surchauffer.

Les recommandations étaient et sont toujours claires: s'hydrater suffisamment et éviter de s'exposer directement aux rayons ardents du soleil bien entendu, mais aussi, analyser minutieusement la situation afin de mener une action ciblée. Il est indispensable de mûrement réfléchir à la planification et à la mise en œuvre des activités et des mesures. Malgré la chaleur, un seul mot d'ordre: garder la tête froide. C'est la seule manière de réussir, mus par la solidarité, à relever les défis auxquels nous faisons face et à donner du poids à nos revendications, ensemble.

Mise en œuvre de l'Agenda Soins de base

Texte — Alessandra Köchli, Les Tailleurs Communication SA

Image — Pexels



Une mise en œuvre pragmatique visant à remplir les objectifs des mesures définies dans l'Agenda Soins de base est indispensable pour garantir la qualité et la disponibilité des soins de base à la population suisse. Elle ne doit en aucun cas conduire à une plus grande surcharge du corps médical, que ce soit au plan administratif ou financier!

L'Agenda Soins de base a été mis sur pied afin de renforcer les soins médicaux de base en Suisse. Sous la houlette de l'OFSP et en collaboration avec les actrices et acteurs pertinents des soins de base, le « rapport spécialisé Agenda Soins de base » a été approuvé fin 2025. Le Conseil fédéral a dévoilé en juin 2026 les mesures prioritaires qui y sont définies pour les trois prochaines années.

Le système de santé suisse est de plus en plus sous pression. L'Agenda Soins de base vise à désamorcer la situation et à garantir que toute personne en Suisse puisse rapidement obtenir les soins médicaux nécessaires en cas de problèmes de santé.

Les mesures de l'agenda s'articulent autour de deux champs d'action principaux :

A. Garantir un système de soins innovant et durable. L'objectif est ici d'utiliser les compétences des professionnels de santé de manière ciblée et de renforcer la collaboration interprofessionnelle.

B. Garantir qu'un nombre suffisant de professionnels qualifiés est formé et reste dans la profession. Il s'agit notamment de promouvoir la relève et d'améliorer les conditions de travail.

Priorités du champ d'action A

Les soins médicaux de base doivent davantage s'appuyer sur des équipes interprofessionnelles plutôt que sur des individus. À cette fin, il est notamment prévu de développer des profils professionnels et des modèles de soins. En outre, les patientes et les patients doivent à l'avenir pouvoir accéder à des conseils ou à des traitements appropriés en dehors du cabinet médical également.

Mesure A1.1 : nouveaux profils professionnels

Cette mesure porte sur la répartition des tâches et des responsabilités. Elle s'inscrit dans une logique de task sharing (partage des tâches) et de task shifting (transfert de tâches). L'objectif est de mieux exploiter les compétences des professionnels de santé non-médecins et de favoriser la collaboration interprofessionnelle. Cela suppose la création de nouvelles conditions-cadres organisationnelles et réglementaires.

Dans un premier temps, l'OFSP précisera et fera évoluer les profils professionnels du personnel de santé actif dans les EMS, les organisations d'aide et de soins à domicile et les cabinets médicaux ambulatoires, en coopération avec les organisations professionnelles et de branche, les assureurs et le

Secrétariat d'État à la formation, à la recherche et à l'innovation (SEFRI). Cette démarche concerne les assistantes et assistants médicaux (AM), les coordinatrices et coordinateurs en médecine ambulatoire (CMA), les expertes et experts en pratique infirmière avancée (EPIA), le personnel infirmier diplômé HES ou ES, ainsi que les assistantes et assistants en soins et santé communautaire (ASSC) titulaires d'un CFC. Dans un second temps, des adaptations seront apportées aux formations initiales et aux perfectionnements, aux tarifs, aux contrats ainsi qu'aux bases légales.

Les pédiatres et médecins de famille, ainsi que leurs AM et CMA, sont particulièrement concernés par les débats. La pertinence réelle des mesures et l'impact sur leur charge de travail et sur leurs patients dépendront de la mise en œuvre concrète. Mais une chose est d'ores et déjà sûre : les rôles et les responsabilités des différentes professions des soins de base devront être définis et reconnus de manière explicite. Ensuite, il s'agira de définir le cadre juridique, organisationnel et financier nécessaire au renforcement de la collaboration interprofessionnelle.

Mesure A1.3 : conditions-cadres tarifaires

Les structures tarifaires doivent être adaptées afin que les prestations de coordination qui ne cessent de croître puissent être rémunérées de manière équitable et appropriée pour l'ensemble des groupes professionnels. Faute de quoi, les efforts entrepris pour renforcer la collaboration interprofessionnelle risquent de rester lettre morte.

Le rapport spécialisé stipule que cette mesure se concentre sur la possibilité, pour les fournisseurs de prestations non-médecins, de facturer des prestations dans le cadre de conventions tarifaires. La responsabilité de cette mesure incombe à l'association des assureurs-maladie prio.swiss et à la Fédération suisse des Associations professionnelles du domaine de la santé (FSAS).

Les effets sur le corps médical restent, à ce stade, difficiles à évaluer. Le rapport spécialisé se contente de renvoyer au TARDOC qui prévoit un relèvement de la limite pour le travail « d'entourage » en l'absence du patient. (voir mesure B2.3). Les mesures de l'Agenda Soins de base devraient

toutefois permettre de faire évoluer la situation afin que les nouvelles formes de collaboration soient mieux reflétées dans les structures tarifaires. Cette évolution est d'autant plus importante que l'introduction de la nouvelle tarification ambulatoire est encadrée par des exigences strictes de neutralité des coûts et par un corridor de coûts qui limite les possibilités de développement des soins médicaux de base.

Mesure A2.1 : accès aux soins appropriés

L'accès aux soins de base doit être mieux coordonné, afin de décharger les cabinets de médecine de famille et de pédiatrie, les centrales d'appels sanitaires urgents et les services d'urgence. L'objectif est qu'à l'avenir, les patientes et les patients puissent également bénéficier, en dehors des cabinets médicaux, de conseils ou de traitements adaptés, notamment de la part de pharmaciens, d'infirmiers ou d'EPIA, de chiropraticiens, de conseillers au sein des ligues de santé, d'organisations de patients, de services parentaux ou de sages-femmes.

L'OFSP coordonne, avec les acteurs concernés, les travaux visant dans un premier temps à élaborer une matrice de compétences qui permette de répondre aux questions suivantes : quel groupe professionnel a la capacité (compétences) et l'autorisation (réglementation) de fournir quelles prestations ? Qui endosse le rôle en vue de fournir des conseils appropriés et de traiter les affections courantes du début à la fin ?

Par la suite, il s'agira de mettre en lumière les formes possibles d'organisation pour les cantons et les communes et d'identifier les obstacles juridiques et bureaucratiques. Dans ce contexte, il convient de citer aussi la mesure A3.3, dans le cadre de laquelle des réseaux visant à renforcer les soins de base dans les régions périphériques rurales sont proposés pour accroître la collaboration interprofessionnelle.

Cette mesure soulève des questions délicates pour le corps médical, car les besoins de la société deviennent de plus en plus variés. Piloter l'accès aux soins médicaux de base est très complexe et ne saurait se résumer à une simple catégorisation des patientes et des patients en trois groupes, comme le propose le rapport spécialisé. La question de savoir comment distinguer des maladies aiguës d'affections bénignes sans l'intervention d'un médecin est un défi pour l'ensemble du système. Il est indispensable que le corps médical soit impliqué dans cette question.

Dans le champ d'action A, le Conseil fédéral a priorisé les mesures suivantes :

- A1.2: garantir les soins médicaux de base en EMS (OFSP)
- A1.4: renforcer l'importance du conseil social dans les soins de base (SAGES)
- A1.5: améliorer l'implication des patients et de leurs proches (OSP)
- A2.2: améliorer l'information de la population (OSP)
- A3.3: renforcer les soins de base dans les régions périphériques rurales et les structures favorisant les échanges interprofessionnels (CDS)

Priorités du champ d'action B

Il s'agit ici de mesures visant à renforcer la formation initiale et postgrade. L'amélioration des conditions de travail et de rémunération constitue un autre levier essentiel pour favoriser le maintien des praticiens dans la profession.

Le Conseil fédéral a priorisé quatre mesures, dont trois sont déjà en cours :

- B1.1: augmenter le nombre de places d'études et examiner le *numerus clausus* en médecine humaine (mise en œuvre des motions Roduit 23.3293 et Hurni 23.3854)
- Nouveau : rapport de base « Avenir de la formation médicale » (contribution au point B1.1)
- B2.3: surveiller les répercussions de TARDOC et des forfaits ambulatoires sur les soins de base
- B2.4: charge administrative dans le système de santé

Rapport de base et places d'études

L'OFSP travaille en collaboration avec le SEFRI à la mise en œuvre des motions Roduit et Hurni. L'objectif est l'augmentation du nombre de places d'études et l'examen des conditions d'admission. L'OFSP élabore en parallèle un rapport de base « Avenir de la formation médicale » qui se concentre sur les places de formation postgrade, les diplômes étrangers et les effets possibles de la planification hospitalière et du recours accru aux soins ambulatoires.

Le corps médical considère que promouvoir la formation est une mesure indispensable qui doit faire l'objet de réflexions aussi à l'échelle des cantons. Toutefois, il est impératif de pouvoir en parallèle augmenter la capacité aussi dans la formation postgrade et proposer des places de formation postgrade attractives dans les soins de base. Même si les mesures dédiées à la formation postgrade (B1.2, B1.3) ne sont pour l'instant pas priorisées par le Conseil fédéral, elles doivent sans attendre être discutées au sein des instances compétentes. Les places de formation postgrade pour l'ambulatoire doivent être assurées par un financement structurellement ancré tandis que les cursus universitaires doivent être adaptés au futur rôle de la médecine de famille.

Réduire la charge administrative

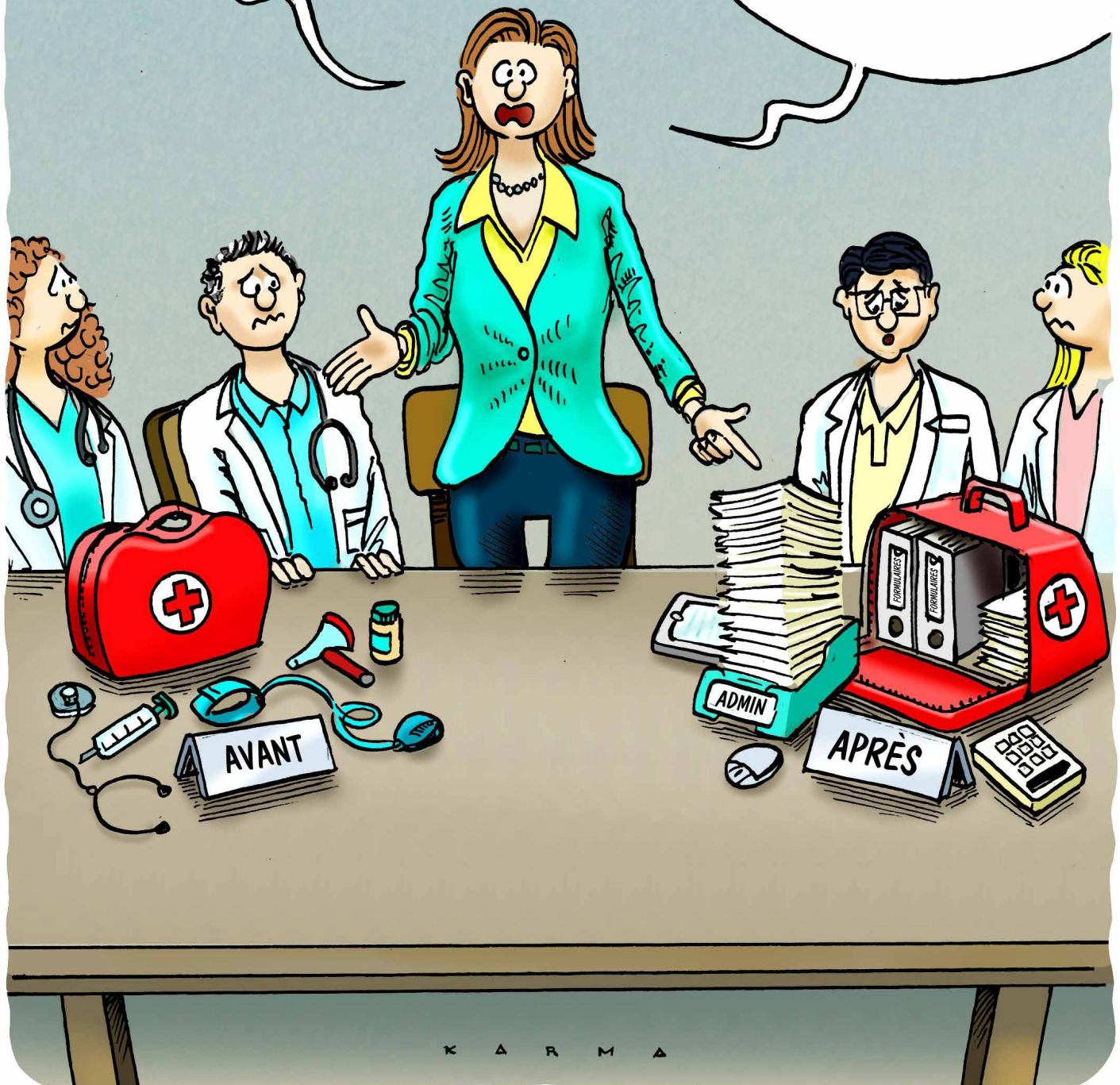
La réduction de la charge administrative est un élément central pour améliorer les conditions de travail (voir doc.be 2/2025 et 3/2026). L'OFSP a créé un groupe de travail qui permet d'en clarifier l'ampleur et les causes. La FMH, mfe, la CDS, prio.swiss, l'OSP et les expertes et experts de la science et de la recherche participent à cette entreprise. Dans un second temps, des mesures ciblées visant à réduire la charge administrative seront élaborées et mises en œuvre.

Diminuer la charge administrative est depuis longtemps l'un des chevaux de bataille du corps médical. Moins de bureaucratie signifie plus de temps consacré à la prise en charge directe des patientes et des patients. Les moyens d'atteindre cet objectif

APRÈS AVOIR BIEN
OBSERVÉ À QUOI RESSEMBLAIT
LE QUOTIDIEN DE CES MÉDECINS,
NOTRE SOCIÉTÉ A DÉCIDÉ ...

HAPPY
TOYS

... DE DONNER CETTE
NOUVELLE FORME À LA
MALETTE DE DOCTEUR QUE
LES ENFANTS ADORENT.



K A R M A

restent toutefois à définir, les travaux n'en étant qu'à leurs débuts. Néanmoins, il faut dès maintenant éviter coûte que coûte que l'inverse ne se produise et que l'Agenda Soins de base ne conduise en somme à un surcroît de travail administratif; un impératif qu'il convient de garder constamment à l'esprit en élaborant les mesures.

« Diminuer la charge administrative est depuis longtemps l'un des chevaux de bataille du corps médical. Moins de bureaucratie signifie plus de temps consacré à la prise en charge directe des patientes et des patients. »

Surveillance du TARDOC

Le nouveau système tarifaire doit permettre de mieux rémunérer les prestations de coordination fournies par les médecins de famille et les pédiatres. Les répercussions sur les soins de base feront l'objet d'un suivi. Des conclusions fiables ne pourront toutefois être tirées qu'à partir du second semestre 2027. Nous verrons alors dans quelle mesure la nouvelle structure tarifaire répond effectivement aux besoins spécifiques des soins médicaux de base.

Le corps médical considère la surveillance comme un élément indispensable à une évolution positive des tarifs. Les coûts des prestations de coordination et des prestations que fourniront les prestataires suite aux mesures définies devront être reflétés dans le calcul économique des structures tarifaires. En l'état, les besoins et les impacts financiers ont été bien trop peu pris en compte dans l'Agenda, il manque des données et des estimations importantes. Le risque est que les mesures élaborées ne puissent être mises en œuvre de manière ciblée, faute de moyens.

En résumé, nous constatons que l'Agenda Soins de base s'attaque aux principaux défis liés aux soins médicaux de base. Le renforcement de la formation initiale et postgrade ainsi que les améliorations des conditions de travail sont des mesures essentielles pour maintenir les praticiens dans la profession. Mais certains points soulèvent encore des questions. Ce qui sera décisif désormais, c'est de voir si les mesures pourront être concrétisées et bénéficieront d'un financement suffisant pour être mises en place de manière efficace. D'importants travaux restent encore à accomplir.

Violence domestique, des hommes coupables, mais aussi victimes

Texte — Nicolas Felber, responsable communication et médias de la SMCB

Image — Hôpital de l'Île

Le colloque sur la violence domestique qui a eu lieu cette année à l'Hôpital de l'Île traitait de la place de l'homme dans les relations et situations empreintes de violence, en tant que coupable, mais aussi victime. Le grand intérêt suscité par le thème a montré l'importance de traiter ce sujet de manière objective.

«Je n'avais pas vu cet amphithéâtre aussi plein depuis la pandémie de COVID-19!» C'est par ces mots que le Dr méd. Beat Lehmann, directeur ad interim de la clinique des urgences à l'Hôpital de l'Île, a entamé son allocution à l'occasion du «Colloque Violence domestique» du 11 mai dernier. En effet, l'Auditorium Ettore Rossi, qui contient 296 places assises, était complètement rempli, de nombreuses personnes étaient assises par terre ou sont restées debout. Qu'est-ce qui a donc suscité un tel intérêt? La réponse est dans l'intitulé du colloque: «Männer im Spannungsfeld zwischen Betroffenheit und Verantwortung» (violence domestique, des hommes coupables, mais aussi victimes). Pour la première fois, le rôle de l'homme dans les situations de violences n'était pas seulement abordé sous l'angle de l'auteur, mais aussi sous celui de la victime. Et c'est ce titre qui a éveillé l'intérêt de tant de personnes issues des milieux médicaux et sociaux, ainsi que du grand public. L'après-midi qui a suivi a permis d'aborder cette thématique de la violence domestique sous une perspective trop rarement évoquée dans les médias ou

au sein de la société. Le présent article retrace les principaux points à retenir de cet exposé.

Des victimes invisibles: les hommes aux urgences après avoir subi des violences domestiques et sexuelles

L'exposé suivait un fil rouge clair: le cas d'un homme se présentant aux urgences de l'Hôpital de l'Île et dont l'état laisse fort à penser qu'il est victime de violence domestique. Dr méd. Eleonora Torchetti, médecin-chef à la clinique des urgences de l'Hôpital de l'Île et Christina Rauh, infirmière médico-légale, qui dirigent ensemble la consultation pour les patients et patientes victimes de violence domestique à l'Hôpital de l'Île, se sont chargées de la première partie: quand une personne victime se présente aux urgences.

Elles ne pouvaient poursuivre sans préciser que les facteurs suivants empêchaient les professionnels de santé

de détecter et de soigner la violence domestique faite aux hommes : sensibilisation insuffisante à la thématique, honte et représentations erronées. Tandis que la stigmatisation et la honte contribuent à ce que les hommes peinent à s'exprimer franchement sur ce qui leur arrive, c'est souvent la forme de la violence qui, en plus, rend la détection par une personne tierce plus ardue. Ainsi, les hommes sont souvent exposés à des formes de violence psychologique telles que la manipulation et l'emprise. De plus, la violence sexuelle faite aux hommes n'est quasiment pas prise en compte dans la société.

Pourtant, les choses changent, lentement. L'année dernière, plus de 22 000 cas de violences domestiques ont été enregistrés par la police dans toute la Suisse, soit une augmentation de 4,2 %. Parmi les victimes, 29,8 % sont des hommes. En 2025, les urgences de l'Île ont enregistré 93 cas de violence domestique, dont 13 % concernaient des hommes. Un regard aux chiffres de 2022 où les hommes étaient victimes dans 3 % des cas permet de comprendre qu'il y a une nette hausse de la sensibilisation. La plupart des victimes ont entre 30 et 39 ans et se trouvent dans une période de vie marquée par les bouleversements, comme le fait de fonder une famille, qui peuvent nuire à la relation.

Eleonora Torchetti et Christina Rauh proposent aux professionnels de santé de suivre un processus clair en sept étapes lorsqu'il y a suspicion de violence domestique :

1. Être ouvert d'esprit est une condition essentielle. Il faut être conscient que n'importe quel être humain peut potentiellement être victime de violence domestique : les personnes atteintes de troubles, les seniors, les hommes – tout le monde court le risque de faire l'expérience de la violence. Voilà pourquoi il est indispensable que les professionnels de santé gardent les yeux bien ouverts, se débarrassent de leurs éventuels préjugés et encouragent aussi leurs collègues à être sensibles à la violence domestique.
2. En cas d'indices ou de doutes, il ne faut parler avec la victime que si elle se trouve dans un espace sûr. Cela signifie qu'il ne doit pas y avoir de personne tierce susceptible d'être l'auteur de la violence, même s'il s'agit de la personne qui accompagne la victime au cabinet médical ou aux urgences.
3. Dès que la personne est en lieu sûr et a été questionnée sur la violence domestique, il faut mener l'enquête et consigner les réponses. Ce faisant, il est de prime importance de rapporter les dires de manière fidèle et en aucun cas d'interpréter ou d'émettre un jugement de valeur. Les photographies des blessures sont aussi un élément essentiel de la documentation (lire les bonnes pratiques en matière de documentation pour la violence domestique dans le doc.be 4/2024).
4. Après les questions et la documentation vient l'heure des soins médicaux. D'un côté, il faut bien sûr soigner les blessures physiques, mais la détresse psychique mérite aussi l'attention de la personne soignante.
5. Les personnes concernées doivent être informées des suites potentielles une fois les soins prodigués. Avant tout,

il faut faire la promotion des services de conseil. De plus, il convient ensuite d'aborder le sujet du secret professionnel ou de l'obligation ou du droit de déclaration.

6. Avant de laisser retourner une victime chez elle dans une situation difficile, il faut absolument clarifier la question de la sécurité. Risque-t-elle de subir là-bas encore plus de violence ? Peut-elle potentiellement se faire du mal à elle-même ? Si la réponse à l'une de ces questions ou aux deux est oui, alors il faut prendre des mesures de protection. Ces mesures peuvent prendre plusieurs formes : hospitalisation, contact avec des maisons pour les femmes ou les hommes ou transfert dans un centre d'intervention d'urgence.
7. La planification et la mise en place des mesures d'aide doivent se faire avec délicatesse et ne jamais être imposées. Le personnel de santé peut apporter son soutien, mais ne peut agir pour la victime. À cet égard, il est judicieux d'impliquer des services et des professionnels spécialisés comme le centre interdisciplinaire pour les victimes de violence de l'Hôpital de l'Île à Berne.

« Tandis que la stigmatisation et la honte contribuent à ce que les hommes peinent à s'exprimer franchement sur ce qui leur arrive, c'est souvent la forme de la violence qui, en plus, rend la détection par une personne tierce plus ardue. »

Les types de blessures en cas de violence domestique : une comparaison par sexe

Le deuxième exposé était consacré au rôle de la radiologie. Le PD Dr méd. Thomas Ruder, médecin à la tête du service de radiologie d'urgences à l'Hôpital de l'Île, a analysé les types de blessures rencontrés dans des cas de violence domestique physique. Il était déjà intervenu en 2023 lors du colloque au cours duquel on lui avait posé la question de savoir s'il y avait des différences entre les blessures infligées aux femmes et celles infligées aux hommes. Il avait été incapable de répondre à l'époque, ce qui était un indice flagrant que l'on considérait alors bien trop peu que les hommes étaient aussi victimes. Il s'est penché sur le sujet depuis, a consulté les bases de données et a été en mesure, trois ans plus tard, de donner une réponse.

Les lésions typiques que les radiologues constatent souvent dans les cas de violence domestique sont les fractures isolées du coude, les fractures de l'auriculaire, les hématomes autour de l'œil gauche, les fractures du nez et les fractures multiples des côtes à l'arrière de la cage thoracique. La



Cette année, le colloque sur la violence domestique a suscité un intérêt énorme; en témoigne l'Auditorium Ettore Rossi qui était plein à craquer.

répartition des types de blessures est sensiblement la même chez les hommes et les femmes, chez les jeunes comme les moins jeunes : la moitié des blessures sont à la tête, un quart aux bras, un huitième au torse et un seizième au bassin et aux jambes. Toutefois, les hommes et les femmes se distinguent quand même sur un aspect. En raison de la différence de taille qui existe le plus souvent entre l'homme et la femme, les femmes subissent davantage de blessures à la tête alors que les hommes sont plutôt blessés aux bras.

Il y a aussi de grandes différences entre les deux sexes quant à la cause des blessures : chez les hommes victimes de violence, 58 % des blessures sont causées par des coups, 28 % par des coupures et des coups de couteau, 6 % par des morsures et 2 % par des véhicules (collisions ou écrasements). En revanche pour les femmes, cette proportion passe à 85 % pour les coups, à 7 % pour les chutes, 4 % pour les coupures et coups de couteau et à 1 % pour les morsures. À la lumière de ces chiffres, on peut conclure que les femmes ont plus souvent recours à des instruments ou à des armes pour blesser leur partenaire.

Thomas Ruder affirme également que les hommes victimes de violence sont en moyenne plus vieux que les femmes. Chez eux, la tranche d'âge la plus touchée en pourcentage est celle des 65 ans et plus. Le changement de mode vie suite à la retraite y est sûrement pour quelque chose.

Un groupe de victimes occulté : les hommes, la violence et le rôle de la médecine légale

Dr méd. lic. iur. Josiane Zeyer-Brunner s'est exprimée en tant que représentante de la médecine légale. Elle s'est d'abord attachée à chercher pour quelle raison les hommes victimes de violence domestique ne se manifestaient pas ou n'en parlaient pas. Les raisons sont similaires à celles des femmes : l'ignorance, les problèmes d'estime de soi, la peur de perdre le lien avec la famille ou l'insécurité financière. Pour les hommes, les obstacles les plus importants sont toutefois la honte et la peur. Ils craignent trop souvent de ne pas être crus ou de ne pouvoir

prouver cette violence. Cela peut même les conduire à ne pas se défendre lorsqu'ils la subissent. Ils craignent fortement d'être perçus comme l'agresseur s'ils se défendent.

Voilà pourquoi il est d'autant plus important que les médecins de famille et que le personnel des services d'urgences soient sensibilisés et sachent quels sont les indices révélateurs de cas de violence domestique. Les personnes concernées vont certes chercher à se faire soigner, mais ne vont pas aborder d'elles-mêmes le sujet de la violence. Pour les hommes en particulier, qui ont tendance à être encore plus réticents à parler de leur situation, il est extrêmement important que les structures médicales identifient les cas potentiels et cherchent à engager le dialogue.

De son point de vue de médecin légiste, Josiane Zeyer-Brunner a donné en plus un conseil très important au personnel de santé qui documente les cas : le degré de gravité d'une blessure est parfois jugé de manière très différente par les professionnels de santé et de la justice. Il faut en être conscient.

«La sensibilisation est certes déjà en marche, mais l'implication de tous les acteurs, de la société dans son ensemble jusqu'aux fournisseurs de prestations, reste nécessaire pour que toutes les formes de violence domestique puissent être identifiées et combattues, et que toutes les personnes concernées puissent être prises en charge.»

Point de vue de la police sur la violence domestique : des hommes coupables, mais aussi victimes

Pour entamer leur exposé, Nicole Fernandez et Matthias von Niederhäusern de la Police cantonale bernoise ont posé le constat que les victimes de violence étaient dans l'immense majorité des cas des femmes. Mais le fait divers très médiatisé survenu dans l'Oberland bernois, qui impliquait une femme ayant tué son conjoint à coups de batte de baseball, a montré au public que la violence domestique n'était pas l'apanage d'un seul sexe. Voilà pourquoi il ne faut pas considérer une situation d'un seul point de vue, mais juger les faits en veillant constamment à rester objectif. Des mythes tels que « les hommes savent se défendre » ou « seules les femmes sont victimes de violence domestique » ou encore « la violence psychologique n'est pas si grave » couraient malheureusement aussi dans les rangs de la police. Mais cela a déjà changé et la sensibilisation est en marche, également en raison des

changements sociétaux. La société tout comme la police ont tiré des leçons et les hommes sont aujourd'hui plus souvent reconnus comme victimes.

Dans les faits, 27 % des victimes de violences domestiques enregistrées par la police sont des hommes, une tendance en hausse. La violence est souvent marquée par une connotation sociale. Elle englobe des actes tels que l'isolement, les restrictions de liberté, la manipulation de l'entourage, les mensonges et les histoires fausses. Malheureusement, beaucoup de personnes ne considèrent pas la violence sociale comme un aspect de la violence domestique. Cette banalisation de la violence sociale est un problème de société, car elle empêche de nombreuses victimes de faire changer les choses. Or, même l'arrêt 2C_915/2019 du Tribunal fédéral précise que la violence psychologique, dont fait partie la violence sociale, est bel et bien considérée comme de la violence domestique. L'un des principaux problèmes rencontrés par la police dans le traitement des cas réside dans le fait qu'il s'agit souvent d'infractions commises « entre quatre yeux », où c'est parole contre parole. C'est notamment dans les cas de violence sociale et psychologique qu'il est très difficile de recueillir des preuves.

À la fin de leur exposé, les intervenants de la Police cantonale bernoise ont souligné qu'ils ne luttaient pas seuls contre la violence domestique : cette lutte s'inscrit dans le cadre d'une large alliance regroupant des services de conseil, le canton, l'Autorité de protection de l'enfant et de l'adulte (APEA), le système de santé, le secteur de l'éducation et la société civile. Ensemble, il faut continuer à s'engager résolument en faveur de la sensibilisation, de l'identification et de l'information.

Cet appel est représentatif du message général de l'ensemble de la manifestation : la sensibilisation est certes déjà en marche, mais l'implication de tous les acteurs, de la société dans son ensemble jusqu'aux fournisseurs de prestations, reste nécessaire pour que toutes les formes de violence domestique puissent être identifiées et combattues, et que toutes les personnes concernées puissent être prises en charge.



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

Genossenschaft

**Weniger Bürokratie.
Mehr Sicherheit im Praxisalltag.**

Als Ärztin oder Arzt tragen Sie viel Verantwortung –
wir entlasten Sie administrativ.


 Mehr erfahren:
[aerztekasse.ch/angebotsuebersicht/
dienstleistungen/](https://aerztekasse.ch/angebotsuebersicht/dienstleistungen/)

**Suivez la SMCB
sur LinkedIn et
partagez votre avis.**



vers le profil LinkedIn :



**Das Labor
an Ihrer
Seite.**

 **medics**
schnell. exakt. praxisnah.

«Le principe «soigner plutôt que guérir» devrait guider les soins prodigués en fin de vie»

Texte — Nicolas Felber, responsable communication et médias de la SMCB

Image — mäd

Le Prof. Dr méd. Steffen Eychmüller a été élu « Teacher of the Year 2025 » par les étudiants de la Faculté de médecine de l'Université de Berne. Dans un entretien accordé à doc.be, il a évoqué l'état actuel de la médecine palliative en Suisse et a souligné la nécessité d'un changement des mentalités en ce qui concerne la fin de vie.

Professeur Eychmüller, vous avez reçu le prix «Teacher of the Year 2025» de la part de vos étudiants de master. Qu'avez-vous alors ressenti ?

Pour un enseignant, il n'y a pas de plus grande distinction que de recevoir de tels éloges de la part de ses étudiants. C'est un immense honneur pour moi.

Qu'est-ce qui rend votre enseignement si apprécié des étudiants ?

D'une part, on me dit régulièrement que mon engagement est palpable et que je suis accessible. D'autre part, le fait que je m'investisse corps et âme dans un sujet très difficile est manifestement apprécié. Il est parfois difficile de faire comprendre qu'en médecine, on n'arrive pas toujours à prolonger la vie. C'est une illusion totale de croire que nous célébrons sans cesse des succès en médecine. Voilà pourquoi je tiens à enseigner comment faire face à la réalité. Tout le monde doit mourir un jour, et nous, les médecins, y sommes souvent confrontés sans pouvoir y faire grand-chose.

Quelles qualités avez-vous particulièrement appréciées chez vos professeurs lorsque vous étiez étudiant ?

L'enthousiasme pour la discipline et pour l'enseignement, que j'essaie moi-même de transmettre, me marquait déjà pendant mes propres études. J'ai eu la chance de côtoyer différents enseignants qui faisaient montre d'une grande passion pour leur matière.

Qu'attendez-vous de l'avenir pour les études de médecine ? Voyez-vous des moyens d'améliorer les choses ?

Il est essentiel, non seulement pour les études, mais aussi pour l'avenir professionnel des étudiants, d'encourager l'interaction. Comment communiquons-nous entre nous, comment travaillons-nous en équipe ? L'interprofessionnalité est un enjeu d'avenir extrêmement important qui doit être intégré au cursus. De nos jours, il n'est plus nécessaire d'apprendre des « pavés » par cœur, ce qui permet de disposer de

temps pour développer des compétences en matière d'interaction.

Voyez-vous une manière spécifique de mettre en œuvre cette interaction en médecine palliative ou dans le cursus correspondant ?

Il faut absolument adopter davantage le point de vue de la population en général et des soins de base. L'enseignement se déroule souvent à un niveau très académique, axé sur la recherche, qui ne correspond absolument pas aux besoins, aux enjeux et aux problèmes de la population ou des praticiens généralistes. L'accent mis sur la médecine de pointe doit être complété par une approche axée sur la médecine interactionnelle et relationnelle. Cette dernière devrait même passer au premier plan. Les soins de proximité doivent être systématiquement encouragés.

«Le fait que les soins palliatifs permettent non seulement de réaliser des économies lors du dernier séjour à l'hôpital, mais aussi d'améliorer la satisfaction des patients, plaide clairement en faveur de leur mise en œuvre.»

La perception de la médecine palliative au sein de la société est-elle en train d'évoluer ?

Chez les personnes âgées, la prise de conscience est plus forte, oui. De nos jours, on demande même de plus en plus souvent explicitement à bénéficier de soins palliatifs en cas de maladie grave. Pour une grande partie de la population, les soins palliatifs restent toutefois synonymes de « mort ». Nous nous efforçons de sensibiliser la population au thème de la « fin de vie ». Car il s'agit là d'un enjeu de société et non d'une question médicale. Dès l'école, nous apprenons beaucoup de choses pour nous préparer au début et au milieu de la vie, mais presque aucune place n'est accordée à la fin de vie. Cela se reflète également dans la recherche : les projets consacrés à la fin de vie ne reçoivent pratiquement jamais de financements ni de distinctions. Le sujet de la fin de vie est malheureusement négligé par l'ensemble de la société. Voilà pourquoi nous essayons, depuis l'université, de le faire connaître au grand public. À cette fin, notre semaine d'action « endlich. menschlich. » (enfin.humain.) aura lieu à nouveau à la fin du mois d'octobre 2026 (voir encadré).

La sensibilisation joue-t-elle donc un rôle important pour les soins palliatifs ?

Absolument ! Qu'il s'agisse d'un responsable politique, d'un membre du corps médical ou d'une tierce personne neutre, le fait de vivre personnellement une prise en charge palliative dans son propre entourage et de se mettre à la place de la personne soignée peut profondément transformer la perception

qu'on en a. Dès lors que l'on a accompagné quelqu'un en fin de vie, on prend conscience de ce qui a vraiment de la valeur dans cette situation. Ce n'est pas la médecine de pointe, mais la médecine humaine. Par conséquent, il importe non seulement que nous enseignions cette approche à nos étudiants, mais aussi que nous, en tant que professionnels, cherchions sans cesse à échanger à ce propos entre nous. Nous devons parler ouvertement et en toute transparence des traitements qui sont encore efficaces, nécessaires et, surtout, dans l'intérêt des personnes soignées. Le principe « soigner plutôt que guérir » devrait guider les soins prodigués en fin de vie. Cela a non seulement un impact positif sur le bien-être des patients, mais aussi sur l'aspect financier. Une publication en cours d'élaboration examine comment évoluent les coûts du dernier séjour à l'hôpital d'une personne en fin de vie lorsque l'on opte pour une approche de soins palliatifs : à résultat égal, il est possible d'économiser jusqu'à deux tiers des coûts. L'objectif n'est en aucun cas de priver les patients de traitements. Le fait que les soins palliatifs permettent non seulement de réaliser des économies lors du dernier séjour à l'hôpital, mais aussi d'améliorer la satisfaction des patients, plaide clairement en faveur de leur mise en œuvre.

Comment évaluez-vous la situation politique en matière de soins palliatifs, notamment suite à la motion fédérale 20.4264 « Pour un financement adéquat des soins palliatifs » ?

J'ai eu le privilège de faire partie du groupe d'experts parlementaires sollicité. Les questions fondamentales sont les suivantes : « À quoi consacrons-nous l'argent en fin de vie ? » et « Quelle est la qualité des indications justifiant les mesures médicales au cours des dernières semaines de vie ? ». Beaucoup de gens évitent soigneusement ces questions et veulent tout simplement tout. Chaque mesure, chaque thérapie, chaque traitement, chaque médicament. Or, si l'on discutait suffisamment tôt, premièrement, des données existantes concernant l'utilité réelle des mesures choisies et, deuxièmement, de la question de savoir qui bénéficie réellement de ces mesures ou quel bénéfice est souhaité par la personne malade, on constaterait que les personnes en fin de vie n'ont souvent « plus que » des objectifs fonctionnels, que les traitements ignorent.

Prenons un exemple : un homme âgé souhaite pouvoir passer ses derniers jours dans sa petite maison de campagne. Pour cela, il doit impérativement être capable de monter dix marches. C'est là son objectif fonctionnel. Or, on parle bien trop peu de ces objectifs fondamentaux et mesurables ! Les soins concordants avec les objectifs du patient sont désormais pratiqués dans le monde entier. Ils sont sous-tendus par l'idée fondamentale suivante : « Quelles mesures médicales devons-nous mettre en œuvre pour atteindre au mieux les objectifs fonctionnels définis ? ». En évaluant en permanence ce processus, en suivant les progrès et en échangeant au sein du réseau de soins, on peut éviter un surtraitement inutile. Non seulement cela est plus agréable pour les personnes concernées, mais ce processus permet également de réaliser d'importantes économies, car les dernières semaines de vie sont toujours les plus coûteuses. Il ne faut toutefois pas en déduire à tort que les traitements doivent être refusés. L'objectif est que les traitements soient clairement adaptés aux besoins fonctionnels des personnes concernées.



Le 7 mars 2026, le Prof. Dr méd. Steffen Eychmüller a été désigné «Teacher of the Year 2025».

Comment avez-vous présenté ces arguments aux responsables politiques ?

Lorsque je les ai exposés, les responsables politiques ont d'abord été pris de vertiges. Ce genre de discussions peut en effet nuire à l'industrie. Le fait de renoncer délibérément à recourir à des thérapies ou à des robots très coûteux peut choquer, mais là encore, le dialogue ouvert revêt une importance capitale. Je rencontre souvent des spécialistes brillants et je discute précisément de ce sujet avec eux. Lorsque nous centrons la discussion sur les objectifs individuels définis par le patient et sur la manière la plus efficace de les atteindre, nous parvenons presque toujours à un consensus. Si l'on optait par exemple pour la variante la plus intensive en termes de mesures, la personne concernée passerait le reste de sa vie à l'hôpital, alors que des soins concordants avec les objectifs du patient pourraient lui permettre de rentrer chez lui ou d'aller dans un EMS. Nous devons mener ce type de discussion de manière beaucoup plus systématique. Les débats sur le financement peuvent servir de point de départ à cet égard. En tant que société, pour quoi souhaitons-nous encore dépenser de l'argent dans le domaine des soins de santé en fin de vie ?

La Suisse est-elle à la traîne par rapport aux autres pays ?

Oui. On sait depuis longtemps, sur la base de données probantes, que la prise de décision partagée, axée sur les objectifs individuels des patients, offre le plus grand bénéfice sur les plans tant qualitatif que financier. En Suisse, nous ne le faisons tout simplement pas assez. Cet échange direct entre les personnes concernées, leurs proches et les professionnels de santé est indispensable. À mon avis, la Suisse est à la traîne sur cette question, car il y a énormément d'argent en jeu dans le système. Le luxe de la disponibilité dont on bénéficie dans ce pays alimente des attentes irréalistes vis-à-vis de la médecine.

Le sujet des soins palliatifs est difficile à aborder. Quels conseils donneriez-vous pour cela ?

J'ai deux suggestions. La première concerne l'organisation individuelle des études en soi. Tous les étudiants en médecine devraient passer une semaine dans un service de soins palliatifs dès leur première année. Cela serait essentiel pour relativiser leurs attentes vis-à-vis de la médecine. Beaucoup de choses ne sont tout simplement pas possibles. Il faut encourager la modestie le plus tôt possible.

Mon second conseil serait d'avoir clairement conscience de la différence entre pitié et compassion. Si nous essayons d'accompagner une situation en éprouvant de la pitié, en nous impliquant émotionnellement et en faisant preuve d'empathie, nos batteries se vident en un rien de temps. Traiter ainsi un patient peut être très émouvant, mais c'est aussi très épuisant. L'empathie est d'une importance capitale en soins palliatifs, mais il ne faut pas pour autant se négliger soi-même. Nous accompagnons les patients à la fin de leur vie, mais nous ne pouvons pas faire le chemin à leur place.

Semaine d'action

«endlich.menschlich.» 2026

Le festival urbain «endlich.menschlich.» (enfin.humain.) place le thème de la fin de vie au cœur de la ville, dans la conscience collective et au centre des échanges entre jeunes et moins jeunes. À l'automne 2026, Berne se transformera à nouveau en un espace vivant dédié aux rencontres, à l'art et aux échanges. Sous la devise «Das Lebensende macht Schule – vom Anfang bis zum Ende» (La fin de vie fait école – du début à la fin), ce festival urbain vise à donner aux enfants, aux jeunes et aux adultes la possibilité d'aborder la fin de vie de manière créative, courageuse et réaliste.



Prof. Dr méd. Steffen Eychmüller

Steffen Eychmüller a fait ses études de médecine de 1981 à 1987 à l'Université de la Sarre à Homburg. En 1988, il a obtenu son autorisation d'exercer la médecine et a soutenu sa thèse de doctorat dans la même université, sur le thème du cancer colorectal. Il a effectué plusieurs stages de perfectionnement en Australie et aux États-Unis avant d'obtenir, en 1997, le titre de spécialiste en médecine interne, en 2001, l'attestation de formation complémentaire FMH en médecine psychosomatique et, enfin, en 2003, un master en pédagogie médicale. À partir de 2006, Steffen Eychmüller a occupé le poste de médecin-chef au centre de soins palliatifs de l'hôpital cantonal de Saint-Gall et s'est engagé au sein de divers comités nationaux en faveur d'une approche tournée vers l'avenir des soins palliatifs.

Depuis février 2012, Steffen Eychmüller travaille à l'Hôpital de l'Île et, en 2016, il a été nommé professeur titulaire d'une chaire financée par une fondation en soins palliatifs. Ses recherches portent principalement sur la planification préalable des soins de santé, l'accompagnement des personnes en fin de vie et la fin de vie dans la société.

Pourquoi une bonne formation postgrade prend du temps – et ce que fait l'ASMAC Berne en ce sens

Texte — Dr méd. Rahel Gasser, co-présidente de l'ASMAC Berne

Charge administrative, manque de temps, périodes d'apprentissage fragmentées: les débuts professionnels des jeunes médecins sont plus exigeants qu'il n'y paraît de l'extérieur. L'ASMAC Berne s'engage pour que la formation postgrade ne soit pas reléguée au second plan – grâce au modèle 42+4, à des services de conseil et à son engagement politique.

Il est 16 heures. La formation postgrade commence dans une demi-heure. Noah, médecin-assistant, aimerait discuter au préalable avec sa médecin-chef de deux questions en suspens concernant les médicaments prescrits à la sortie de l'hôpital. Mais la médecin-chef est occupée, la discussion devra attendre.

La journée de travail de Noah a commencé tôt. Bien que son rapport du matin ne commence qu'à 8 heures, il était déjà devant son ordinateur à 6 h 45, préparant la tournée des malades et parcourant les dossiers médicaux. Aujourd'hui, il s'occupe de douze patients. Cinq d'entre eux ont été admis en urgence, cinq autres doivent sortir. Cela fait six semaines que Noah travaille dans un service de médecine interne; c'est son premier poste de médecin-assistant. Il connaît désormais bien les rouages du service, mais la pression reste forte.

Lorsqu'il revient de sa formation postgrade à 17 h 15, il rattrape l'entretien avec la médecin-chef. Mais à peine sont-ils assis face à face qu'une infirmière l'interpelle: les proches d'un patient souhaitent être informés de l'évolution de son état de santé. Parallèlement, plusieurs rapports de sortie sont encore en attente. Noah sait déjà qu'aujourd'hui encore, il ne rentrera guère avant 19 heures.

Qui sommes-nous ?

ASMAC. Ce nom suscite souvent des interrogations. Pourtant, les choses sont en réalité très simples. L'abréviation signifie «Association suisse des médecins-assistant·e·s et chef·fe·s de clinique». La section bernoise compte plus de 3800 membres. Nous nous engageons en faveur de bonnes conditions de travail, de la formation postgrade et de la conciliation entre vie professionnelle et vie privée. De plus, nous conseillons nos membres avec compétence sur les questions juridiques et sommes le point de contact pour les jeunes médecins-assistant·e·s et chef·fe·s de clinique du canton de Berne.

Quand les médecins passent plus de temps à s'acquitter de tâches administratives qu'à apprendre

Noah est un personnage fictif. Mais son exemple illustre la situation de nombreux médecins-assistants en début de carrière : une fois l'examen fédéral en poche, ils assument très rapidement de grandes responsabilités – vis-à-vis des patients, dans la prise de décisions médicales et souvent aussi dans la coordination entre les différentes professions.

En parallèle, ils sont confrontés à des défis qui n'ont qu'indirectement à voir avec la médecine. Les tâches administratives occupent une part de plus en plus importante dans leur quotidien professionnel. Les demandes des assurances, les rapports, les formulaires, les inscriptions en réadaptation ou la documentation accaparent du temps qui devrait en principe être consacré aux patients ou à la formation postgrade.

S'y ajoutent fréquemment des systèmes informatiques complexes et hétérogènes. De nombreux hôpitaux utilisent des logiciels différents, qui changent régulièrement. Qui change de poste – ce qui est courant pendant la formation postgrade – doit se familiariser avec un tout nouvel environnement, souvent selon le principe *learning by doing*. Il n'y a pas d'introduction structurée, alors qu'on attend en même temps des nouveaux collaborateurs qu'ils soient rapidement opérationnels.

Cela crée un conflit particulièrement pesant pour les jeunes médecins : d'un côté, ils sont censés acquérir des connaissances médicales et se perfectionner ; de l'autre, ils consacrent une part considérable de leur temps de travail à des tâches organisationnelles ou administratives. Le sentiment de ne pas être à la hauteur des attentes est donc très répandu, même si les causes sont souvent d'ordre systémique.

C'est précisément là qu'intervient l'ASMAC Berne. En tant que plus grande association professionnelle des médecins employés du canton – forte d'environ 3800 membres –, nous nous engageons en faveur de conditions de travail adaptées à notre époque et d'une formation postgrade de qualité : nous négocions des conventions collectives de travail, apportons notre conseil en matière de planification des services et d'horaires de travail, proposons une assistance juridique gratuite et faisons valoir les préoccupations des jeunes médecins dans le domaine de la politique de santé.

La formation postgrade n'est pas un luxe

Les médecins-assistants sont des médecins en formation postgrade. L'obtention d'un titre de médecin spécialiste ne se fait pas en parallèle, mais constitue un élément central de leur activité professionnelle. Voilà pourquoi notre association s'engage depuis des années en faveur d'une formation postgrade de grande qualité. Une bonne formation postgrade ne se limite pas à quelques séminaires. Elle comprend une

supervision structurée, des discussions régulières de cas, un enseignement intégré au quotidien clinique et suffisamment de temps pour les échanges professionnels.

Or, ce sont précisément ces éléments qui sont de plus en plus mis à mal. Les supérieurs hiérarchiques sont eux-mêmes soumis à une pression énorme. Il reste souvent trop peu de temps pour les entretiens pédagogiques ou les analyses communes de cas. Les jeunes médecins doivent rester dans l'attente et dans l'incertitude, alors que la supervision directe serait justement l'une des formes d'apprentissage les plus importantes dans le quotidien hospitalier.

C'est la raison pour laquelle nous demandons que la formation postgrade ne soit pas considérée comme une prestation supplémentaire facultative, mais comme une composante à part entière du travail médical. Au final, ce ne sont pas seulement les médecins qui en bénéficient, mais surtout les patients.

Pourquoi le modèle 42+4 va au-delà d'un simple débat sur le temps de travail

Dans ce contexte, le modèle 42+4 prend de plus en plus d'importance. En collaboration avec l'ASMAC Suisse, nous nous engageons pour que les médecins-assistants consacrent en moyenne 42 heures par semaine au maximum aux soins des patients et bénéficient en outre d'au moins quatre heures de formation postgrade structurée. Ces quatre heures doivent être enregistrées séparément afin que la formation postgrade ne soit pas noyée dans le quotidien clinique, mais qu'il soit possible de voir et de vérifier qu'elle fasse bien partie du temps de travail. Car seul ce qui est documenté peut ensuite être revendiqué. Ainsi, le temps consacré à la formation postgrade est protégé contre le risque de passer en premier à la trappe en cas de pénurie de personnel ou de pression administrative. L'objectif n'est pas de réduire l'engagement, mais de mettre en place un meilleur cadre pour une médecine de grande qualité.

Le débat autour du modèle 42+4 est parfois ramené à la seule question du temps de travail. En réalité, il va bien au-delà : il s'agit de reconnaître que la formation postgrade prend du temps, de garantir le respect du droit du travail, de préserver la santé des collaborateurs et d'assurer à long terme la qualité des soins médicaux. Nous sommes convaincus que des médecins reposés et bien formés fournissent un meilleur travail et restent plus longtemps dans la profession.

Ce dernier point revêt une importance capitale, notamment au vu de la pénurie de personnel qualifié. Trop de jeunes confrères et consœurs quittent le secteur hospitalier, voire la profession dans son ensemble, car ils considèrent que les conditions de travail sont trop pénibles à long terme. Si l'on veut retenir les bons éléments, il faut leur offrir des perspectives.

Fermetures d'hôpitaux et perte de lieux de formation

Les restructurations et les fermetures d'hôpitaux engendrent des difficultés supplémentaires. Pour la population, ce sont souvent les questions d'accessibilité ou de coûts qui priment. Pour les médecins, cependant, c'est autre chose qui se perd : les postes de formation postgrade.

Chaque établissement de formation postgrade est un lieu d'apprentissage. Lorsque des sites ferment ou que des services sont fusionnés, le nombre de places de formation disponibles diminue souvent. Cela complique non seulement les parcours professionnels individuels, mais peut également nuire à long terme à la formation postgrade de la relève médicale. Le maintien de postes de formation postgrade de grande qualité est donc l'une de nos préoccupations majeures. La formation postgrade ne doit pas être reléguée au second plan dans le cadre des réformes de la politique de santé.

La médecine plutôt que la bureaucratie

Les revendications de l'ASM MAC Berne et de l'ASM MAC Suisse peuvent être résumées comme suit : les médecins doivent pouvoir consacrer autant que possible leur temps de travail là où il est le plus utile, c'est-à-dire à leur perfectionnement professionnel et aux patients.

Pour y parvenir, il faut moins de bureaucratie, des processus plus efficaces, des systèmes informatiques performants et une planification du travail fiable. Il faut suffisamment de temps pour la supervision et l'enseignement. Et il faut des conditions de travail qui permettent d'exercer la profession de médecin à long terme avec motivation et souci de la qualité.

Si l'on veut garantir la qualité des soins aux patients de demain, il faut renforcer dès aujourd'hui la formation postgrade des médecins et créer un cadre dans lequel la médecine ait à nouveau préséance sur la bureaucratie.

Demandez à MedMate

MedMate est l'assistant numérique de l'ASM MAC Berne. Il aide les médecins à trouver des réponses à leurs questions concernant les conditions de travail, la formation postgrade, la planification du travail et bien d'autres thèmes liés au quotidien professionnel. Rapide-ment, simplement et 24 heures sur 24. Vous trouverez MedMate sur vsao-bern.ch.

« La formation postgrade doit être reconnue comme temps de travail. »

Entretien avec Patrick Thalmann, membre du comité & conseiller en planning du personnel de l'ASM MAC Berne

ASM MAC Berne : Patrick, l'ASM MAC s'engage depuis des années en faveur du modèle 42+4. Pourquoi ce sujet est-il si central ?

Patrick Thalmann : Les médecins-assistants ne travaillent pas seulement à l'hôpital, mais suivent en parallèle leur formation postgrade de spécialiste. Leur salaire est basé sur 42 heures de travail par semaine consacrées aux soins des patients. Il faut en outre prévoir du temps pour la formation postgrade. C'est exactement ce dont il est question avec le modèle 42+4.

Quels sont pour toi les plus grands défis aujourd'hui ?

La formation postgrade a bien lieu, mais elle n'est souvent pas enregistrée de manière systématique. Une grande partie se déroule au quotidien : lors des discussions de cas, des visites ou des sessions de formation dispensées par les supérieurs hiérarchiques. Mais après coup, il n'est pas rare que plus personne ne sache exactement combien de temps a été consacré effectivement à cette formation postgrade. Un autre problème réside dans la gestion souvent incorrecte des heures supplémentaires.

Qu'entends-tu par-là ?

Les heures supplémentaires devraient être compensées intégralement par du temps libre de même durée. Dans les outils de planification actuels (PEP), les heures supplémentaires sont pour ainsi dire « grignotées » par des heures négatives liées à la planification. Ce n'est pas correct et cela fausse le débat, en particulier lorsqu'il est question du coût du modèle 42+4.

Le canton de Berne est-il prêt pour le modèle 42+4 ?

Le débat prend de plus en plus d'importance. Au final, tout le monde y gagne : les médecins, les hôpitaux et surtout les patients. Une bonne formation postgrade améliore la qualité des soins médicaux. C'est pourquoi il est également dans l'intérêt des employeurs que la formation postgrade n'ait pas simplement lieu, mais qu'elle soit ancrée structurellement et saisie comme il faut.

Quel est ton message principal ?

Nous autres médecins aimons notre métier, mais pas nos conditions de travail. Une application correcte du droit du travail devrait également être possible dans notre profession. La formation postgrade n'est pas un luxe, mais fait partie intégrante du métier. Le modèle 42+4 constitue à cet égard un pas important dans la bonne direction.

« Un bon enseignement consiste à tirer parti des situations cliniques quotidiennes pour transmettre et consolider les connaissances, l'expérience et les compétences. »

Entretien avec Nora Bienz, ancienne présidente et membre du comité de l'ASMAC Berne, ressort formation

ASMAC Berne: Nora, de nombreux médecins associent l'enseignement à des séminaires de formation postgrade. S'agit-il d'un malentendu ?

Nora Bienz: Je pense que oui. L'enseignement ne doit pas nécessairement durer une heure. Souvent, quelques minutes suffisent: une brève explication, une question ciblée, attirer l'attention sur un ensemble spécifique de signes et de symptômes, ou un retour constructif après la prise en charge d'un patient. L'effet d'apprentissage est ici bien plus important que lors d'un cours magistral.

Qu'est-ce qui nuit le plus souvent à un enseignement de qualité ?

Le manque de temps et la foultitude de choses à faire en même temps. Lorsque le service est complet et que des tâches administratives attendent, la formation postgrade est rapidement reportée à plus tard. Le problème, c'est que ce « plus tard » se mue souvent en un « jamais ».

Que peut-on faire concrètement ?

Souvent, de petits changements suffisent. Par exemple, prévoir délibérément du temps pour un check-in le matin et un check-out le soir, ou profiter de la discussion de cas de patients pour dispenser un bref enseignement. La formation postgrade ne doit pas nécessairement se dérouler dans une salle de séminaire. De nombreuses occasions d'apprentissage de qualité se présentent directement au chevet du patient.

L'ASMAC Berne a même lancé son propre projet à cet effet.

C'est exact. Au sein du département Formation, nous nous consacrons intensément à la formation en situation de travail. L'un de nos axes prioritaires est le développement d'outils et de méthodes pratiques pour le microenseignement. L'idée est de regrouper des approches qui ont fait leurs preuves et de les rendre aussi accessibles que possible.

Quel est votre message principal ?

La formation postgrade ne se déroule pas en premier lieu en amphithéâtre, mais dans l'idéal au chevet du patient pour être plus efficace. Ce sont souvent les petites périodes d'enseignement qui restent le plus longtemps en mémoire.

« Nombre de problèmes peuvent être résolus avant de devenir critiques. »

Entretien avec Janine Junker, directrice de l'ASMAC Berne

ASMAC Berne: Janine, quel rôle joue notre service de conseil juridique pour les membres de l'ASMAC Berne ?

Janine Junker: Le service de conseil juridique fait partie des prestations les plus importantes qu'offre l'ASMAC Berne et est fort sollicité par nos membres. Souvent, une brève consultation permet d'y voir plus clair, de définir la marche à suivre et de présenter les options possibles. Nos membres peuvent bénéficier gratuitement de ce soutien.

Quels sont les principaux sujets de préoccupation des médecins ?

Les questions relatives aux certificats de travail, aux licenciements, au droit à la formation postgrade ou à l'application du droit du travail sont les plus fréquentes. Les vacances et les heures supplémentaires font également souvent l'objet de discussions.

Quand faut-il s'adresser à vous ?

Idéalement, le plus tôt possible. Beaucoup de nos membres ne nous contactent qu'une fois que le conflit a déjà pris de l'ampleur. Or, nombre de problèmes pourraient être évités si l'on demandait conseil à temps, par exemple avant de signer un contrat ou en cas d'ambiguïtés concernant la planification du travail.

Pourquoi la visibilité revêt-elle une grande importance pour l'ASMAC Berne ?

Il nous importe que les membres sachent qu'ils peuvent compter sur nous. Lorsque les mêmes questions reviennent, nous identifions des tendances. Nous intégrons ces expériences dans notre travail politique, dans nos négociations et dans notre communication. Cela nous permet non seulement de soutenir chaque membre individuellement, mais aussi d'initier des améliorations structurelles.

Un dernier mot pour nos membres ?

Personne n'est obligé de résoudre seul des problèmes relevant du droit du travail. C'est précisément pour cela que l'ASMAC Berne existe. Nous sommes là pour apporter notre soutien et proposer des solutions – de manière simple, confidentielle et concrète.



Dr méd.
Matthias Scheidegger

Matthias Scheidegger a obtenu son diplôme de médecine à l'Université de Berne en 1992, puis s'est spécialisé en gynécologie et en obstétrique. Il a notamment exercé pendant deux ans en tant que médecin-chef à Lugano avant de revenir délibérément dans l'Emmental, où il a grandi. Après vingt-cinq années passées à l'hôpital de l'Emmental, d'abord en tant que médecin-chef de la clinique gynécologique, il assume aujourd'hui, en tant que directeur médical, une partie des responsabilités inhérentes à l'hôpital. En 2025, son service a reçu le Prix Viktor récompensant le «service de maternité le plus accueillant». Matthias Scheidegger vit avec sa famille à Berthoud; père de trois enfants adultes, il aime passer son temps libre avec sa famille et son chien, ainsi que sur son vélo.

Comité de la SMCB

À la rencontre du Comité directeur de la SMCB

Le comité central de la Société des Médecins du Canton de Berne réunit les représentantes et représentants des cercles médicaux de toutes les régions du canton. À travers cette série d'entretiens, nous vous invitons à faire leur connaissance.

Matthias Scheidegger, depuis combien de temps faites-vous partie du comité de la SMCB et quel Cercle Médical représentez-vous ?

J'ai été élu au comité de la SMCB au printemps 2024, où je représente le Cercle Médical Emmental.

Qu'est-ce qui vous a poussé à vous porter candidat au comité de la SMCB ? Était-ce l'un de vos objectifs de longue date ?

C'est la volonté de la Direction de la santé, des affaires sociales et de l'intégration du canton de Berne (DSSI) de mettre en œuvre le modèle régional 4+, élaboré par PwC, qui m'a incité à m'engager en faveur de l'Emmental. Ces dernières années, l'Emmental n'a pas toujours roulé sur l'or. De même, la collaboration au sein des instances n'a pas toujours été optimale. Pour ces raisons, et fort de ma longue expérience en tant que médecin-chef et directeur médical (CMO) de l'hôpital de l'Emmental, je souhaitais assumer des responsabilités dans l'intérêt de l'Emmental, afin qu'il occupe la place qu'il mérite, ce qui n'a malheureusement pas souvent été le cas par le passé.

Quelles étaient vos préoccupations lorsque vous avez rejoint le comité de la SMCB ?

Ma principale préoccupation était de représenter l'Emmental. J'ai par ailleurs constaté que, ces dernières années, le fossé entre les médecins généralistes et les spécialistes n'a cessé de se creuser. À mon sens, une scission menace de se produire, qui, si l'on ne fait pas preuve de prudence et de respect les uns envers les autres, pourrait conduire à une rupture au sein du corps médical. Il me tient particulièrement à cœur de faire montre de compréhension envers l'autre partie et de contribuer à améliorer la communication entre nous.

Quels sont les thèmes qui vous occupent le plus dans votre activité de politique professionnelle ?

Outre les thèmes susmentionnés, la garantie des soins médicaux de base est clairement l'une de mes principales préoccupations. Là aussi, un grand changement s'annonce. En raison de la pénurie de personnel qualifié et de la féminisation de la médecine, les soins de base ne seront plus les mêmes d'ici cinq à dix ans. Apporter ma pierre à l'édifice et trouver des pistes pour de nouveaux modèles de prise en charge est pour moi une grande source de motivation. Je me considère ici comme un maillon essentiel entre le Cercle Médical, les hôpitaux et la SMCB.

Quels sont vos objectifs pour le mandat en cours ?

Le projet pilote de service d'urgence assuré par les médecins de famille, porté par la DSSI et la SMCB, créé en étroite collaboration avec les Cercles Médicaux participants, est passé, dans l'Emmental, d'une solution provisoire à un dispositif permanent. Il existe des synergies avec les hôpitaux qui peuvent alléger la charge de travail des deux groupes professionnels. L'objectif pour le mandat en cours est de trouver un moyen d'exploiter ces synergies de manière judicieuse.

Quels sont vos souhaits pour l'avenir du système de santé du canton de Berne ?

En tant que médecins, nous avons le privilège de pouvoir exercer notre métier. Il est rare de trouver une profession dans laquelle on se pose aussi peu la question du sens que celle de médecin. De plus, nous bénéficions d'une grande reconnaissance et recevons de nombreux retours positifs, ce qui n'est le cas que dans fort peu de professions. En outre, le corps médical peut compter sur une situation financière confortable. Il ne s'agit pas de comparer qui a plus et qui a moins. L'humilité et la modestie sont des qualités qui siérait parfois aux médecins. Nous savons tous que le système de santé, en Suisse et dans le canton de Berne, est confronté à d'énormes défis. Mon souhait est que la communication au sein des différentes institutions soit organisée de sorte que l'on ne se perçoive pas comme des adversaires, mais comme des partenaires, et que l'on puisse œuvrer ensemble à la construction de l'avenir.

Texte — Dr. med. Matthias Scheidegger

Image — mād

Informations supplémentaires

Le site web de la SMCB

Pour plus d'informations, visitez le site web de la SMCB. Vous y trouverez des informations pour les fournisseurs de prestations et les patients/patientes, des indications détaillées sur les projets actuels ainsi que diverses possibilités de contact.



Calendrier 2026

17 septembre

Conférence des présidents ou
Conférence élargie des présidents
(présidents des associations du
canton et des sociétés de discipline)
après-midi – date alternative

15 octobre

Assemblée des délégués de la SMCB
après-midi

5 novembre

Chambre médicale de la FMH

12 novembre

Assemblées des associations du canton,
dans tout le canton
