



Sujets de cette édition:

La situation en termes
de formation des AM
dans le canton de Berne 2

Sir William Osler ou pourquoi
la médecine est la meilleure
profession au monde 4

Un médecin au-dessus
des nuages 9

Quand le médecin
devient patient 10

La Suisse, un cas à part
à l'échelle internationale? 11

Mission spontanée à
la frontière grecque 14

Des services d'urgence
spécialisés indépendants
et équivalents! 16

La solidarité, c'est élaborer
ensemble des solutions! 16

Les femmes en médecine



Depuis début mars, le timbre spécial Marie Heim-Vögtlin d'une valeur de CHF 1,00 est disponible dans les bureaux de poste, honorant ainsi cent ans après sa mort la première femme médecin suisse. Marie Vögtlin est née en 1845 à Bözen (AG). En tant que fille de pasteur, elle bénéficie d'un enseignement privé dispensé par des précepteurs. Toutefois, la vie bourgeoise qui l'attend avec les conventions de l'époque ne lui suffit pas. Elle veut entrer à l'université pour étudier la médecine. Le fait que l'université de Zurich ouvre les portes de la faculté de médecine aux femmes en 1867 va permettre à Marie de réaliser le rêve de sa vie. Cependant, la première étudiante en médecine de Suisse est vite obligée de constater que tous les professeurs et étudiants masculins sont loin d'avoir des idées libérales: rejet et invectives lui rendent la vie dure à l'université. Mais elle continue sur sa voie avec la plus grande détermination et termine ses études avec succès. Elle poursuit ensuite sa formation à Leipzig et Dresde pour devenir gynécologue-médecin accoucheur. De retour à Zurich, elle est en 1874 la première Suissesse à obtenir son doctorat. Quelques mois plus tard, elle ouvre en tant que première femme médecin suisse son cabinet de gynécologie et obstétrique. Marie connaît déjà son futur mari depuis plusieurs années lorsqu'elle épouse en 1875 Albert Heim, professeur de géologie à l'université de Zurich, chacun des époux étant alors bien établi dans sa profession. A l'âge de 36 ans, Marie Heim-Vögtlin donne naissance à son premier enfant, deux autres suivront. Bien qu'ayant une famille, elle continue à exercer même s'il est souvent difficile de concilier cabinet et famille. Néanmoins, Marie Heim-Vögtlin trouve encore le temps et la force de s'engager pour l'instruction et le droit de vote des femmes. Elle est la co-fondatrice de l'école d'infirmières suisse avec le Frauenspital à Zurich, le premier hôpital en Suisse dirigé par des femmes. Atteinte de tuberculose, l'évolution de la maladie obligera cette femme dynamique toujours en action à réduire ses activités. Elle est décédée le 7 novembre 1916 à Zurich.

Et aujourd'hui? Les statistiques FMH de 2015 montrent que le pourcentage de femmes exerçant la médecine ne cesse de croître. Au niveau des promotions d'étudiants en médecine humaine, les femmes représentent déjà 55,7%. Dans les tranches d'âge de moins de 40 ans, les femmes sont déjà majoritaires et ce n'est qu'au-delà de 40 ans que le rapport s'inverse en faveur des hommes. La féminisation croissante de la profession a un impact sur la démographie du corps médical et le choix des disciplines. La psychiatrie infantile et juvénile, la pédiatrie ainsi que la gynécologie et l'obstétrique sont des spécialités particulièrement prisées affichant un taux élevé de femmes.

Au niveau de la politique corporative, les femmes sont encore nettement en minorité. Mon souhait pour l'avenir est que nous rattrapions notre retard également dans ce domaine!

Dr. Esther Hilfiker
Vice-présidente de la Société des Médecins
du Canton de Berne

Enquête

La situation en termes de formation des AM dans le canton de Berne

Tous les ans, de nombreuses jeunes femmes souhaitant devenir AM ne trouvent pas de cabinets de formation. Quelles sont les causes de ce manque de places d'apprentissage? Un engagement en baisse, une infrastructure inadaptée ou bien les fermetures de cabinets qui s'annoncent? Dans le cadre d'une enquête conjointe, la Société des médecins et la Direction de l'instruction publique du canton de Berne ont cherché à en connaître les raisons.

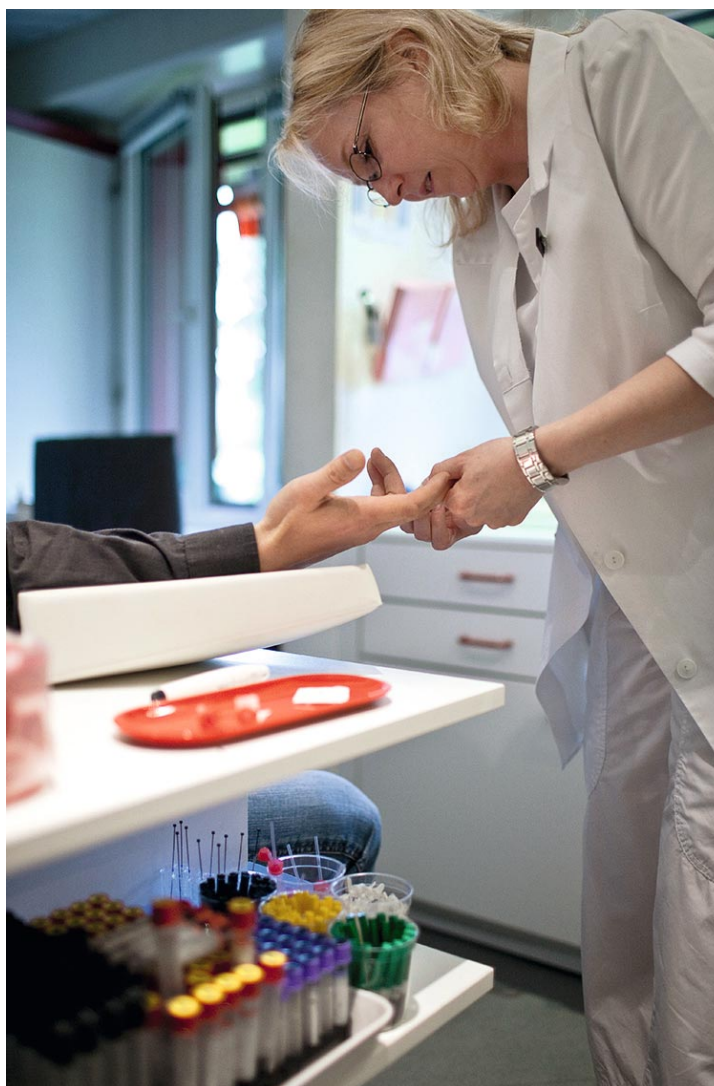
*Christian Gubler,
ancien vice-président de la SMCB et chef du projet*

Les assistantes médicales ont un métier très diversifié. Elles s'occupent de l'administration du cabinet, reçoivent les patients, répondent au téléphone, font passer des radios, effectuent des analyses médicales et assistent lors d'interventions médicales. Les AM sont la cheville ouvrière des cabinets médicaux. Attrayant de par sa diversité, cette profession a toujours la cote auprès de nombreuses jeunes femmes qui souhaitent suivre la formation pour devenir AM.

Toutefois, pour les personnes intéressées souhaitant apprendre ce métier passionnant, la recherche de places d'apprentissage s'avère de plus en plus difficile. On estime que, tous les ans, quelque trente jeunes femmes cherchent en vain une entreprise formatrice dans le canton. Il y a un peu plus d'un an, Thomas Heuberger, président OMT formation professionnelle AM et membre de longue date du comité de direction de la Société des médecins, avait présenté dans nos pages les raisons susceptibles d'expliquer ce manque de places d'apprentissage: de nombreux médecins formateurs seraient sur le point de fermer leur cabinet. Les cabinets individuels seraient de plus en plus remplacés par des cabinets de groupe et des centres médicaux. De ce fait, le nombre de places d'apprentissage se réduirait. De plus, les médecins de premier recours renonceraient à former des apprenties AM en raison des prescriptions légales.

Enquête conjointe de la société cantonale des médecins et de la Direction de l'instruction publique

Ces thèses reflètent-elles la situation actuelle en matière de formation AM dans le canton de Berne? Ou bien existe-t-il d'autres arguments justifiant des réticences vis-à-vis d'un engagement dans la formation professionnelle? Pour élucider ces questions, la Société des médecins et la



Direction de l'instruction publique du canton de Berne ont mené conjointement au printemps une enquête parmi les médecins de premier recours en exercice. L'enquête s'adressait uniquement aux médecins, hommes et femmes, répondant aux conditions requises pour une activité de formation en cabinet. Au total, 1'024 médecins de premier recours ont eu à répondre à des questions portant sur leur activité de for-

L'effet domino de la pénurie de médecins: en raison de leur fermeture sous peu, de nombreux cabinets ne forment plus d'AM.

Photo: Keystone

mation. Le taux de réponse s'élève à 25,5%. Un peu plus de la moitié des entreprises formatrices ayant répondu (52%) forment des AM. 10% des entreprises ont eu autrefois des apprenties et 38% ne s'engagent pas dans la formation des AM. La plupart des futures AM apprennent leur métier dans des cabinets de groupe (48%). Viennent ensuite les cabinets individuels (43%) puis les centres médicaux (9%). La taille de l'entreprise a une influence sur l'engagement dans la formation des AM: plus l'entreprise est grande, plus il y a d'apprenties AM. Un centre médical a ainsi indiqué avoir six apprenties AM. Dans la plupart des cas (45%), les cabinets de formation forment une ou deux assistantes médicales.

Les raisons pour lesquelles il est renoncé à une activité de formation

Les raisons pour lesquelles les entreprises renoncent à une activité de formation bien que disposant des qualifications sont très variées (voir le tableau). La raison citée majoritairement est l'absence d'appareil de radiographie. Mais aussi la fermeture du cabinet sous peu (raisons personnelles) ainsi que la charge supplémentaire de travail font que les médecins de premier recours et les pédiatres renoncent à s'engager dans la formation d'AM. En revanche, les expériences négatives avec des apprenties AM, le point de vue financier ou des postulantes inaptes ne semblent pas jouer un rôle déterminant. Les résultats ne surprennent qu'à première vue. Ces dernières années, nombre de cabinets ont adapté leur infrastructure à l'évolution des conditions cadres. On renonce donc aussi bien aux équipements coûteux comme les appareils de radiographie qu'aux équipements nécessaires pour son propre laboratoire. Pour ces deux domaines, les médecins de premier recours font aujourd'hui de plus en plus souvent appel à des instituts externes ou de grands laboratoires d'analyses médicales. De ce fait, les domaines de

Aperçu: raisons pour lesquelles il est renoncé à une activité de formation (base: 262 réponses)

Pourquoi ne formez-vous pas d'AM?	Réponses en nombre absolu	Pourcentage
Absence d'appareil de radiographie	55	21%
Raisons personnelles (fermeture du cabinet)	41	16%
Charge supplémentaire de travail	37	14%
Cours de formateur	28	11%
Pas d'infrastructure de laboratoire	24	9%
Tâches administratives supplémentaires	23	9%
Pas besoin d'AM	18	7%
Expériences négatives par le passé	8	3%
Raisons financières	4	2%
Postulantes inaptes	3	1%

travail des assistantes médicales au sein des cabinets se réduisent, alors que radiographie et laboratoire font toujours partie des matières obligatoires dans le plan d'études des futures AM. Elles doivent donc acquérir les connaissances exigées en dehors de leur lieu d'apprentissage, ce qui implique des tâches de coordination supplémentaires tant pour les formateurs que les apprenties. A l'heure actuelle, les médecins de premier recours sont nombreux à n'être plus disposés à fournir ce travail, ce que révèle également le tableau.

Contrecarrer cette évolution avec des mesures appropriées

Cependant, un grand nombre de cabinets médicaux du canton de Berne ont noué au cours des dernières années des coopérations avec des instituts de radiologie ou des laboratoires, et ce sur leur propre initiative. Ces solutions intégrées permettent aux apprenties AM d'accéder à une formation en radiographie et laboratoire en dehors de

leur lieu d'apprentissages. Néanmoins, l'enquête montre que ces solutions sont encore peu connues.

C'est pourquoi le comité exécutif de la SMCB étudie, en s'appuyant sur les résultats de l'enquête, une série de mesures destinées à convaincre davantage de cabinets médicaux à devenir des entreprises formatrices. Il fait ainsi examiner dans quelle mesure la SMCB pourrait apporter sa contribution concernant les moyens didactiques et les cours pour les formateurs. Le comité veut également évaluer le potentiel réel des solutions intégrées. Combien de places d'apprentissage temporaires les nombreux instituts de radiologie du canton seraient-ils en mesure de proposer? Le comité sonde également avec les responsables de l'école professionnelle be-med les options pour de nouveaux cours en laboratoire. Enfin, une documentation est en préparation afin d'expliquer de manière concise et compréhensible les exigences posées à la formation AM.

Cérémonie de remise des diplômes et doctorats à la faculté de médecine de l'Université de Berne

Sir William Osler ou pourquoi la médecine est la meilleure profession au monde

Outre les connaissances et compétences acquises, exemples positifs, éthique et humanité sont également nécessaires pour devenir une personnalité médicale complète. La remise du diplôme n'est que le commencement d'un long chemin, déclare Werner Bauer dans son allocution.

*Werner Bauer,
président de l'Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue ISFM*

Monsieur le Doyen, chers diplômés et chers invités, merci de m'avoir invité à contribuer ce soir avec quelques mots à votre belle cérémonie des diplômes. Lorsque le Professeur Eggli m'a demandé de participer, le souvenir de ma propre remise du diplôme de docteur et de médecin m'est naturellement aussitôt revenu à l'esprit. J'ai fait mes études à Zurich. Si vous croyez que je vais maintenant commencer à vous raconter à quel point ma cérémonie au Grossmünster, Fraumünster ou une autre église était impressionnante et émouvante, détrompez-vous. Pas de cérémonie! Rien à boire ni à manger! Le diplôme est arrivé par la poste dans un carton rouge! Dans les années qui suivirent la rébellion de 68, l'université et la faculté de Zurich n'avaient manifestement aucune envie de rassembler les étudiants en partie révoltés lors d'une cérémonie. Aujourd'hui je voudrais dire: on devrait en fait célébrer les fêtes quand elles se présentent, et nous étions tout de même quelque peu déçus de ce passage on ne peut plus prosaïque dans la vie de diplômés. Depuis, on se risque à nouveau à Zurich aussi à organiser une cérémonie – bien entendu pas trop pompeuse – pour les lauréats de l'examen de médecin et à donner une note festive à ce passage dans une nouvelle tranche de vie – pour beaucoup d'entre vous, cette nouvelle tranche sera le début de la formation postgrade.

Comme quelques autres l'auraient certainement fait, après avoir accepté l'invitation pour aujourd'hui, j'ai d'abord mis en veilles la mention dans l'agenda en pensant que le 12 mars était encore bien loin. Donc largement le temps de réfléchir. Très vite, les choses se sont cependant avérées sérieuses et j'ai fait ce qu'un médecin ayant bénéficié d'une certaine formation scientifique doit faire dans un tel cas: j'ai entrepris des recherches dans la littérature. La littérature aujourd'hui, cela veut dire Google: en cherchant le terme «Festrede» (discours), on obtient 412'000 résultats. Si l'on restreint la



recherche à «Festrede Diplomfeier» (discours remise de diplômes), il en reste encore 4'690. Aucun des résultats ne m'a vraiment aidé. Mais savez-vous sur quoi je suis par hasard tombé? Sur le discours à l'occasion de la remise des diplômes à la faculté de médecine de Berne le 21 mars 2000, publié dans le Bulletin des médecins. Et savez-vous qui l'avait prononcé? Mon prédécesseur indirect, Dr. René Salzberg, longtemps président de l'ancienne CFPC, la Commission pour la formation postgraduelle et continue de la FMH. Jusqu'en 2002, les titres de spécialiste suisses étaient décernés directement par la FMH. Mais étant devenus des titres fédéraux, donc nationaux, dans le cadre de la reconnaissance réciproque des diplômes en Europe, il a fallu trouver une autre solution. Il n'est plus acceptable que les titres soient délivrés par une organisation du domaine de la politique corporative, en quelque sorte par le syndicat des médecins. Durant l'ère du conseiller fédéral Couchepin, qui, longtemps, s'engagea en faveur d'une libéralisation de la formation postgrade, des débats intenses ont été menés sur la façon de structurer l'institution devant mettre en œuvre la formation postgrade des médecins. Ils débouchèrent sur la création de l'ISFM, l'Institut suisse pour la formation médicale postgraduelle et continue, que j'ai l'honneur de présider actuellement. D'un point de vue purement organisationnel, il s'agit d'un organe de la FMH qui est toutefois autonome au niveau de ses activités et ne perçoit aucune cotisation de membres.

Tenir des discours pour les débutants

Je peux reprendre la conclusion du discours de Monsieur Salzberg intégralement et vous la communiquer: «Vous avez le privilège d'exercer l'une des plus belles professions qui soit, une profession qui vous permet de conseiller et d'aider les personnes grâce à vos connaissances et votre savoir-faire, mais surtout de par votre per-

sonnalité et l'attention que vous leur portez.» Après ce premier résultat positif dans ma recherche de littérature, j'ai trouvé ensuite un livre que je peux vous recommander. Il est paru dans la collection bien connue des livres jaunes «... for Dummies». De «Bathroom Remodeling for Dummies» à «Labradors for Dummies» en passant par «Accounting for Dummies», pratiquement tous les thèmes ou activités y sont traités de manière compréhensible et pratique. Et on y trouve également le livre «Public Speaking for Dummies». C'est là que j'ai fini par trouver: au chapitre «Commencement Address», celle-ci est définie comme «a speech given to a group of people at a graduation ceremony for any type of training or education program». Que demander de plus, ai-je pensé avant d'être aussitôt ramené à une réalité plutôt désillusionnante. Car il y est écrit: «The bad news is that commencement addresses are expected to be long, boring, and clichéd». Je ne ferai pas de sondage parmi vous pour savoir si cette attente est également applicable à Berne, mais je vois le défi.

Le «livre pour Dummies» livre quand même quelque chose ressemblant à un mode d'emploi, puisqu'il dit: «So, what should you include in a commencement address? Well, the answer is paradoxical. While the audience expects the speech to be a boring hodgepodge of praise and advice, it also expects you to praise people and give advice.» Naïvement, il y est encore dit: «The trick is to do that in an interesting way.» Je ne peux qu'espérer ne pas m'en sortir trop mal. Le conseiller pour Dummies devient ensuite un peu plus concret et pose la question: «So whom do you praise? That's easy – everyone in the audience. Just segment them into groups. Praise the graduates, their friends and relatives, their teachers, and the administrators of the program.»

Je suis volontiers ce conseil et je félicite tout d'abord chaleureusement tous les lau-

Sir William Osler, qui a donné son nom aux nœuds d'Osler et à la maladie de Rendu-Osler, nous permet d'apprendre pour la vie: il considérait la culture et la lecture des classiques littéraires indispensables à la formation du caractère d'un médecin.

Photo: Keystone

réats des diverses filières, ceux qui reçoivent un titre de docteur ainsi que leurs ami(e)s et leurs proches dont beaucoup ont assurément contribué directement ou indirectement à leur réussite: que ce soit en croisant les doigts, en apportant une contribution financière, en relisant les travaux ou en conseillant sur le plan du style pour le mémoire de master. Ensuite, je félicite également les nombreux enseignants qui ont aidé à composer le puzzle des connaissances et compétences que requièrent les médecins et dentistes qui vont se lancer dans la vie professionnelle. Leur engagement est primordial tant au niveau de la formation initiale que postgrade. Les conditions cadres actuelles, les structures, les priorités ainsi que la répartition des ressources tant dans les hôpitaux universitaires que dans les autres mettent cet engagement à l'épreuve. Pour eux, je souhaite glisser une citation de l'ancien président de l'International Society of Internal Medicine, qui a dit: «I suppose I would want to be remembered as a competent clinical teacher. It is one of the highest professional privileges anyone can wish for.» Et bien sûr, j'intègre dans mes félicitations tous les autres qui ont contribué à ces filières de formation, des parlementaires allouant les crédits à ceux qui assurent l'administration et l'infrastructure.

Le début d'une vocation (à vie?)

Je vous parle ce soir en tant que médecin ayant terminé ses études il y a bien des années et qui, à ce jour, ne pourrait s'imaginer choisir une autre profession. Bien sûr, je peux tout à fait comprendre et accepter qu'il y ait également des juristes, guides de montagne, pompiers et d'autres encore convaincus et passionnés par leur métier, et il est important qu'ils existent. Mais maintenant que vous avez opté pour la profession de médecin ou de dentiste, j'espère et vous souhaite n'avoir jamais à remettre en question ce choix.



Récemment se tenait à Davos le World Economic Forum, le WEF. Au cours d'une émission de télévision, on a demandé au vice-président américain Joe Biden s'il pouvait dire en un mot ce qui, au fond, caractérise les Etats-Unis. Après une brève réflexion, il a alors répondu: «possibilities». Et je me suis dit: certes, le terme semble grosso modo convenir à la conception d'un Etat soucieux de proposer au plus grand nombre d'habitants possible le plus d'opportunités possible et différentes options pour leur développement personnel et leur style de vie, mais pour ce qui est de la médecine, le terme «possibilities» est une caractérisation encore plus pertinente. D'innombrables voies s'ouvrent à vous. Il s'agit toujours d'examen, de traitement de personnes, de conseil préventif, de recherche clinique ou fondamentale ou bien d'aspects du secteur de la santé. Ce qui nous ramène au «advice» du livre pour les Dummies: reconsidérez les «possibilities», recherchez des informations supplémentaires, commencez dans un domaine d'ac-

*Quelle voie prendre?
Des crochets et des détours
font parfois d'une
profession une vocation.
Photo: iStockphoto*

Les meilleurs 2016

Tous les ans, la SMCB décerne un prix aux meilleurs diplômés de la Faculté de médecine de Berne. Cette année, c'est Dana Joana Wetzel qui est arrivée en tête du classement de l'épreuve CS. Marco Alain Sieber et Philippe Bernard Vollmar ont obtenu les meilleurs résultats à l'épreuve MC. Toutes nos félicitations pour cette performance!



Werner Bauer, président de l'ISFM, considère également la transmission de compétences humaines et éthiques comme un objectif central de la formation des médecins.

Photo: mäd

tivité correspondant à votre penchant et cherchez à temps une alternative si vous doutez d'être au bon endroit. Nous savons qu'environ la moitié des jeunes médecins ne prennent leur décision en termes de spécialisation qu'au cours des deux premières années de leur formation postgrade. Cette liberté est certes remise en question de la part des technocrates, mais, actuellement, vous pouvez encore en disposer.

Exemples et supérieurs

Je crois qu'il serait bon maintenant de présenter une source pour mes réflexions, et en voici une: Sir William Osler. Mon exposé a en effet un titre de travail convenu avec Monsieur Eggli, qui est le suivant: «Sir William Osler ou pourquoi la médecine est la meilleure profession au monde». Pour les médecins parmi vous, le nom d'Osler ne devrait pas être totalement inconnu: nœuds d'Osler, maladie de Rendu-Osler, télangiectasie hémorragique familiale. Mais je vais parler de la personne, un médecin passionné, un enseignant engagé, un fin observateur passé maître dans l'art des formules concises. Né en 1849 au Canada, le jeune W. Osler n'est pas ce qu'on appelle un enfant sage. A l'âge de 14 ans, il est même renvoyé de son école parce qu'il a essayé avec ses camarades d'enfumer un concierge qu'ils n'aiment pas avec un mélange à base de mélasse chauffée, de poivre et de moutarde. Il fait ses études à l'Université McGill de Montréal où il devient en 1875, donc à seulement 26 ans, «Professor of clinical medicine». Les autres étapes de sa carrière sont Philadelphie, la Johns Hopkins Medical School nouvellement fondée à Baltimore et Oxford où il décède en 1919. De son poste à la Johns Hopkins Medical School, il disait être heureux de pouvoir y travailler comme professeur car, comme étudiant, il n'aurait vraisemblablement pas réussi l'examen d'admission. Il est sûr que les souvenirs se sont quelques peu estompés et il se peut que nous ayons tendance

à enjoliver tout ce qui se rapporte à W. Osler. Mais il ne fait aucun doute qu'il était une personnalité exceptionnelle et surtout un exemple, un «role model». Je vous souhaite d'avoir également la chance de rencontrer au cours de votre formation postgrade et plus tard dans votre activité des supérieurs non seulement dotés d'un grand savoir et de nombreuses compétences mais aussi en mesure, en tant que personnalités médicales, de vous donner l'exemple de cette dimension humaine supplémentaire qui doit (devrait!) également faire partie de notre profession.

Sir W. Osler nous a laissé un traité de médecine renommé, de nombreux écrits et des citations orales transmises de génération en génération, dont il est étonnant de constater combien sont encore d'actualité. Elles sont réunies dans un livre de l'American College of Physicians («The Quotable Osler») que je vous recommande vivement en tant que fan de Sir W. Osler pratiquant. La description de la médecine la plus courte et la plus pertinente dans sa brièveté que je connaisse émane de lui: «Medicine is a science of uncertainty and an art of probability». Nous devrions toujours avoir à l'esprit cette caractérisation. W. Osler la complète en disant: «Gentlemen, if you want a profession in which everything is certain you had better give up medicine.» L'aptitude à accepter un certain degré d'incertitude et aussi à en répondre fait partie du médecin et s'invite aujourd'hui à nouveau dans les discussions sur le thème «choosing wisely» ou «less is more». La question de savoir jusqu'à quel degré de certitude diagnostique un examen doit être mené à quel moment est aussi un thème actuel de la formation postgrade comme médecin de premier recours ou comme généraliste.

Connaissances, compétences et bien plus encore

La citation de Monsieur Salzberg l'avait déjà laissé entendre: outre les objectifs didactiques concrets, les connaissances et les compétences, nous souhaitons que les médecins deviennent durant leur formation initiale et postgrade puis au cours de leur activité des personnalités médicales dont le travail s'appuie sur des éléments relevant de la communication, de réflexions éthiques, de l'esprit d'équipe, de l'engagement pour l'enseignement, d'un traitement judicieux des erreurs et d'aspects culturels. Dans le jargon de la Medical Education, il s'agit là d'objectifs didactiques généraux qui sont loin d'être aisés à transmettre. W. Osler écrit: «To combine in due measure the altruistic, the scientific and the business side of our work is not an easy task. In the three great professions, the lawyer has to consider only his head and pocket, the parson the head and the heart, while with us the head, heart, and pocket are all engaged.» Pour W. Osler, une voie permettant de développer la personnalité réside dans la lecture, l'étude d'ouvrages littéraires qui aide à faire de la formation initiale et postgrade une véritable éducation. Il a recommandé à ses assistants de consacrer une demi-heure le matin et le soir à la lecture de grandes œuvres et déclarait dans un autre passage: «One cannot practice medicine alone and practice it early and late, as so many of us have to do, and hope to escape the malign influences of a routine life. The incessant concentration of thought upon one subject, however interesting, tethers a man's mind in a narrow field. The practitioner needs culture as well as learning.»

Je vous prie de ne pas en vouloir à W. Osler s'il relativise l'importance de votre diplôme. Nous tous savons bien sûr qu'il a raison lorsqu'il dit: «The hardest conviction to get into the mind of a beginner is that the education upon which he is engaged is not a

college course, not a medical course, but a life course, for which the work of a few years under teachers is but a preparation.» Cet enseignement est également pris en compte dans notre loi sur les professions médicales du fait que l'examen fédéral en médecine autorise «seulement» à commencer la formation postgrade dans une spécialité et à travailler sous supervision. Autrefois, c'était différent: une fois l'examen d'Etat en poche, on était habilité à ouvrir un cabinet sur l'ensemble du territoire de la Confédération et déjà durant les études il était possible de faire des remplacements dans les cabinets lorsque le propriétaire faisait son service militaire, était malade ou en voyage. Bon nombre d'étudiants en médecine saisissaient cette occasion qui leur permettait d'apprendre beaucoup et de gagner un joli supplément. Je me souviens toutefois encore aujourd'hui d'un jeune diplômé qui avait ouvert un cabinet dans une commune au bord du lac de Zurich après avoir travaillé tout juste un an en hôpital et qui nous avait très vite envoyé une patiente dans

notre service afin de déterminer l'origine d'une anémie et de nausées. La patiente a pu rentrer le jour même chez elle avec le diagnostic grossesse 3^e mois, mais la compétence du collègue en fut tellement écorchée que chaque fois qu'il envoyait des patients à l'hôpital, les médecins s'attendaient certes à ce qu'ils aient une maladie, mais certainement pas celle que le collègue avait diagnostiquée.

La responsabilité de transmettre à la jeune génération de médecins les compétences nécessaires incombent aux professeurs universitaires, aux responsables des institutions de formation postgrade et à leurs collaborateurs. Au vue des conditions cadres actuelles et dans un contexte de mutation structurelle rapide, il n'est pas toujours facile d'assumer cette responsabilité. C'est pourquoi je souhaite terminer en les remerciant pour leur engagement et pour la transmission de la passion pour notre profession. Le dernier mot revient bien entendu à W. Osler. De temps à autre,

la question se pose de savoir ce que gagne en fait une institution médicale à former des étudiants ou des médecins-assistants. La charge et l'investissement seraient pourtant moindres si on renonçait au laborieux «teaching» et n'employait que des médecins spécialistes. W. Osler formulait la réponse dès 1903: «The work of an institution in which there is no teaching is rarely first class. It is, I think, safe to say, that in a hospital with students in the wards the patients are more carefully looked after, their diseases are more fully studied and fewer mistakes made.» Je souhaite à notre secteur de la santé que la quintessence des citations de Sir W. Osler conservera à l'avenir sa place, et à vous tous une excellente soirée et un avenir qui vous apportera autant que possible ce que vous en attendez.

Merci beaucoup.

Software CB goes mobile
Total revolutionär



Mit Fingerspitzengefühl: Schreiben Sie die Krankengeschichte auf dem Tablet-Computer.

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

Ä K
C M

ÄRZTEKASSE
CAISSE DES MÉDECINS
CASSA DEI MEDICI

publik.ch



Am Dreh- und Angelpunkt

Annelis Widmer gehört bei Medics zu den Urgesteinen. Seit wir uns erinnern können, sitzt sie für unser Labor am Steuer und sorgt als Kurierin zeitnah, sorgfältig und zuverlässig für den sach- und fachkundigen Transport Ihres Entnahme- und Analysematerials. Extra-Schlaufen nimmt sie dabei gerne in Kauf, rote Ampeln hingegen überfährt sie aus Prinzip nicht. Zur rechten Zeit am rechten Ort ist sie trotzdem immer und überall.



Medics Labor AG, Bern
www.medics.ch

professionell
und persönlich

Un médecin au-dessus des nuages

Un des candidats honorés comme meilleurs diplômés lors de la remise des doctorats en mars 2016 est Marco Alain Sieber. Cependant, le lauréat n'a pas dominé les autres candidats uniquement lors de l'épreuve écrite, comme l'a appris doc.be au cours de l'interview.

Gabriela Troxler,
service de presse et d'information

Marco Sieber, l'ordinaire ne semble pas vous intéresser. Vous avez obtenu le meilleur résultat à l'épreuve MC. En 2014, vous avez fait votre stage accompagné de deux mois aux Iles Salomon. Comment cela est-il arrivé?

Un hasard: je connaissais quelqu'un qui a passé un certain temps au National Referral Hospital à Honiara, la capitale et plus grande ville du pays. J'avais envie de découvrir un tout autre monde où l'on doit faire pour le mieux avec beaucoup moins de moyens et de ressources. En salle d'opération par exemple, il n'y avait pas de convertisseur d'images. On posait donc les plaques et les vis «à l'aveugle» et on ne faisait la radio qu'après. Étonnamment, cela fonctionnait bien! Une autre fois, c'est une forte épidémie de rougeole qui s'est déclarée. Les urgences étaient pleines, les gens dormaient à même le sol et malheureusement quelques-uns parmi les plus jeunes ont perdu la vie. La vitesse à laquelle cette épidémie s'est propagée était impressionnante.

Qu'est-ce que vous avez ramené avec vous des Iles Salomon en termes de médecine?

Là-bas, les médecins doivent bien plus s'appuyer sur leur expérience clinique. Ici à Berne, nous disposons de possibilités diagnostiques beaucoup plus importantes. En laboratoire, nous pouvons déterminer un grand nombre de taux, et les scanners et les IRM nous fournissent des images exactes. Aux Iles Salomon, il n'y a que les radios et quelques résultats d'analyses non spécifiques. On doit donc examiner le patient avec beaucoup d'attention, ce qui développe la sensibilisation aux détails et symptômes cliniques.

Même ici chez vous, vous semblez aimer l'aventure: vous êtes éclaireur parachutiste dans l'armée suisse.

Je suis tombé par hasard sur une annonce de la SPHAIR, la plateforme de recrutement fédérale. Déjà avant le recrutement, il faut suivre deux cours de parachutisme. Si tout se passe bien, on obtient la licence civile de parachutisme après les quatre semaines de cours. Avant l'ER, on doit encore passer des tests médicaux et psychologiques. Vu les étapes à franchir, ce n'est pas une décision que l'on prend du jour au lendemain. Chaque année, il y a quelque 300 postulants mais seuls dix environ seront retenus comme éclaireurs. Une bonne préparation physique et psychique ainsi qu'une motivation personnelle sont primordiales. Il faut faire preuve d'esprit d'équipe, de persévérance mais aussi avoir un peu d'humour et de chance. Jusqu'à présent, j'ai fait presque 900 sauts et j'ai aussi passé dans le civil l'examen de moniteur de parachute.

Qu'est-ce qui est plus excitant, l'armée ou la médecine?

(rire) Je pense que c'est le mélange des deux. L'armée ne représente que quelques semaines dans l'année, et on se réjouit à l'avance. En médecine, ce sont avant tout les cas peu courants qui sont passionnants. Souvent, on pédale pendant un moment dans le vide avant de trouver le diagnostic.

Que vous apporte la pratique du parachute dans votre vie professionnelle – et l'inverse?

Quand on saute en parachute, on apprend à garder son sang-froid et à mieux maîtriser les situations stressantes. Et à réagir si cela ne se passe pas comme il devrait. Cela aide à ne pas perdre la tête les jours de stress aux urgences. Une bonne perception de l'espace est également un atout. Si, un jour, un accident devait arriver lors d'un saut en parachute, ce que, bien sûr, je n'espère pas, mes connaissances en médecine seront certainement utiles.



Marco Sieber a reçu en 2016 le prix de la SMCB pour la meilleure épreuve écrite.
Photo: mae2 photography

Que vous réserve l'avenir?

Actuellement, je travaille au service de chirurgie à l'hôpital d'Interlaken. En 2019, je commencerai à travailler dans le service d'anesthésie. La médecine d'urgence m'intéresse énormément, mais une mission à l'étranger me tenterait également dès que j'aurai suffisamment d'expérience. Vraisemblablement, la voie définitive se profilera d'elle-même d'ici quelques années. Mais je continuerai à sauter en parachute.

Marco Sieber, merci d'avoir répondu à nos questions.

Quand le médecin devient patient

Les médecins sont tous les jours confrontés à des questions de santé. Souvent, ils s'oublient eux-mêmes alors que, d'une certaine manière, ils constituent en fait un groupe à risques.

*Gabriela Troxler,
service de presse et d'information*

Les médecins, hommes et femmes, sont au cœur du système de soins médicaux suisse. Ne devraient-ils donc pas être en meilleure santé que la moyenne de la population? «Il existe des données contradictoires», explique Christine Romann du département Promotion de la santé et prévention de la FMH lors d'un colloque sur le thème «Des médecins en bonne santé». Grâce à leur niveau d'études et leurs revenus, les médecins font certainement partie d'une couche socioéconomique tendant à être en meilleure santé que d'autres. En même temps, ils présentent un taux de suicide plus élevé. Bien que la santé soit leur pain quotidien, les médecins semblent souvent faire peu de cas de leur propre santé.

Des facteurs de stress dus à la profession

Les médecins aiment leur profession. Ils apprécient le haut degré de responsabilité personnelle, la diversité des contacts avec les patients et le sentiment de faire quelque chose d'utile. Pour ce faire, ils s'exposent toutefois fréquemment à d'importants facteurs de stress: «Nous avons une durée de travail hebdomadaire élevée, parfois de plus de 50 ou même 60 heures. La vie privée s'en trouve restreinte. Fonder une famille et suivre une formation postgrade doivent souvent être menés de front», explique Jürg Schlup, président de la FMH. Il n'est pas rare non plus que s'y ajoutent des tensions émotionnelles, par exemple en raison d'un climat de travail défavorable ou des revers auxquels les médecins sont confrontés dans leur profession. Ils évoluent constamment sur la corde raide, entre empathie et distance. Certaines spécialités comme l'oncologie sont particulièrement concernées et affichent un taux de burnout plus élevé. De plus, les tâches administratives et les contrôles externes ont augmenté ces dernières années, restreignant encore davantage la marge de manœuvre dans le travail quotidien.

Une immense charge de travail

Toute personne exposée à ce stress sur une longue période doit s'attendre à de graves conséquences: «Des problèmes d'insomnie et de l'appareil digestif peuvent survenir, une prédisposition plus élevée aux maladies, un comportement inapproprié en matière de santé, un manque d'amour-propre, un repli social et un vieillissement plus rapide», explique Norbert Semmer, professeur émérite de psychologie du travail et des organisations de l'université de Berne, dont les travaux ont porté pendant plus de quarante ans sur le stress au travail. Son diagnostic: en médecine, la surcharge est le facteur de stress cité le plus souvent. Toutefois, cette surcharge constitue également un défi qui procure un sentiment de joie en cas de réussite. Par rapport à d'autres, les médecins s'identifient beaucoup plus avec leur profession. De ce fait, pour eux, le stress, la satisfaction et la fierté ne s'excluent pas mais coexistent très souvent. «Une activité considérée comme utile, diversifiée et riche en défis est une bonne prévention du stress», déclare N. Semmer. «De ce point de vue, les médecins sont favorisés!»

Les médecins ne sont pas les seuls à devoir réagir

Il est de la responsabilité des médecins de veiller eux-mêmes à leur santé et d'engager des changements en cas de forte charge de travail. Cependant, les conditions de travail jouent aussi un rôle primordial si l'on veut que les expériences positives et la satisfaction professionnelle soient au rendez-vous. Le nec plus ultra est l'estime de soi: applique-t-on une culture ouverte de l'erreur, est-il possible de discuter des problèmes? Dans quelle mesure les relations entre collaborateurs, la répartition des horaires de service et des tâches ainsi que la gratification d'un engagement accru sont-elles équitables? Si des problèmes

surviennent à ce niveau, le collaborateur ne peut guère contribuer à leur résolution. C'est aux employeurs de réagir: les hôpitaux peuvent par exemple créer des postes supplémentaires afin de réduire les tâches administratives des médecins. Pour le Professeur Norbert Semmer, il est primordial de briser le tabou qui entoure le fait de rechercher de l'aide. Des offres et des points d'écoute garantissant l'anonymat devraient être créés. Chez les médecins, hommes et femmes confondus, la crainte de se ridiculiser est très marquée.

Le médecin-patient

Andrée Rochfort, responsable qualité des médecins de premier recours irlandais, connaît très bien ces réticences. Les médecins hésitent souvent à traiter d'autres médecins. L'identification excessive avec sa propre profession pourrait entraîner chez le «Dr. Patient» une co-thérapie malsaine, des traitements informels voire même un auto-traitement et une automédication. A. Rochfort conseille d'aborder le problème par petites étapes. Un médecin aide déjà un confrère en lui proposant son assistance pour trouver un point d'écoute adéquat et y recourir. Un entretien informel en dehors du bureau de consultation enlève la pression.

Que, dans la pratique, les maladies et facteurs de risques soient dépistés à temps, thématiques et traités de manière appropriée est de la responsabilité de chacun. Le comportement adopté envers les médecins malades a toutefois aussi un impact sur notre système de santé dans son ensemble. Les patients ont également le droit d'espérer trouver pour leurs soucis un praticien reposé et en bonne santé.

La Suisse, un cas à part à l'échelle internationale?

Le modèle Advanced Nursing Practice s'implante en partie également en Suisse. Les auteures ne voient pas un danger dans l'académisation des soins, mais insistent surtout sur la prolifération anarchique tant que la dénomination professionnelle ne sera pas arrêtée sur le plan juridique et celui des spécificités.

Dr. Eva Cignacco, directrice de recherche discipline obstétrique, domaine santé, haute école spécialisée de Berne et Prof. Dr. Manuela Eicher, Institut Universitaire de Formation et de Recherche en Soins, Faculté de Biologie et de Médecine, Université de Lausanne et Centre Hospitalier Universitaire Vaudois

Dans les cabinets médicaux, les hôpitaux, les maisons de retraite et les établissements médico-sociaux de Suisse, on trouve de plus en plus souvent du personnel infirmier dans des fonctions qui, traditionnellement, étaient réservées aux médecins. Ainsi, dans le cabinet d'oncologie «Rundum Onkologie» à Sargans, la consultation des patients n'est pas toujours réalisée par l'oncologue. L'infirmière Diana Malin procède à un assessment clinique auprès des patients ayant déjà commencé les thérapies puis évalue si une consultation par le Dr. Stefan Greuter, oncologue, est nécessaire.¹ L'exemple du Medizentrum à Schüpfen sous la direction du Dr. Blunier, où le personnel infirmier consulte lui-même les patients et vérifie à l'occasion la posologie médicamenteuse, a dernièrement été grandement discuté dans les médias. De même,

le débat politique sur le rôle futur des professions de la santé autres que les médecins dans la prise en charge médicale a connu récemment un regain de dynamisme. Ainsi, la commission de la formation professionnelle du Conseil des Etats s'est prononcée en février 2016 en faveur de l'intégration de la réglementation des professions de cycle master en soins infirmiers dans le projet de nouvelle loi sur les professions de la santé (LPSan). Cet ancrage dans la loi de la formation et de l'exercice des professions de cycle master en soins infirmiers aurait pu créer les conditions juridiques requises pour la mise en place des rôles des Advanced Practice Nurse (voir définition en encart) en Suisse[1]. Lors de la session de printemps du Conseil des Etats qui s'est tenue le 2 mars 2016, le projet de la LPSan a certes été approuvé, mais la

réglementation du cycle master APN aux articles 2, 3 et 12 de la LPSan s'est vue toutefois rejetée à une courte majorité. Cette décision négative a été notamment justifiée par la crainte d'une hausse des coûts. L'argument selon lequel une académisation des soins pourrait s'avérer désavantageuse pour la prise en charge des patients a également été avancé. La Suisse semble donc, sur le plan politique, vouloir continuer à faire exception en empruntant une voie allant à l'encontre des évolutions constatées dans la plupart des systèmes modernes de santé et en ignorant les évolutions actuelles de la pratique clinique. Vu le besoin de réformes constaté depuis des années, comment situer cette dernière évolution de la politique suisse dans le contexte de soins médicaux de base sûrs, de haute qualité et axés sur le patient?



En Suisse, ce sont notamment l'université de Lausanne et le CHUV qui étudient les possibilités d'intervention et de formation des Nurse Practitioners.
Photo: Keystone



Dr. Eva Cignacco
Photo: mäd



Prof. Dr. Manuela Eicher
Photo: mäd

Une prise en charge intégrée grâce au personnel infirmier

Il est amplement établi que la hausse de l'espérance de vie va de pair avec une augmentation des pathologies chroniques et une polymorbidité des patientes et patients. Ces faits exigent des offres de prise en charge intégrée d'une certaine complexité se basant par exemple sur le modèle Chronic Care (CCM)[2]. Les patientes et patients intégrés dans un programme CCM bénéficient d'un suivi interprofessionnel. Dans ce modèle, le personnel soignant a pour tâche de guider les patients dans le processus de traitement et de veiller à ce qu'ils restent ou deviennent aussi autonomes que possible. Le modèle vise en première ligne à renforcer l'autogestion par le biais de programmes d'éducation des patients[3]. Si le personnel soignant n'est pas formé pour cette tâche et si, en raison de la pénurie de médecins qui s'annonce, de tels modèles ne sont pas mis en place de façon structurée au niveau des soins médicaux de base, cela risque d'entraîner à brève échéance de graves carences dans la prise en charge médicale[3]. Les difficultés sur le plan de la prise en charge et la pénurie de personnel qualifié appellent à réfléchir à des adaptations de l'organisation du travail, à une nouvelle composition des équipes ainsi qu'à des conditions de travail plus attractives pour les médecins (par ex. conciliation de la vie professionnelle et familiale) et les professions du domaine des soins (possibilités de carrière). Nombre de systèmes de santé misent, dans un tel contexte, également sur un personnel soignant de formation universitaire qui endosse de nouveaux rôles

du fait de l'élargissement des compétences au sens de soins spécialisés via Advance Nursing Practice (ANP)[4, 5].

La Suisse en retard

Dans de nombreux pays, et notamment les pays anglo-saxons, un personnel infirmier ayant suivi une formation spéciale assume depuis déjà un certain temps des fonctions qu'aujourd'hui encore, la législation suisse réserve au corps médical[4-7]. Dans la foulée de l'évolution à l'échelle mondiale, les universités suisses forment bientôt vingt ans des Advanced Practice Nurses (APN) pour un rôle de Clinical Nurse Specialist. Les études menées jusqu'à présent sur l'efficacité des rôles des APN dans la prise en charge en milieu stationnaire et ambulatoire sont plus qu'éloquentes. Le recours aux APN permet de maintenir, voire même d'augmenter, la qualité des soins médicaux[8-10]. Ainsi, une méta-analyse réalisée en 2014 par l'Institut de médecine de premier recours de l'université de Zurich décrivait que le personnel soignant spécialisé pouvait obtenir des résultats semblables, voire même nettement meilleurs, pour les patients, comparé au traitement par le médecin, en ce qui concerne des diagnostics tels que le SIDA, l'hypertension, une insuffisance cardiaque, le diabète, l'asthme, la maladie de Parkinson et l'incontinence[8]. En Suisse aussi, les premières expériences avec l'Advanced Nursing Practice sont positives[11, 12]. Mais comme dans tous les pays ne disposant pas d'un cadre juridique spécifique pour le rôle des Advanced Practice Nurses[13], on ne trouve jusqu'à présent ces APN dans le systè-

me de santé suisse que dans des profils de rôle variables non réglementés. Les patients et les professionnels rencontreront des expertes en soins, des Clinical Nurses, des Breast Care Nurses et d'autres encore. Elles assument diverses fonctions (par ex. assurance qualité dans des institutions, guidage des patients, programmes d'éducation des patients), en général dans des hôpitaux ou des établissements de soins de longue durée. Pour savoir si derrière ces labels se trouve une APN disposant des compétences requises pour se charger de tâches médicales en délégation ou même en substitution, il faut vérifier chaque cas individuellement. Jusqu'à présent, une prise en charge appropriée des prestations n'est toujours pas prévue pour les APN avec un domaine de compétences bien défini.

Pas d'académisation généralisée

Cependant, les APN s'imposent de plus en plus en Suisse. Au cours des dernières années, plusieurs rôles de Clinical Nurse ont par exemple été mis en place dans le domaine de l'oncologie.² L'expérience acquise au Centre des tumeurs thoraciques de l'hôpital universitaire de Lausanne lors de la définition et de la mise en place d'un Clinical Nurse Specialist pour les patients atteints de tumeurs malignes aux poumons montre que cette fonction est perçue très positivement par les médecins et les patients et contribue à l'amélioration des résultats des patients. Parallèlement, il faut procéder à une analyse approfondie des besoins spécifiques pour introduire de manière judicieuse un tel rôle dans les structures existantes[14]. Par ailleurs, l'Institut universitaire de formation et de recherche en soins de l'université de Lausanne et le Centre hospitalier universitaire vaudois travaillent sur la formation de Nurse Practitioners. Les recteurs des universités de Lausanne et de Genève ainsi que la Haute Ecole Spécialisée de Suisse occidentale envisagent la mise en place d'une telle formation universitaire englobant des compétences qui, jusqu'à présent, étaient du ressort de la formation des médecins. Les données scientifiques actuellement disponibles contredisent les craintes maintes fois exprimées d'une académisation du secteur des soins. Les résultats des études qui ont été menées jusqu'à présent ne permettent pas de tirer des conclusions définitives quant à la rentabilité. Toutefois, il est incontestable que l'intervention des APN contribue à améliorer les résultats des patients[15, 16]. En outre, l'expérience acquise au niveau international, par exemple aux

Etats-Unis et au Canada, montre que la proportion des soignants titulaires d'un master ne représente qu'une minorité très limitée. Cependant, sans académisation, la sécurité des patients risque d'être menacée. Des études ayant analysé la relation entre les effectifs et la sécurité des patients tirent la conclusion que la qualification du personnel soignant joue un rôle déterminant dans ladite sécurité. Les services avec une proportion élevée de personnel soignant de niveau bachelor affichent des taux inférieurs de mortalité et de morbidité des patients [17, 18]. Sans académisation, la formation au niveau bachelor n'est pas possible.

Attention au vide juridique

Pour amortir les carences au niveau de la prise en charge médicale qui s'annoncent notamment dans le secteur de la prise en charge de base, la Suisse ne pourra faire autrement que de former davantage de médecins. Il ne faut toutefois pas ignorer que le problème de la pénurie de médecins ne tient pas uniquement à une relève insuffisante, mais aussi à un taux d'abandon élevé. Pour toutes ces raisons, il serait négligent, si l'on veut maintenir en Suisse des soins de santé de haut niveau, de ne pas tenir compte du potentiel réel que représentent des Advanced Practice Nurses de niveau master, en raison d'une ligne d'argumentation principalement défensive, basée sur la politique corporative. La réalité et l'expérience internationale démontrent que l'intervention d'Advanced Practice Nurses garantit non seulement des soins de santé appropriés de haute qualité mais peut aussi déboucher sur une situation «win-win». Les médecins peuvent se concentrer sur leurs fondamentaux et les Advanced Practice Nurses peuvent contribuer, grâce à l'élargissement de leurs compétences (par ex. entretien d'anamnèse et/ou de consultation dans les foyers médicalisés ou les cliniques walk-in), à obtenir les meilleurs résultats possibles pour les patients de plus en plus atteints de pathologies chroniques et polymorbides ainsi que pour leurs familles. Cependant, l'absence de réglementation juridique spécifique, comme c'est actuellement le cas en Suisse, peut faire craindre une prolifération anarchique des rôles d'APN. Une telle situation ne saurait répondre aux exigences de qualité du système de santé suisse ni conduire à une coopération inter-professionnelle ciblée entre les médecins et les Advanced Practice Nurses spécialisées.

Une experte en soins APN (Advanced Practice Nurse) est une infirmière diplômée ayant acquis un savoir d'expert, la faculté de prendre des décisions dans un contexte complexe et des compétences cliniques pour une activité élargie dans le domaine des soins. La caractéristique des compétences dépend du contexte et/ou des conditions du pays dans lequel elle est habilitée à exercer. Un master en soins infirmiers (Nursing Science) est la condition requise. Ces dernières années, différents rôles d'APN se sont développés, dont les Clinical Nurse Specialists et les Nurse Practitioners.

Jusqu'à présent, on forme en Suisse principalement des **Clinical Nurse Specialists (CNS)**. Ils disposent d'une expertise approfondie dans le domaine des soins prodigués à des groupes de patients spécifiques (par ex. des patients atteints d'insuffisance cardiaque ou d'un cancer). Ils sont en outre compétents pour le développement de la qualité et les soins soutenus scientifiquement dans le domaine où ils interviennent, prennent part aux prises de décision d'ordre éthique, participent aux formations continues et aux projets de recherche concernant leur domaine. Après leur diplôme de bachelor en soins infirmiers, les CNS suivent en général un parcours de pratique professionnelle pendant au moins deux ans. Ils font ensuite un cycle master en Nursing Science où ils acquièrent des compétences cliniques infirmières approfondies (par ex. assessment clinique, pathophysiologie, pharmacologie).

Le débat en Suisse porte également de plus en plus sur la formation et la mise en place de **Nurse Practitioners (NP)**. Ceux-ci sont formés dans un domaine et un setting spécifiques (par ex. la gériatrie aiguë). A la différence des CNS, les NP peuvent réaliser des actes médicaux en substitution. Ils sont par exemple habilités à diagnostiquer dans un cadre juridique défini et à prescrire des médicaments. Comme les CNS, les NP sont titulaires d'un bachelor en soins infirmiers et disposent d'une expérience professionnelle. Ils ont au moins obtenu un master en Nursing Science, en général combiné avec des études spécifiques dans une faculté de médecine. La formation des NP comprend des cours magistraux en physiologie, pathologie, pharmacologie, l'examen clinique et l'évaluation de patients ainsi que des stages. Selon le pays et l'université, la formation pratique des NP dure 500 à 1'500 heures.

Références:

1. Commission de la science, de l'éducation et de la culture, Conseil des Etats, La Commission de l'éducation souhaite que la loi règle le cycle master en soins infirmiers, Conseil des Etats, Editor. 2016, Service du Parlement: Berne.
2. Coleman, K., et al., Evidence on the Chronic Care Model in the new millennium. *Health Aff (Millwood)*, 2009. **28**(1): p. 75-85.
3. Spycher, S., et al., Die wichtigsten Herausforderungen in den nächsten Jahren, in *Gesundheit in der Schweiz – Nationaler Gesundheitsbericht*, K. Meyer, Editor. 2009, Hans Huber Verlag: Berne. p. 325-355.
4. De Geest, S., et al., Introducing Advanced Practice Nurses / Nurse Practitioners in health care systems: a framework for reflection and analysis. *Swiss Med Wkly*, 2008. **138**(43-44): p. 621-8.
5. Klein, T., Scope of Practice and the Nurse Practitioner: Regulation, Competency, Expansion, and Evolution. *Advanced Practice Nursing eJournal*, 2007. **7**(3).
6. Künzi, K. and P. Detzel, Innovation in der ambulanten Grundversorgung durch vermehrten Einbezug nichtärztlicher Berufsleute. *Observatoire suisse de la santé*, 2007.
7. Laurant, M., et al., Substitution of doctors by nurses in primary care. *Cochrane Database Syst Rev*, 2005(2): p. CD001271.
8. Martinez-Gonzalez, N.A., et al., Effects of physician-nurse substitution on clinical parameters: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, 2014. **9**(2): p. e89181.
9. Martinez-Gonzalez, N.A., et al., The impact of physician-nurse task shifting in primary care on the course of disease: a systematic review. *Hum Resour Health*, 2015. **13**: p. 55.
10. Sheer, B. and F.K. Wong, The development of advanced nursing practice globally. *Journal of Nursing Scholarship*, 2008. **40**(3): p. 204-11.
11. Züñiga, F., et al., Entwicklung der Rolle der Advanced Practice Nurse in der stationären Langzeitpflege älterer Menschen in der Schweiz. *Pflege*, 2010. **23**(6): p. 375-383.
12. Kambli, K., et al., Health Care Provision in a Swiss Urban Walk-In-Clinic. Is Advanced Nursing Practice a Solution for A New Model in Primary Care? *International Journal of Health Professions*, 2015. **2**(1): p. 64-72.
13. Maier, C.B., The role of governance in implementing task-shifting from physicians to nurses in advanced roles in Europe, U.S., Canada, New Zealand and Australia. *Health policy*, 2015. **119**(12): p. 1627-35.
14. Serena, A., et al., The role of advanced nursing in lung cancer: A framework based development. *European journal of oncology nursing: the official journal of European Oncology Nursing Society*, 2015. **19**(6): p. 740-6.
15. Bryant-Lukosius, D., et al., The clinical effectiveness and cost-effectiveness of clinical nurse specialist-led hospital to home transitional care: a systematic review. *Journal of evaluation in clinical practice*, 2015. **21**(5): p. 763-81.
16. Kilpatrick, K., et al., A Systematic Review of the Cost-Effectiveness of Clinical Nurse Specialists and Nurse Practitioners in Inpatient Roles. *Nursing leadership*, 2015. **28**(3): p. 56-76.
17. Aiken, L.H., et al., Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet*, 2014. **383**(9931): p. 1824-30.
18. Griffiths, P., et al., Registered nurse, healthcare support worker, medical staffing levels and mortality in English hospital trusts: a cross-sectional study. *BMJ Open*, 2016. **6**(2): p. e008751.

Un membre de la SMCB en mission humanitaire

Mission spontanée à la frontière grecque

*Le médecin Hansueli Albonico de Langnau a quitté son cabinet pour une mission à Idomeni.
Mais il n'a pas aidé seulement sur le plan médical.*

Anita Bachmann, «Der Bund»



Dans l'entrée du cabinet médical à Langnau se dressent des vitrines en bois remplies de flacons de médicaments et de boîtes d'ampoules et sur le dessus une pile de ventouses en verre. Les deux médecins de premier recours Hansueli Albonico et sa femme Danielle Lemann ont ouvert le cabinet en 2012 peu avant la retraite. Auparavant, H. Albonico s'était construit une renommée en tant que responsable du service de médecine complémentaire de l'hôpital de Langnau. Au bout de 15 ans, il a démissionné, résigné, mais il est loin d'être fatigué. «C'est un cadeau, Je suis toujours en plein forme», déclare-t-il. Dans l'idéal, ils pourraient encore continuer à travailler ici pendant cinq à dix ans.

Et comme si cela ne suffisait pas, H. Albonico a effectué récemment une mission à Idomeni en Grèce pour l'organisation Médecins du Monde. Idomeni est désor-

mais tristement célèbre: dans ce village à la frontière macédonienne, des milliers de réfugiés sont bloqués du fait que la Macédoine a fermé sa frontière avec la Grèce. Dans les tentes des médecins, le travail de H. Albonico consistait à remettre sur pied les réfugiés malades. «Dans la plupart des cas, il s'agissait de bagatelles», explique-t-il. Il n'était d'ailleurs pas seulement question d'aider sur le plan médical, les contacts humains étaient tout aussi importants. Beaucoup de personnes sont désespérées. Une fois, nous avons reçu un appel d'urgence indiquant qu'un homme s'était pendu. Ce n'était pas le cas, mais dans son désespoir, l'homme s'était entaillé sur les fils barbelés. Pour stabiliser les personnes, H. Albonico a élaboré une boisson énergétique, à savoir une solution de sel et de sucre avec de la vitamine C.

Le Dr. Hansueli Albonico a créé en 1997 à l'hôpital de Langnau le premier, et jusqu'à présent l'unique, service de médecine complémentaire de Suisse.

Photo: Manu Friederich

Une décision spontanée

Mais il y a eu également des cas plus compliqués pour lesquels H. Albonico a trouvé des solutions parfois peu conventionnelles. Cinq Irakiens s'étaient fracturé une jambe en débarquant du bateau rempli de réfugiés. Ils ne voulaient pas rebrousser chemin mais ne pouvaient pas non plus passer la frontière tout seuls. «Nous les avons amenés jusqu'à la frontière en fauteuil roulant», raconte H. Albonico. De l'autre côté, ils ont été pris en charge par des infirmiers d'un hôpital de l'ONU. «Ces Macédoniens étaient vraiment des gens bien», ajoute H. Albonico qui avait visité auparavant l'hôpital et noué les contacts.

«Autour de nous, la nature s'épanouit, le long de mon parcours de jogging fleurissent de petits pissenlits, des molènes, des géraniums, le tout agréablement bordé de chardons-Marie», écrit H. Albonico dans un mail adressé à ses proches restés à la maison. Pour lui, les tours de jogging étaient très importants. «J'ai besoin de bouger, c'est comme ça que je peux le mieux réfléchir.» Avant la fermeture de la frontière à Idomeni, l'animation dans ce village frontalier variait énormément et parfois il n'y avait pas grand-chose à faire. H. Albonico en avait presque mauvaise conscience car tout ne tournait pas rond à la maison. La nouvelle médecin-assistante n'avait pas pu prendre ses fonctions comme prévu et sa femme était seule au cabinet. Dans le même temps, sa fille avait mis très longtemps à se réveiller de l'anesthésie après une opération. Une très lourde charge pour sa famille.

Bien sûr, il ne pouvait pas se douter de tout cela lorsqu'il avait lu l'annonce de l'organisation de médecins. «Je l'ai étudiée pendant dix minutes et le soir même je déposais ma candidature», poursuit-il. H. Albonico a déjà l'expérience des missions à l'étranger. Il a ainsi dirigé pendant deux ans un hôpital au Zimbabwe. Auparavant, il était allé au Cam-

bodge pour le CICR. Peu après la fin des «Killing Fields», les massacres perpétrés par les Khmers rouges. «J'ai été l'un des premiers médecins sur place», déclare-t-il. D'une pile, il sort une photo en noir et blanc. On y voit une grande hutte en bambou ouverte sur les côtés. Les malades sont allongés à même le sol sur des nattes, les flacons de perfusion accrochés à l'ossature de la hutte en bambou. «Nous avons mis en place un hôpital de campagne pouvant accueillir mille patients», explique-t-il.

Déjà auparavant, les réfugiés étaient un sujet qui le préoccupait. Dans les années 70, il a participé à l'action «Places gratuites» pour les réfugiés chiliens. Les activistes de l'époque ne fournissaient pas seulement des hébergements, ils amenaient directement les réfugiés dans le pays car ils n'avaient pas la possibilité d'y entrer légalement. Aujourd'hui, deux réfugiés vivent dans la maison devenue trop grande de Hansueli Albonico et sa femme. Est-il une bonne âme? Il souhaiterait en être une, pourvu que ce soit de façon contrôlée, conclut-il. «Le monde est tellement dérégulé, on ne peut faire autrement qu'aider.»

Remarque:

Cet article est paru le 21 mars 2016 dans «Der Bund». Nous le reproduisons ici avec l'aimable autorisation de l'auteur.

Impressum

doc.be, Organe de la Société des médecins du Canton de Berne – Edité par la Société des médecins du Canton de Berne, Postgasse 19, 3000 Berne 8 / paraît 6 x par an.

Responsable du contenu: Comité de la Société des médecins du Canton de Berne.

Rédacteur: Marco Tackenberg, Gabriela Troxler et Markus Gubler, Service de presse et d'information, Postgasse 19, 3000 Berne 8, Tél. 031 310 20 99, Fax 031 310 20 82, E-Mail: tackenberg@forumpr.ch, troxler@forumpr.ch, gubler@forumpr.ch

Annonces: Gabriela Troxler, E-Mail: troxler@forumpr.ch

Mise en page: Claudia Bernet, Berne

Impression: Druckerei Hofer Bümpliz AG, 3018 Berne
Edition juin 2016

Réplique à l'éditorial «Plus de solidarité!» de Christian Gubler, doc.be 1/2016

Des services d'urgence spécialisés indépendants et équivalents!

Paul Steinmann,
ophtalmologiste FMH, Worb

L'actuel modèle inéquitable du service d'urgence ambulatoire ne mérite plus aucune solidarité.

Le CM (en tant qu'association bénévole!) a donc échoué.

Il ne devrait plus pouvoir juger de l'équivalence des services d'urgence ambulatoires et astreindre les collègues spécialistes à verser une taxe de compensation arbitraire et inéquitable.

Il est intolérable que les collègues dans les hôpitaux répertoriés doivent assurer un service d'urgence ambulatoire dans leur spécialité et en plus dans le cadre du CM.

Il ne s'agit ni de jalousie ni d'un attachement obstiné à des intérêts d'ordre privé.

Les revendications des spécialistes sont absolument justifiées!

Un changement structurel est depuis longtemps nécessaire afin de mettre en place un service d'urgence spécialisé moderne et équivalent, traitant et estimant tous les médecins de la même manière et prenant en compte la population et les régions périphériques.

Seule l'introduction de services d'urgence spécialisés équivalents permettra de mettre en œuvre ces revendications de manière opportune et d'engendrer à nouveau plus de solidarité et d'égalité entre nous médecins. Chaque société professionnelle devrait pouvoir organiser, en toute autonomie et

sous sa propre responsabilité, le meilleur service d'urgence ambulatoire possible pour sa spécialité.

Contrôlé en premier lieu par la SMCB et en second lieu par l'office du médecin cantonal. Le CM procède à une réorganisation du service d'urgence ambulatoire pour les médecins de premier recours.

Il devrait utiliser à son avantage, en coopération et non en concurrence (!), les importantes surcapacités des services régionaux des urgences.

Tous les médecins restent dans la SMCB en tant qu'organe représentant nos intérêts communs.

Commentaire à la réplique du Dr. Steinmann

La solidarité, c'est élaborer ensemble des solutions!

Beat Gafner, président, et Rainer Felber,
vice-président de la Société des Médecins du Canton de Berne

Les médecins du canton de Berne avec une autorisation d'exercer la profession sont légalement tenus de participer au service d'urgence ambulatoire. L'organisation de ce service incombe aux sept cercles médicaux du canton, comme il est fixé dans nos statuts.

Nous savons tous que, ces dernières années, l'organisation du service d'urgence ambulatoire a soulevé des questions juridiques et que de nombreux problèmes sont survenus. Une des questions centrales récurrentes est de savoir dans quelle mesure le service d'urgence spécialisé est à considérer comme l'accomplissement de l'obligation légale de participer au service d'urgence ambulatoire.

Alors que pendant longtemps, la solution à cette question se présentait comme la quadrature du cercle, il a été possible ces derniers mois et semaines, grâce à d'intensifs pourparlers entre la SMCB, les cercles médicaux et les représentants des associations professionnelles, de définir une voie largement approuvée et considérée comme praticable.

Cet accord se base sur les «Principes de la SMCB concernant la réglementation du service d'urgence ambulatoire dans les cercles médicaux» qui sont publiés sur le site de la SMCB (www.berner-aerzte.ch). Désormais, ces principes sont complétés par une annexe (publiée ces jours-ci) qui définit les critères de reconnaissance des services d'urgence spécialisés dans les cercles médicaux (CM) du canton de Berne. Le large soutien ainsi que la validation des critères laissent entendre qu'une base a pu être créée qui apporte en grande partie une solution aux questions non réglées et aux problèmes en suspens ou permettra de les régler à brève échéance.

Nous sommes cependant tous conscients que ces règlements ne constituent pas une solution définitive concernant la possible organisation future du service d'urgence ambulatoire. Quelques modifications qui ont notamment conduit à alléger la charge des collègues participant à ce service ont déjà été réalisées. Mentionnons à cet effet le centre d'appel des médecins MEDPHONE, la création de postes de médecins de pre-

mier recours ou la vaste coopération mise en place des cercles médicaux et des cercles de service d'urgence ambulatoire avec les portes d'urgences des hôpitaux. Cependant, la mutation structurelle, mais aussi des valeurs, au sein du corps médical, les problèmes de relève et les changements souvent cruciaux dans le secteur de la santé appellent d'une manière générale à définir de nouvelles voies. C'est pourquoi la SMCB planche, depuis déjà un certain temps, sur l'élaboration de nouveaux modèles pour l'organisation du service d'urgence ambulatoire. L'objectif est une professionnalisation du service d'urgence ambulatoire, tout en laissant toutefois la barre aux mains de ceux qui disposent du meilleur savoir et de la meilleure expérience en la matière. Dans les mains donc des médecins. Il s'agit de trouver un concept où chacun apporte sa contribution et s'intègre dans l'ensemble. C'est la seule façon d'organiser un service d'urgence ambulatoire optimal pour le bien de nos patientes et patients mais aussi pour notre propre salut.