

# Bulletin des médecins suisses

**393** Editorial  
**Comparer ce qui  
est comparable**

**413** Tribune  
**«Lücken in Prävention und  
Früherkennung schliessen»**

**422** «Et encore...»  
par Eberhard Wolff  
**De la critique des patients**

13 29.3.2017



**394** FMH  
**Statistique médicale 2016  
de la FMH:  
36 175 médecins en exercice**



Offizielles Organ der FMH und der FMH Services [www.saez.ch](http://www.saez.ch)  
Organe officiel de la FMH et de FMH Services [www.bullmed.ch](http://www.bullmed.ch)  
Bollettino ufficiale della FMH e del FMH Services  
Organ uffical da la FMH e da la FMH Services



**Rédaction**

Dr méd. et lic. phil. Bruno Kesseli, membre de la FMH (Rédacteur en chef); biol. dipl. Tanja Kühnle (Managing Editor); Isabel Zwysig, M.A. (Rédactrice coordinatrice); Dr méd. Werner Bauer, membre de la FMH; Prof. Dr méd. Samia Hurst; Dr méd. Jean Martin, membre de la FMH; lic. oec. publ. Anna Sax, MHA; Dr méd. Jürg Schlup, président de la FMH; Prof. Dr méd. Hans Stalder, membre de la FMH; Dr méd. Erhard Taverna, membre de la FMH; lic. phil. Jacqueline Wettstein, cheffe de la communication de la FMH

**Rédaction Ethique**

Dr théol. Christina Aus der Au, p.-d.; Prof. Dr méd. Lazare Benaroyo, membre de la FMH; Dr phil., biol. dipl. Rouven Porz, p.-d.

**Rédaction Histoire de la médecine**

Prof. Dr méd. et lic. phil. Iris Ritzmann; Dr ès sc. soc. Eberhard Wolff, p.-d.

**Rédaction Economie**

lic. oec. publ. Anna Sax, MHA

**Rédaction Droit**

M<sup>e</sup> Hanspeter Kuhn, chef du Service juridique de la FMH

**FMH**

ÉDITORIAL: Christoph Bosshard

393 **Comparer ce qui est comparable**

394



DDQ: Stefanie Hostettler, Esther Kraft

**Statistique médicale 2016 de la FMH: 36175 médecins en exercice** La division Données, démographie et qualité (DDQ) publie tous les ans les chiffres actuels de la statistique médicale. En 2016, le nombre de médecins en exercice s'élève à 36175 (31851 équivalents plein temps). Avec une densité médicale de 4,2 (médecins pour 1000 habitants), la Suisse se situe au-delà de la moyenne de l'OCDE de 3,3 (marge de fluctuation: >1,0 et <7,0), mais à peu près au même niveau que ses voisins allemands et français, et nettement plus bas que l'Autriche.

401 **Nouvelles du corps médical****Courrier / Communications**402 **Courrier au BMS****FMH Services**403 **Emplois et cabinets médicaux** (version imprimée uniquement)**Tribune**

INTERVIEW AVEC FELIX MAHLER ET AUGUSTO GALLINO: Bruno Kesseli

413 **«Lücken in Prävention und Früherkennung schliessen»** La «Stratégie nationale contre les maladies cardio-vasculaires, l'attaque cérébrale et le diabète» a été lancée le 8 novembre 2016 à Berne. Dans cet entretien, Felix Mahler et Augusto Gallino, respectivement ancien et actuel président de CardioVasc Suisse, dressent un bilan intermédiaire.**Horizons**

TU TROUVERAS TA VOIE!: Tanja Kühnle

416 **Perspectives professionnelles hors du commun pour les médecins: médecin d'expédition** Le dernier examen est passé, et les études de médecine terminées. Et après? Dans notre série «Tu trouveras ta voie!», nous présentons, à intervalles irréguliers, plusieurs perspectives professionnelles hors du commun. Dans cette édition, le Professeur Patrick Schoettker évoque son activité accessoire de médecin d'expédition.

## Horizons

EXPOSITION: Erhard Taverna

- 419 **Textile Umwege** Les vêtements sont trop bon marché, nous en achetons beaucoup plus que ce dont nous avons besoin. L'exposition Fast Fashion. La face cachée de la mode du Musée du textile de Saint-Gall met en lumière le coût social et économique de ce phénomène.

NOTES DE LECTURE: Jean Martin

- 420 **Récit personnel et vaste tour d'horizon de sociologie et psychologie médicales: Mes Mille et Une Nuits** Philosophe analytique français Ruwen Ogien, 70 ans, est notamment l'avocat d'une éthique minimaliste (en bref: nous ne devons rien à nous-mêmes, «ne pas nuire aux autres, rien de plus»). En 2013 a été diagnostiqué chez lui un cancer du pancréas; il a été opéré, a subi une demi-douzaine de chimiothérapies et vient de publier le livre discuté ici.

## Et encore...

Eberhard Wolff

- 422 **De la critique des patients** A la fin de l'année dernière, un médecin de famille avait évoqué dans le *Bulletin des médecins suisses* le phénomène du «Nouveau Patient». Cette semaine, l'auteur du «Et encore...» a souhaité apporter un éclairage historique. Pour lui, écrire l'«Histoire de la critique des patients» donnerait un pavé aussi volumineux que divertissant.

ANNA



## Impressum

### Bulletin des médecins suisses

Organe officiel de la FMH et de FMH Services

**Adresse de la rédaction:** Elisa Jaun, Assistante de rédaction BMS, EMH Editions médicales suisses SA, Farnsburgerstrasse 8, 4132 Muttenz, tél. +41 (0)61 467 85 72, fax +41 (0)61 467 85 56, redaktion.saez@emh.ch, www.saez.ch

**Editeur:** EMH Editions médicales suisses SA, Farnsburgerstrasse 8, 4132 Muttenz, tél. +41 (0)61 467 85 55, fax +41 (0)61 467 85 56, www.emh.ch

### Marketing EMH / Annonces:

Dr phil. II Karin Würz, responsable marketing et communication, tél. +41 (0)61 467 85 49, fax +41 (0)61 467 85 56, kwuerz@emh.ch

«Offres et demandes d'emploi/Immeubles/Divers»: Matteo Domeniconi.

personne de contact, tél. +41 (0)61 467 86 08, fax +41 (0)61 467 85 56, stellenmarkt@emh.ch

«Office de placement»: FMH Consulting Services, Office de placement, Case postale 246, 6208 Oberkirch, tél. +41 (0)41 925 00 77, fax +41 (0)41 921 05 86, mail@fmhjob.ch, www.fmhjob.ch

**Abonnements membres de la FMH:** FMH Fédération des médecins suisses, Elfenstrasse 18, 3000 Berne 15, tél. +41 (0)31 359 11 11, fax +41 (0)31 359 11 12, dlm@fmh.ch

**Autres abonnements:** EMH Editions médicales suisses SA, Abonnements, Farnsburgerstrasse 8, 4132 Muttenz, tél. +41 (0)61 467 85 75, fax +41 (0)61 467 85 76, abo@emh.ch

**Prix de l'abonnement:** abonnement annuel CHF 320.-, port en sus.

ISSN: version imprimée: 0036-7486 / version en ligne: 1424-4004  
Paraît le mercredi

### © FMH

Le Bulletin des médecins suisses est actuellement une publication en libre accès (open access). Jusqu'à révocation, la FMH habilite donc EMH à accorder à tous les utilisateurs, sur la base de la licence Creative Commons «Attribution – Pas d'utilisation commerciale – Pas de modification 4.0 International», le droit, non limité dans le temps, de reproduire, distribuer et communiquer cette création au public. Le nom de l'auteur doit dans tous les cas être indiqué de manière claire et transparente. L'utilisation à des fins commerciales peut être possible.

de l'autorisation de EMH et sur la base d'un accord écrit.

**Note:** Toutes les données publiées dans ce journal ont été vérifiées avec le plus grand soin. Les publications signées du nom des auteurs reflètent avant tout l'opinion de ces derniers, pas forcément celle de la rédaction du [BMS]. Les doses, indications et formes d'application mentionnées doivent en tous les cas être comparées aux notices des médicaments utilisés, en particulier pour les médicaments récemment autorisés.

Production: Schwabe SA, Muttenz, www.schwabe.ch

printed in  
switzerland

Photo de couverture:   
See: <http://emh.ch/en/services/permissions.html>

# Comparer ce qui est comparable

**Christoph Bosshard**

Dr méd., vice-président de la FMH, responsable du département Données, démographie et qualité



Le bonheur des choses simples: «Ramène un kilo de pain à la maison», entends-je après avoir confirmé que je serai là pour le souper. Devant le rayon, l'affaire se corse: pain blanc ou complet? Avec ou sans graines? Ce qui paraît simple à première vue ne l'est pas toujours. Heureusement, certaines décisions du quotidien n'ont pas d'impact significatif – d'autres en revanche ont bien plus d'importance. Comment évolue la démographie du corps médical? Qu'en est-il du taux d'occupation? Suffit-il d'additionner les têtes pour avoir un bon aperçu de la force de travail des médecins? L'augmentation du travail à temps partiel est un fait de société, y compris chez les médecins, où elle concerne davantage les femmes que les hommes. Si ces derniers sont actuellement plus nombreux à exercer la médecine (59%, contre 41% de femmes), cette situation est cependant sur le point de s'inverser durablement: l'avenir de la médecine est clairement féminin, comme le montre le nombre de diplômé-e-s en médecine humaine, qui arriveront sur le marché du travail d'ici six à neuf ans.

## La progression du travail à temps partiel va se poursuivre avec la féminisation de la médecine.

Un autre défi réside dans la définition d'une activité à plein temps, qui n'est pas encore réglée uniformément. A ce sujet, je me souviens encore avoir entendu: «Une journée compte 24 heures, ensuite il y a la nuit, et si cela ne suffit toujours pas, on fera des heures supplémentaires.» Le recensement effectué dans myFMH se base sur des demi-journées travaillées de quatre à six heures. A l'avenir, il s'agira de déterminer si cette méthode tient suffisamment compte de l'hétérogénéité des disciplines, mais aussi des classes d'âges des médecins, afin d'éviter de comparer ce qui n'est pas comparable. Ceci arrive malheureusement bien trop souvent,

comme l'illustre un exemple récemment observé dans le canton de Berne: après une vie professionnelle bien remplie, un pédiatre a la chance de trouver une solution pour régler la succession de son cabinet et prendre une retraite bien méritée – cinq médecins à temps partiel se répartissent désormais son travail. La statistique par tête parlerait alors d'une multiplication par cinq des soins.

## Au lieu de compter les têtes, les équivalents plein temps sont plus adaptés pour la planification des soins médicaux.

Venons-en aux soins, justement. Outre la perspective des fournisseurs de prestations, il s'agit aussi de considérer la perspective des bénéficiaires. En observant l'évolution démographique de nos concitoyens, nous constatons qu'à l'avenir, la classe d'âge des 75+ va augmenter de manière disproportionnée par rapport au reste de la population. Cette évolution est également au centre du débat actuel sur la prévoyance vieillesse. La remise en question du système de solidarité déjà parmi les personnes en bonne santé est indéniable. Cette situation est encore aggravée par la part des coûts de santé de la classe 75+, nettement supérieure à celle des autres classes. Nous sommes là en présence de deux facteurs disproportionnés à effet multiplicateur du côté des bénéficiaires de soins, qui auront dans tous les cas un impact sur les soins à l'avenir, même si les besoins individuels de la population n'évoluent pas. Il appartient aux milieux politiques et administratifs de présenter des perspectives. Du côté des médecins, la FMH prend ses responsabilités et met tout en œuvre pour que notre système de santé tienne le cap. J'en profite pour adresser mes plus vifs remerciements à tous nos membres qui apportent leur pierre à l'édifice en mettant à jour leurs données sur myFMH.

# 36 175 médecins en exercice

Stefanie Hostettler<sup>a</sup>, Esther Kraft<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Dr sc. EPFZ, division Données, démographie et qualité (DDQ) de la FMH; <sup>b</sup> lic. rer. oec., cheffe de la division Données, démographie et qualité (DDQ) de la FMH

La division Données, démographie et qualité (DDQ) publie tous les ans les chiffres actuels de la statistique médicale. Vous trouverez les statistiques des années 1940 à 2016, le moteur de recherche et de plus amples informations à ce sujet sur le site Internet de la FMH ([www.fmh.ch](http://www.fmh.ch) → Services → Statistique → Statistique médicale). La division DDQ propose des évaluations spécifiques: [ddq\[at\]fmh.ch](mailto:ddq[at]fmh.ch) / 031 359 11 11.

## Des chiffres actuels pour relever les défis de demain

La statistique médicale de la FMH se fonde sur une base de données détaillée (cf. chapitre «Base de données») et présente chaque année les chiffres de la démographie et de l'activité professionnelle des médecins en Suisse. Elle permet de suivre les évolutions, d'identifier les défis de demain et de disposer d'informations importantes pour la planification d'un système de santé adapté aux besoins.

## Médecins en exercice

En 2016, 36 175 médecins (14 953 femmes, 21 222 hommes) exerçaient en Suisse, soit 850 de plus que l'année précédente. Le nombre d'équivalents plein temps (EPT) a augmenté de 524 par rapport à l'année précédente (31 327 EPT en 2015 contre 31 851 en 2016). Bien que les hommes restent plus nombreux que les femmes avec 58,7%, la part des femmes a davantage progressé que celle des hommes au cours des dernières années: depuis 2010, le nombre de femmes a augmenté de 37,9% contre seulement 9,2% pour les hommes. Les spécialisations les plus répandues sont la médecine interne générale

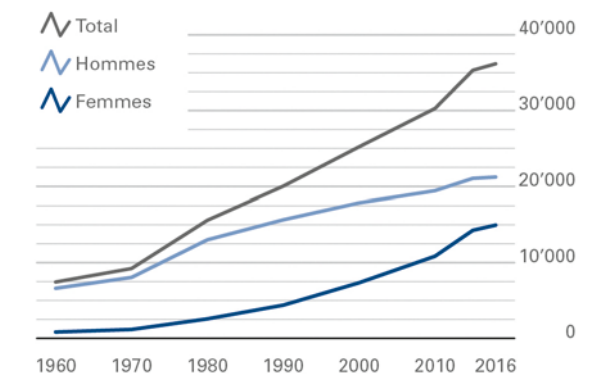


Figure 1: Nombre de médecins d'après l'année et le sexe 1960–2016.

(23,0%), la psychiatrie et psychothérapie (10,1%) et la pédiatrie (4,9%).

51,1% des médecins exercent dans le secteur ambulatoire, 47,3% dans le secteur hospitalier et 1,6% dans un autre secteur (cf. tab. 1). Avec 46,2%, la part des femmes est la plus forte dans le secteur hospitalier, suivie de 37,2% dans le secteur ambulatoire et de 30,7% dans le troisième secteur.

## Médecins en exercice:

- 36 175 médecins
- 59% d'hommes et 41% de femmes
- 51% en ambulatoire, 47% en hospitalier et 2% autre

## Pyramide des âges

La moyenne d'âge des médecins en exercice se situe aujourd'hui à 49,2 ans (femmes 45,4; hommes 51,9). Un médecin du secteur ambulatoire a en moyenne 54,6 ans, soit dix ans de plus que son collègue du secteur hospitalier, qui a 43,2 ans. Cette différence d'âge marquante entre le secteur ambulatoire et le domaine hospitalier

## Résumé

En 2016, le nombre de médecins en exercice s'élève à 36 175 (31 851 équivalents plein temps). Avec une densité médicale de 4,2 (médecins pour 1000 habitants), la Suisse se situe au-delà de la moyenne de l'OCDE de 3,3 (marge de fluctuation >1,0 et <7,0) mais à peu près au même niveau que ses voisins allemands et français, et nettement plus bas que l'Autriche. Même si davantage d'hommes (58,7% contre 41,3% de femmes) pratiquent, la part de femmes a proportionnellement plus augmenté ces dernières années. Avec 51,1% de médecins dans le secteur ambulatoire pour 47,3% dans le secteur hospitalier, ce sont environ 1350 médecins de plus qui exercent en ambulatoire. Les spécialisations les plus répandues sont la médecine interne générale (23,0%), la psychiatrie et psychothérapie (10,1%) et la pédiatrie (4,9%). Enfin, un médecin sur trois, soit 32,9% du corps médical, vient de l'étranger. Un chiffre qui souligne l'aspect fondamental de l'immigration pour le système de santé de notre pays.



**Tableau 1:** Aperçu du nombre et d'équivalents plein temps de médecins en exercice par secteur (activité principale) en 2016.

	Femmes		Hommes		Total	
	Nombre	EPT	Nombre	EPT	Nombre	EPT
Secteur ambulatoire	6864	4770	11 609	10 320	18 473	15 091
Secteur hospitalier	7 910	6 929	9 209	9 338	17 119	16 267
Autre	179	135	404	358	583	493
<b>Total</b>	<b>14 953</b>	<b>11 835</b>	<b>21 222</b>	<b>20 016</b>	<b>36 175</b>	<b>31 851</b>

EPT = équivalents plein temps

s'explique principalement par le fait que la formation postgraduée des assistants se déroule essentiellement en milieu hospitalier. Dans le secteur hospitalier, les médecins (sans compter les médecins-assistants) ont en moyenne 46,0 ans.

### Age moyen:

- 49 ans pour tout le corps médical (femmes: 45 ans, hommes: 52 ans)
- 48 ans pour tout le corps médical avec diplôme étranger
- Chefs de clinique: 46 ans, médecins-chefs: 54 ans

### Evolution de la pyramide des âges des généralistes et des spécialistes (2008–2016)

En 2008, les généralistes (médecine interne générale, pédiatrie et médecin praticien) du secteur ambulatoire affichaient un âge moyen de 52,6 ans, soit 1,5 an de moins que la moyenne de 2016 (54,1 ans). La fig. 2 montre qu'en 2016, ils ont exercé nettement plus souvent au-delà de l'âge de la retraite qu'en 2008 et par rapport aux généralistes du secteur hospitalier. En raison des transferts de l'hospitalier vers l'ambulatoire, il faut s'attendre à une recrudescence des généralistes ambulatoires dans les catégories d'âge 40–44 ans et 45–49 ans.

Dans le secteur ambulatoire, la hausse du nombre de spécialistes n'a été que de 7,7% depuis 2008 sur l'ensemble de la pyramide des âges (31,3% pour les généralistes). La légère hausse de 2016 par rapport à 2008 (fig. 3) découle, entre autre, du gel des admissions pour les spécialistes qui exercent en cabinet.

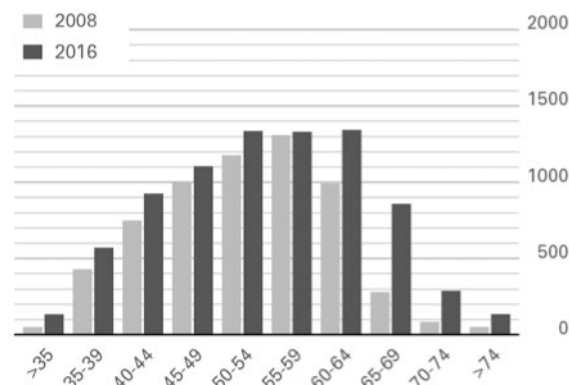
En 2016, le nombre de médecins du secteur hospitalier est nettement supérieur à 2008 (fig. 2 et 3). La répartition des catégories d'âges est similaire dans les deux groupes pour 2008 et 2016. Il est probable que les généralistes (médecine interne générale, pédiatrie et médecin praticien) quittent l'hôpital plus rapidement que les spécialistes en raison d'une durée de formation postgraduée plus courte pour lancer leurs activités en cabinet ou une autre activité. Les médecins qui travaillent à l'hôpital pratiquent nettement moins longtemps que leurs collègues de l'ambulatoire (la majorité d'entre eux terminant leur activité professionnelle à l'âge de la retraite).

### Densité médicale

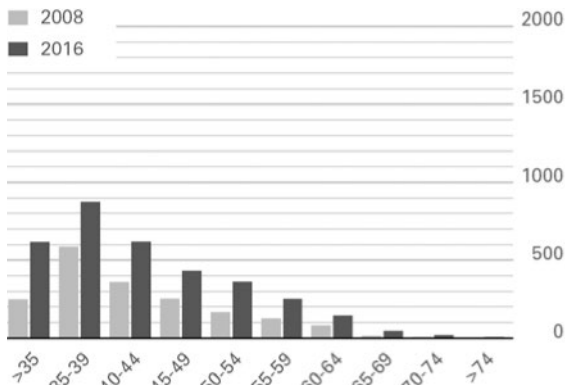
Avec 4,2 médecins pour 1000 habitants, la Suisse compte une densité médicale (par habitant) supérieure à la moyenne de l'OCDE (3,3 médecins pour 1000 habitants) [1]. En équivalents plein temps (cf. chapitre sur le taux d'occupation), la densité médicale s'élève à 3,8 médecins pour 1000 habitants. Pour les généralistes du secteur ambulatoire, cette densité est de 0,95 et pour les spécialistes de 1,22 pour 1000 habitants.

Quand on regarde la répartition géographique des généralistes, on voit que la densité médicale du secteur ambulatoire est inférieure à un généraliste pour 1000 habitants dans beaucoup de régions (fig. 4). Les généralistes (du secteur ambulatoire) sont davantage installés

**Généralistes (ambulatoire)**



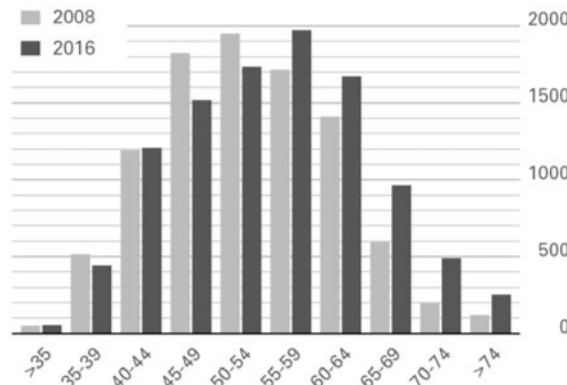
**Généralistes (hospitalier)\***



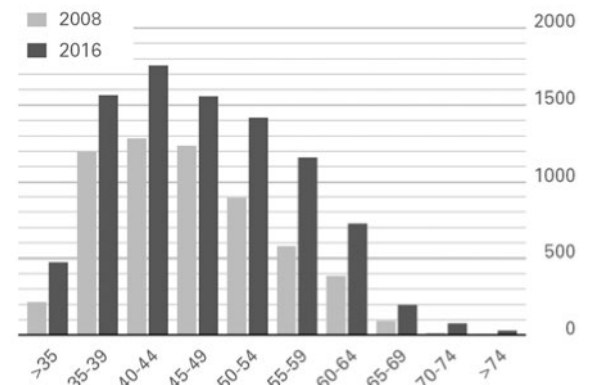
**Figure 2:** Pyramide des âges des généralistes, 2008 et 2016 par secteur.

\* Les médecins-assistants parmi les généralistes hospitaliers ne sont pas comptés.

**Spécialistes (ambulatoire)**



**Spécialistes (hospitalier)**



**Figure 3:** Pyramide des âges des spécialistes, 2008 et 2016 par secteur.

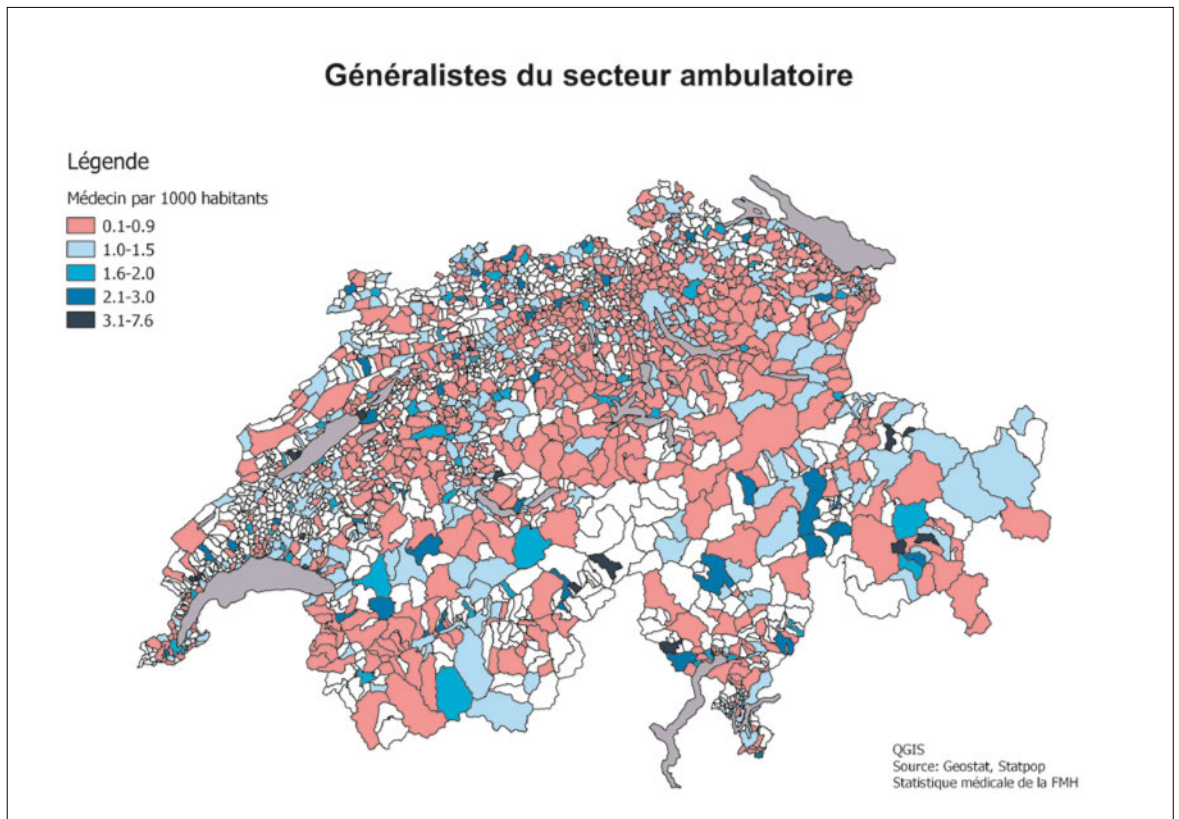
dans les zones rurales alors que la densité de spécialistes est nettement supérieure dans les communes urbaines (fig. 5).

**Densité médicale:**

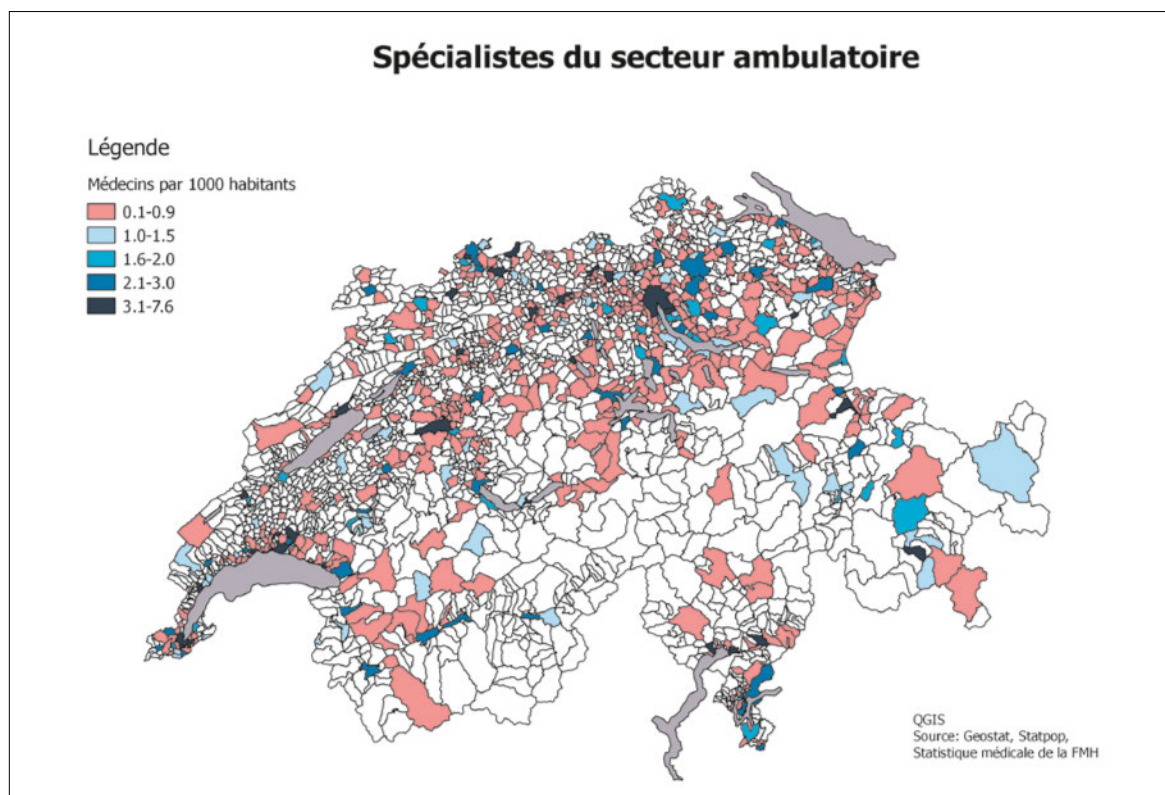
- Suisse: 4,2 médecins pour 1000 habitants
- Généralistes: 0,95 médecin pour 1000 habitants
- Spécialistes: 1,22 médecin pour 1000 habitants

**Médecins étrangers**

11900 (32,9%) des médecins en exercice dans notre pays sont d'origine étrangère (respectivement titulaires d'un diplôme de médecin étranger). Dans le secteur ambulatoire, la part de médecins étrangers se monte à 27,6% alors qu'elle est de 38,4% dans le secteur hospitalier. Par rapport à l'année précédente, la part de méde-



**Figure 4:** Densité de généralistes par commune en 2015 (secteur ambulatoire).  
Remarque: surfaces blanches = aucun médecin.



**Figure 5:** Densité de spécialistes par commune en 2015 (secteur ambulatoire).  
Remarque: surfaces blanches = aucun médecin.

cins étrangers a de nouveau augmenté d'un point de 31,5% à 32,9%. Avec respectivement 43,4% et 47,1%, la part des femmes au bénéfice d'un diplôme de médecin étranger est inférieure à celle des hommes dans les deux secteurs (56,6% et 52,9%). La majorité des médecins étrangers provient d'Allemagne (18,7%), d'Italie (2,8%), de France (2,1%) ou d'Autriche (2,0%).

#### Part de médecins étrangers:

- 32,9% avec un diplôme de médecin étranger
- 44,2% des titres fédéraux de spécialiste sont délivrés à des médecins étrangers
- 1677 reconnaissances de titres de spécialiste étrangers

#### Formation postgraduée

S'agissant de l'octroi de titres de spécialiste (total 1302), la part des femmes s'élève à 54,6%. Au terme de la formation postgraduée respectivement au moment d'obtenir leur premier titre de spécialiste, les médecins sont en moyenne âgés de 36,4 ans (femmes 36,1 ans; hommes 36,7 ans). La part de titres délivrés dans les disciplines généralistes (médecine interne générale, pédiatrie et titre de médecin praticien) atteint 41,6%.

44,2% des médecins qui ont obtenu un titre de spécialiste en 2016 sont au bénéfice d'un diplôme de médecin étranger et se répartissent de la manière suivante: Allemagne 53,6%, Autriche 10,8%, Italie 9,6%, Grèce 6,3%, France 3,0%, autres 16,7%. En 2015, la Commission des professions médicales a reconnu 3109 diplômes universitaires en médecine humaine et 1677 titres de spécialiste étrangers (ces chiffres proviennent de l'OFSP et ceux de 2016 ne sont pas encore disponibles) [4].

#### Formation postgraduée:

- 1302 titres de spécialiste octroyés
- 54,6% de femmes et 45,4% d'hommes
- 44,2% à des médecins titulaires d'un diplôme de médecin étranger

#### Taux d'occupation

Les médecins ont travaillé en moyenne 8,8 demi-journées (1 demi-jour = 4 à 6 heures) par semaine (tab. 2) en 2016. Dans le secteur ambulatoire, le taux d'activité moyen est de 8,2 demi-journées, soit plus d'une demi-journée de moins que dans le secteur hospitalier (9,5 demi-journées). Le taux d'occupation moyen des



**Tableau 2:** Taux d'occupation par secteur, par catégorie d'âges et par sexe en 2016.

		Femmes		Hommes		Total	
		2008	2016	2008	2016	2008	2016
<b>Secteur</b>	ambulatoire	7,1	6,9	9,1	8,9	8,7	8,2
	hospitalier	8,9	8,8	10,1	10,1	9,9	9,5
	autre	8,3	7,5	7,3	8,9	7,6	8,4
	<b>Total</b>	<b>7,6</b>	<b>7,6</b>	<b>9,4</b>	<b>9,3</b>	<b>9,0</b>	<b>8,8</b>
<b>Catégorie d'âges</b>	<35 ans	9,4	9,6	9,6	10,2	9,5	9,8
	35-49 ans	7,6	7,2	9,5	9,4	9,0	8,5
	50+ ans	7,5	7,5	8,5	9,2	8,3	8,7

femmes médecins (en ambulatoire: 6,9; en hospitalier: 8,8 demi-journées) est nettement inférieur à celui de leurs collègues masculins (en ambulatoire: 8,9; en hospitalier: 10,1 demi-journées). Le travail à temps partiel est nettement moins présent dans le secteur hospitalier (tab. 2). C'est probablement lié au fait que la formation postgraduée des médecins se déroule principalement dans le secteur hospitalier et que le taux d'occupation peut être rarement réduit pendant cette période.

### Taux d'occupation:

- 8,8 demi-journées par semaine
- 0,2 demi-journée de moins qu'en 2008
- 1,3 demi-journée de plus dans le secteur hospitalier par rapport à l'ambulatoire

En extrapolant les taux d'occupation moyens (2016 = 8,8 demi-journées) à l'ensemble du corps médical et en les transposant en équivalents plein temps (EPT), on obtient 31 870 EPT en 2016. En tenant compte de l'évolution de la population (2015 = 3 132 700 habitants; chiffre de l'OFS, celui de 2016 n'est pas encore disponible), la densité médicale moyenne en 2015 s'élève à 3,8 médecins pour 1000 habitants.

### Structures de cabinets et réseaux de médecins

Dans le secteur ambulatoire, les médecins exercent principalement en cabinet individuel (54,8%). Depuis 2008, ce taux a diminué de 7% environ. Près de la moitié des femmes (46,3%) exercent dans un cabinet individuel, et 53,8% dans un cabinet double ou un cabinet de groupe. Chez les hommes, la part de médecins dans un cabinet individuel est légèrement plus élevée à 59,5%. Enfin, un cabinet de groupe compte en moyenne 4,1 médecins.

Selon les données auto-déclarées, 50,9% des médecins exerçant dans le domaine ambulatoire sont affiliés à un réseau de médecins. Alors que 66,5% d'hommes médecins sont dans un réseau, les femmes sont 33,5% à y être affiliées.

### Structure des cabinets

- 54,8% des médecins exercent en cabinet individuel
- 4,1 médecins par cabinet de groupe
- 50,9% de médecins sont membres d'un réseau de médecins

### Pour une prise en charge durable adaptée au besoin

En 2016, le nombre de praticiens en exercice a augmenté de 850 et atteint désormais 36 175 médecins. La part importante de médecins étrangers parmi les médecins en exercice (32,9%) et les médecins qui obtiennent un titre de spécialiste (44,2%) souligne l'importance de l'immigration pour la prise en charge médicale en Suisse.

La statistique médicale de la FMH montre également que depuis 2008, le nombre de généralistes (+31,3%) a nettement plus augmenté que le nombre de spécialistes (+7,7%) dans le secteur ambulatoire. Cette hausse du nombre de généralistes s'explique notamment par le fait que nettement plus de médecins continuent de pratiquer après avoir atteint l'âge de la retraite par rapport à 2008. La répartition des catégories d'âges et la part (41,6%) des titres octroyés en médecine interne générale, en pédiatrie et à des médecins praticiens laissent entrevoir que la prochaine génération de généralistes sera suffisamment nombreuse dans le secteur ambulatoire. La répartition géographique des médecins ambulatoires indique que les généralistes pratiquent davantage dans les régions rurales, à l'inverse des spécialistes.

La statistique médicale de la FMH présente chaque année les chiffres actuels sur la démographie médicale,

l'immigration, l'activité professionnelle et d'autres faits. Ces informations sont fondamentales pour créer des conditions-cadres adaptées à la pratique de la médecine et planifier la couverture médicale en Suisse. Par ailleurs, la FMH soutient des projets de recherche issus de la «pratique» et une *recherche sur les soins* globale permettant de se prononcer sur les conditions-cadres et de développer et évaluer des concepts de prise en charge [5].

**Références**

- 1 OCDE (2015), «Médecins (nombre total)», dans Panorama de la santé 2015: Les indicateurs de l'OCDE, OECD Publishing, Paris (DOI: [http://www.oecd-ilibrary.org/fr/social-issues-migration-health/panorama-de-la-sante-2015/medecins-nombre-total\\_health\\_glance-2015-21-fr](http://www.oecd-ilibrary.org/fr/social-issues-migration-health/panorama-de-la-sante-2015/medecins-nombre-total_health_glance-2015-21-fr)).
- 2 <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/service/zahlen-fakten/statistiken-berufe-im-gesundheitswesen/statistiken-medizinalberufe1/statistiken-aerztinnen-aerzte.html>
- 3 Position de la FMH sur la santé publique en Suisse (2016): [http://www.fmh.ch/fr/politique\\_themes/politique.html](http://www.fmh.ch/fr/politique_themes/politique.html)

**Base de données**

La statistique médicale de la FMH est établie en fin d'année (jour de référence: 31 décembre de l'année concernée). La banque de données de la FMH (n = 36 175) contient les principales caractéristiques de la démographie médicale telles que l'âge, le sexe, la nationalité et le lieu où le médecin exerce sa profession. Les données concernant l'activité professionnelle (taux d'activité, structures des cabinets, etc.) reposent sur les données auto-déclarées recueillies au moyen d'un questionnaire sur le portail des membres myFMH (échantillon myFMH). L'échantillon myFMH contient les données de plus de 14 700 médecins qui ont été comparées avec les données de l'ensemble de la population de médecins en exercice en Suisse (sexe et secteur). On a ainsi constaté que le secteur hospitalier et les femmes du secteur hospitalier étaient sous-représentés dans l'échantillon (différence >10% par rapport à l'ensemble de la population). Pour minimiser ce biais, les chiffres par secteur et par sexe ont été analysés séparément ou pondérés en conséquence.

**FMH**  
**FMH STATISTIQUE MÉDICALE**  
**2016**  
 Faits | Chiffres

**Outil de recherche interactif de la FMH**  
 Vous trouverez l'outil de recherche interactif, les statistiques 1934-2016 et de plus amples informations à ce sujet sur le site internet de la FMH ([www.fmh.ch](http://www.fmh.ch)) > Services > Statistique > Statistique médicale. La division DDO se tient volontiers à votre disposition pour tout complément d'information: [ddq@fmh.ch](mailto:ddq@fmh.ch) / 031 359 11 11.

[www.fmh.ch](http://www.fmh.ch)



Combien y a-t-il de **médecins** en Suisse? Dans quel **secteur de soins** exercent-ils? Quelle est la **proportion de médecins étrangers**? Qu'en est-il du **taux d'occupation**? La statistique médicale de la FMH répond à ces questions. Année après année depuis 1934, elle publie ses chiffres, suit l'évolution du corps médical et en indique les tendances.

**41%** Actuellement, la Suisse compte **36'175** médecins en exercice.

**59%**

L'âge moyen des médecins est de **49** ans.

Détenteurs de cabinet: **56** ans    Chefs de clinique: **46** ans    Médecins-chefs: **54** ans

Part d'étrangers: **33%** des médecins viennent de l'étranger.

Par rapport à l'année dernière, la part de médecins au bénéfice d'un diplôme de médecin étranger a progressé de 1,5% et se monte à 33%.

**29%** Etats UE    **4%** Etats hors UE

**Spécialisations:** Les médecins exercent dans **46** disciplines médicales. Les spécialisations les plus représentées sont les suivantes:

médecine interne générale	psychiatrie et psychothérapie	pédiatrie
<b>8306</b>	<b>3657</b>	<b>1786</b>

En moyenne, on compte **4,2** médecins pour **1000** habitants en Suisse.

Ville: **7,1**    Campagne: **1,6**

**SECTEUR AMBULATOIRE**

Pyramide des âges:

Taux d'occupation: **54%** travaillent à plein temps

Part d'étrangers: **27,6%**

Nombre de médecins: **18'473**

**37%** Femmes    **63%** Hommes

**SECTEUR HOSPITALIER**

Pyramide des âges:

Taux d'occupation: **79%** travaillent à plein temps

Part d'étrangers: **38,4%**

Nombre de médecins: **17'119**

**46%** Femmes    **54%** Hommes

**Poster – clair et compact:** Si vous souhaitez avoir un aperçu de la statistique médicale de la FMH sous forme compacte, n'hésitez pas à commander notre poster à l'adresse [www.fmh.ch](http://www.fmh.ch) → Services → Statistique ou par courriel à [ddq\[at\]fmh.ch](mailto:ddq[at]fmh.ch).

## Glossaire (par ordre alphabétique)

<b>Activité principale</b>	Est considéré comme activité principale le secteur dans lequel le médecin exerce la majeure partie de son activité.
<b>Autre secteur</b>	Font partie d'un autre secteur les activités de médecins ne relevant ni du secteur ambulatoire ni du secteur hospitalier, par ex. professeurs, privat-docents, médecins engagés par des assurances, etc.
<b>Cabinet à deux médecins ou de groupe</b>	Utilisation d'appareils, d'équipements ou de locaux par deux ou plusieurs médecins.
<b>Cabinet individuel</b>	Utilisation d'appareils, d'équipements ou de locaux par un seul médecin.
<b>Canton</b>	Le canton pris en compte est celui dans lequel le médecin exerce son activité principale. S'il n'a rien indiqué à ce sujet, c'est le canton de l'adresse de contact qui est pris en compte.
<b>Discipline principale</b>	La discipline principale d'un médecin correspond au titre de spécialiste dans le cadre duquel il exerce la majeure partie de son activité médicale (d'après son auto-déclaration et les règles prédéfinies).
<b>Médecins du secteur ambulatoire</b>	Médecins qui exercent leur activité principale dans le secteur ambulatoire.
<b>Médecins du secteur hospitalier</b>	Médecins qui exercent leur activité principale en milieu hospitalier.
<b>Médecins d'un autre secteur</b>	Médecins qui n'exercent leur activité principale ni dans le secteur ambulatoire ni en milieu hospitalier.
<b>Réseaux de médecins</b>	Les réseaux de médecins sont des organisations formées par des prestataires de soins et assurant la couverture médicale. Sur la base d'une collaboration contractuelle, tant mutuelle qu'avec des fournisseurs et des organismes extérieurs au réseau, ils fournissent des prestations de santé axées sur les besoins des patients. Cette collaboration repose sur un processus thérapeutique convenu par contrat, des structures organisationnelles entrepreneuriales et une culture commune de la prise en charge des patients.
<b>Secteur ambulatoire</b>	Font partie du secteur ambulatoire les consultations données et les soins dispensés par des médecins en cabinet individuel ou de groupe. Les patients sont généralement traités de manière ambulatoire ou à leur domicile (visites à domicile). Font également partie du secteur ambulatoire les activités des médecins consultants privés dans les hôpitaux ou dans des dispensaires, des infirmeries ou des établissements analogues attachés à des entreprises, des écoles, des homes pour personnes âgées, des organisations syndicales et des confréries (cabinet médical indépendant ou semblable) (source: OFS).
<b>Secteur hospitalier</b>	Font partie du secteur hospitalier les traitements médicaux, diagnostics, soins, interventions chirurgicales, analyses, services d'urgence et activités de formation pré-graduée, postgraduée et continue, etc. dans les hôpitaux. Font également partie du secteur hospitalier les foyers protégés avec un encadrement social 24 h sur 24 accueillant des enfants, des personnes âgées et des groupes de personnes dont l'autonomie est limitée (source: OFS).
<b>Taux d'occupation</b>	Le taux d'occupation est indiqué en demi-jours. Un demi-jour correspond à un volume de travail de 4 à 6 heures. Un emploi à plein temps correspond à un taux d'occupation hebdomadaire moyen de 10 demi-jours.
<b>Traitements ambulatoires en milieu hospitalier</b>	Tous les traitements qui ne sont pas réputés hospitaliers ou semi-hospitaliers.
<b>Traitements hospitaliers en milieu hospitalier</b>	Séjours à l'hôpital d'au moins 24 heures pour des examens, des traitements et des soins. Séjours à l'hôpital de moins de 24 heures, au cours desquels un lit est occupé durant une nuit. Séjours à l'hôpital en cas de transfert dans un autre hôpital ou en cas de décès.

Correspondance:  
FMH / division DDQ  
Elfenstrasse 18  
CH-3000 Berne 15,  
Tél. 031 359 11 11  
ddq[at]fmh.ch  
www.fmh.ch

# Nouvelles du corps médical

## Todesfälle / Décès / Decessi

*Henriette Howald* (1951), † 7.3.17,  
Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin  
und Fachärztin für Arbeitsmedizin,  
3074 Muri b. Bern

*René C. Müller* (1954), † 11.2.17,  
Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe,  
8400 Winterthur

## Praxiseröffnung / Nouveaux cabinets médicaux / Nuovi studi medici

### AG

*Andrea Göpfert*,  
Fachärztin für Kardiologie und Fachärztin  
für Allgemeine Innere Medizin, Albert-  
strasse 4, 5432 Neuenhof

### TI

*Massimiliano Matteo Gini*,  
Spécialiste en médecine interne générale,  
via Pian Scairolo 34 A, 6915 Pambio-Noranco

## Aargauischer Ärzteverband

Zur Aufnahme in den Aargauischen Ärzteverband haben sich angemeldet:

als ordentlich praktizierende Mitglieder:

*Adina Badoi*, Fachärztin für Allgemeine  
Innere Medizin, FMH, 4657 Dulliken, Praxis-  
eröffnung in Praxisgemeinschaft in Aarau  
seit 14. Februar 2017

*Nina Kononowa*, Fachärztin für Allgemeine  
Innere Medizin, Fachärztin für Nephrologie,  
FMH, 4054 Basel, Praxiseröffnung in Praxis-  
gemeinschaft in Frick per 1. April 2017

*René Vollenbroich*, Facharzt für Kardiologie,  
FMH, 3008 Bern, Praxiseröffnung in Praxis-  
gemeinschaft in Menziken per 1. April 2017

*Cristina Volz*, Fachärztin für Gynäkologie  
und Geburtshilfe, FMH, 4103 Bottmingen,  
Angestellt in Praxisgemeinschaft in Baden  
seit 1. März 2017

Diese Kandidaturen werden in Anwendung  
von Art. 5 der Statuten des Aargauischen  
Ärzteverbandes veröffentlicht. Einsprachen  
müssen innert 14 Tagen seit der Bekannt-  
machung schriftlich und begründet der  
Geschäftsleitung des Aargauischen Ärzte-  
verbandes eingereicht werden. Nach Ablauf  
der Einsprachefrist entscheidet die Ge-  
schäftsleitung über Gesuch und allfällige  
Einsprachen.

## Ärztegesellschaft des Kantons Bern

**Ärztlicher Bezirksverein Bern Regio**  
Zur Aufnahme als ordentliches Mitglied hat  
sich angemeldet:

*Andrea Vincenzo Braga*, Facharzt für Chirurgie,  
FMH, Waldeggrasse 37, 3097 Liebefeld

Einsprachen gegen diese Vorhaben müssen  
innerhalb 14 Tagen seit der Veröffentlichung  
schriftlich und begründet beim Präsidenten  
des Ärztlichen Bezirksvereins Bern Regio  
eingereicht werden.

Nach Ablauf der Frist entscheidet der  
Vorstand über die Aufnahme der Gesuche  
und über die allfälligen Einsprachen.

## Ärztegesellschaft des Kantons Luzern

Zur Aufnahme in unsere Gesellschaft Sektion  
Gäu hat sich gemeldet:

*Winfried Brenneis*, Praktischer Arzt, FMH,  
Hausarztpraxis: Brünismatt 2, 6344 Meiers-  
kappel

Zur Aufnahme in unsere Gesellschaft Sektion  
Stadt hat sich gemeldet:

*Peter Holzschuh*, Facharzt für Chirurgie,  
Magdalena Praxis AG, Denkmalstrasse 2,  
6006 Luzern

Einsprachen sind innert 20 Tagen nach der  
Publikation schriftlich und begründet zu  
richten an: Ärztegesellschaft des Kantons  
Luzern, Schwanenplatz 7, 6004 Luzern

# Courrier au BMS

## So einfach geht es leider nicht!

Brief zu: Steinmann P. Nur die nachweislich beste Therapie sollte von der Grundversicherung übernommen werden. Schweiz Ärztezeitung. 2017;98(10):311.

Der Vorschlag vom Kollegen Steinmann, die Krankenkassen nur noch das zahlen zu lassen, was je gemäss Diagnose als beste Therapie festgelegt würde, ist undurchführbar. Warum?

Wer sich ernsthaft mit dem Diagnosebegriff befasst, wie es der Nestor der Allgemeinmedizin, Niklaus Braun gemacht hat, sieht rasch, dass wir nur in seltenen Fällen Diagnosen im richtigen Sinne stellen. Wir erreichen das nur bei ca. 10% unserer Patienten. Bei 40% sehen wir «Bilder von Krankheiten» (unvollständige Diagnosen), je in 25% behandeln wir Symptome oder Symptomgruppen.

Es ist unmöglich, eine Liste von «Diagnosen» zu erstellen, die dann für die ambulante Medizin und deren «Berechnung» brauchbar wäre. Kommt noch dazu, dass wir Ärzte für die Befindensstörungen unserer Patienten viele verschiedene Ausdrücke brauchen. Zum Beispiel: Magendarmverstimmung, Sommergrippe, Gastroenteritis, Brechdurchfall etc. Oder: Erkältung, Rhinitis, Pharyngitis, grippaler Infekt, Tracheitis, Bronchitis etc.

*Dr. M. Röthlisberger,  
Allgemeinmedizin FMH, Arosa*

## Ambulant vs. stationär – politischer Salat

Brief zu: Holzmann D. Ambulant vor stationär. Schweiz Ärztezeitung. 2017;98(11):337.

Ich fand die weiterführende Analyse von Herrn Prof. Holzmann spannend und danke ihm dafür, auch dass er nebenbei unsere FMH ermuntert, deutlichere Positionen zu beziehen. Manchmal ist es nötig, klar Ärzten-unfreundliche Akteure auf der grossen Politbühne als solche zu bezeichnen.

Ich habe also seinen Brief mit Freude gelesen, allerdings nur bis zum ersten Drittel der zweiten Spalte. Dass die Beurteilung der Position der grössten politischen Kräfte in je zwei Zeilen etwas waghalsig sein dürfte, ist jedem klar und motiviert ob des Schwierigkeitsgrades der Aufgabe zu grösster Nachsicht. Dass ein Leserbrief kurz sein muss, ebenfalls. Dennoch ist es schlicht falsch, die CVP zu den Linksparteien zu zählen, wie etliche Politbarometer und Wahlanalysen in ihren Partei-spektrum-Darstellungen ohne geringsten Zweifel aufzeigen [1]. Mir ist dabei aber vor allem klar geworden, wie mächtig die Propagandamaschine der Rechtspopulisten doch ist, wenn wir uns von der hartnäckig wiederholten (dank eigener Presse), konstruierten (Paul Watzlawick [2] würde daran gefallen finden) angepassten (auch bekannt als Trump'sche Alternativfakten) «Wahrheit» täuschen lassen, die Mitteparteien (unter anderem genannte CVP also) würden nach links rutschen, wo doch das Gegenteil der Fall ist. Dabei ist diejenige Partei, die sich in den letzten 30 Jahren in ihren Positionen am

meisten verschoben hat, sehr einfach zu identifizieren.

Dass ausgerechnet ein Walliser Kollege darauf reagiert, wird einige zum Schmunzeln bringen. Meine heutige Bemerkung, welche mit dem nötigen Respekt vor unseren Vordenkern versehen ist, wird uns in der Gestaltung des Gesundheitswesens des nächsten Jahrzehntes nicht weiter bringen, gebe ich zu. Darum danke ich ganz besonders dem Autor des zitierten Briefes und allen Lesern der SÄZ für dasjenige Gut, das heutzutage besonders wertvoll ist, das von den Versicherern im TARMED immer weniger vergütet wird, und das Sie mir aber soeben geschenkt haben: Ihre Zeit.

*Dr. med. Xavier Jordan, Grimsuat*

## Literatur

- 1 <http://blog.tagesanzeiger.ch/datenblog/index.php/1791/wie-sich-die-svp-aus-dem-buergerblock-verabschiedet-hat/positionierung-partei-kantonalsektionen-einst-und-heute>
- 2 «Une idée, pour peu qu'on s'y accroche avec une conviction suffisante, qu'on la caresse et la berce avec soin, finira par produire sa propre réalité», Faïtes vous-mêmes votre malheur, Seuil (2009), p. 54.

## Lettres de lecteurs

Envoyez vos lettres de lecteur de manière simple et rapide. Sur notre site Internet, vous trouverez un outil spécifique pour le faire. Votre lettre de lecteur pourra ainsi être traitée et publiée rapidement. Vous trouverez toutes les informations sous:

[www.bullmed.ch/auteurs/  
envoi-lettres-lecteurs/](http://www.bullmed.ch/auteurs/envoi-lettres-lecteurs/)

## Sujet d'actualité en ligne –

[www.bullmed.ch/fr/tour-dhorizon](http://www.bullmed.ch/fr/tour-dhorizon)



Interview du Dr méd. Daniel Tobler, privat-docent, cardiologue à l'hôpital universitaire de Bâle

## Cardiopathies congénitales

La nouvelle association faïtière «herznetz.ch» veut améliorer les conditions-cadres



# «Lücken in Prävention und Früherkennung schliessen»

**Interview: Bruno Kesseli**

Dr. med. et lic. phil., Chefredaktor

Am 8. November 2016 wurde die «Nationale Strategie Herz- und Gefässkrankheiten, Hirnschlag und Diabetes» (HGHD-Strategie) in Bern lanciert. Im folgenden Interview ziehen Felix Mahler und Augusto Gallino, vormaliger bzw. aktueller Präsident von CardioVasc Suisse<sup>1</sup>, eine Zwischenbilanz.

## Wie war die Resonanz auf die Lancierung der HGHD-Strategie?

**Felix Mahler:** Die Strategie wurde sehr wohlwollend aufgenommen. Die Gastreferenten Regierungsrat Thomas Heiniger, Präsident der GDK<sup>2</sup>, und Pascal Strupler, Direktor des BAG<sup>3</sup>, fanden lobende Worte zu unserer Initiative. Die Kantone wissen, dass die Prävention in der Schweiz gefördert werden sollte, und sehen sich durch unser Anliegen darin bestärkt. Das BAG hat eine enge Kooperation mit seiner umfassenden NCD-Strategie<sup>4</sup> angeboten.

## Worin liegt die besondere Bedeutung dieser nationalen Strategie?

**Augusto Gallino:** Die HGHD-Strategie stellt wahrscheinlich ein Unikum dar, indem durch einen partizipativen Prozess von Vertretern aus mehreren Fachgebieten (Kardiologie, Angiologie, Neurologie, Diabetes) unter Mitwirkung weiterer ärztlicher und nichtärztlicher Fachgebiete ein gemeinsames Konzept erarbeitet wurde.

## Warum braucht es in der medizinisch bestens versorgten Schweiz eine solche nationale Strategie?

**Mahler:** Der Schwerpunkt der Strategie liegt nicht auf der Versorgung, obwohl die Verkürzung der Wege zur Akuttherapie von Herzinfarkt und Hirnschlag auch ein Anliegen ist. Es gilt vielmehr Lücken in Prävention und Früherkennung der Krankheitsrisiken und in der Datenlage zu schliessen.

## Welche Hauptziele verfolgt die Strategie?

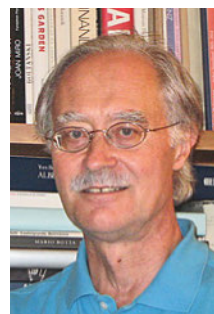
**Gallino:** Die HGHD-Strategie versteht sich als komplementär zur NCD-Strategie, indem sie sich nicht nur mit primär präventiven Massnahmen befasst, sondern auch mit sekundärer und tertiärer Prävention sowie

## Die Gesprächspartner



Felix Mahler

Geboren 1940. Spezialarzt FMH für Angiologie und Innere Medizin, Chefarzt und Ordinarius für Angiologie am Inselspital Bern bis zur Emeritierung 2005. Kaderarzt für Angiologie am Spital Männedorf bis Ende 2015. Lehrbuch über angiologische Interventionen. Ex-Präsident Schweizerische Gesellschaft für Angiologie, Gründungsmitglied der Union Schweizerischer Gesellschaften für Gefässkrankheiten. Stiftungsrat Schweizerische Herzstiftung. Präsident CardioVasc Suisse von 2004 bis 2016.



Augusto Gallino

Geboren 1950. Chefarzt Innere Medizin, Angiologie und Kardiologie am Spital Bellinzona von 1992 bis 2015. Titularprofessor an der Universität Zürich seit 1998. Ex-Präsident der Schweizerischen Gesellschaft für Angiologie. Direktionsmitglied der Schweizerischen Herzstiftung bis Ende 2016 und Präsident von deren Forschungskommission. Vorstandsmitglied verschiedener nationaler (AGLA) und internationaler Gesellschaften (European Society of Cardiology, International Society of Cardiovascular Pharmacology). Leiter der Arbeitsgruppe Gefässe bei der HGHD-Strategie. Hauptinteressen in klinischer Forschung und kardiovaskulärer Strategie. Präsident CardioVasc Suisse seit Anfang 2017.

1 CardioVasc Suisse ist eine Allianz von 26 national tätigen kardiovaskulären medizinischen Fachgesellschaften sowie Förder- und Patientenorganisationen. Sie treten für Initiativen, Programme und Massnahmen zur wirksamen Bekämpfung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes ein.  
2 Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren.  
3 Bundesamt für Gesundheit.  
4 «Nationale Strategie zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten».

Optimierung beziehungsweise Koordination der Betreuung von manifest und insbesondere chronisch erkrankten Patienten.

**«Die HGHD-Strategie stellt wahrscheinlich ein Unikum dar, indem durch einen partizipativen Prozess [...] ein gemeinsames Konzept erarbeitet wurde.»**

**Wer hat den Anstoss zur Erarbeitung der Strategie gegeben?**

**Mahler:** Es handelte sich um eine Initiative von CardioVasc Suisse, einer Dachorganisation von 26 kreislauforientierten Fachgesellschaften, Stiftungen und Patientenorganisationen mit besonderer Unterstützung durch die Schweizerische Herzstiftung.

**Wie lief der Erarbeitungsprozess ab? Wie lange dauerte er?**

**Gallino:** Der Ansatz war bewusst partizipativ. Es gab vier krankheitsbezogene Arbeitsgruppen und einen Workshop zur Erarbeitung der allen gemeinsamen Ziele. Der Prozess dauerte deshalb zweieinhalb Jahre. Eindrücklich war es, in dieser Zeit den festen Willen aller Beteiligten zu spüren, zu gemeinsamen Zielen und Lösungen zu kommen.

**Auf welchem Weg und mit welchen Mitteln sollen die Ziele erreicht werden?**

**Gallino:** Durch eine zentrale, multidisziplinäre Steuerungskommission der Strategie sollen in partizipativem Stil den sogenannten Playern der Strategie Anstösse zur Entwicklung und Durchführung neuer Projekte gegeben werden. Die Player können Fachgesellschaften, Patientenorganisationen oder Behörden sein. Natürlich sollen auch die schon bestehenden Aktivitäten unterstützt werden.

**Dies klingt etwas abstrakt. Könnten Sie dazu ein konkretes Beispiel geben?**

**Gallino:** Ein Beispiel ist das Vorhofflimmern, das in zunehmendem Mass zu spät erkannt wird. Da es nicht nur den Bereich Herz und Gefässe betrifft, sondern durch Bildung von Embolien auch Hirnschläge verursacht, wird dessen Früherkennung und Behandlung

**«Eindrücklich war es, in dieser Zeit den festen Willen aller Beteiligten zu spüren, zu gemeinsamen Zielen und Lösungen zu kommen.»**

mit konsequenter Antikoagulation als allgemeine, das heisst gebietsübergreifende Massnahme, eine hohe Priorität erhalten.

**Mahler:** Es existieren bereits verschiedene Register zur Erfassung von Interventionen im kardiologischen, angiologischen und gefässchirurgischen Bereich. Eine Koordination dieser Register durch die Fachbereiche Herz und Gefässe soll geprüft werden.

**Wo sehen Sie die grössten Schwierigkeiten bei der Umsetzung der Strategie?**

**Mahler:** Bei den beschränkten Ressourcen der beteiligten Fachgesellschaften und Patientenorganisationen. Zudem wird über Prävention zwar viel berichtet, dennoch werden noch sehr wenige finanzielle Ressourcen auf allen Ebenen dafür zur Verfügung gestellt. Das Sprichwort «Vorbeugen ist besser als heilen» muss sich erst noch durchsetzen.

**Als wie gross stufen Sie die Gefahr ein, dass diese Strategie ein Papiertiger bleibt?**

**Gallino:** Diese Gefahr ist real, wenn der jetzige Impetus der bisherigen Player nicht genutzt wird. Bereits am 1. Februar dieses Jahres wurde die erste Sitzung der Steuerungskommission von CardioVasc Suisse abgehalten. Somit ist der erste Schritt in der Umsetzung der Strategie bereits erfolgt.

**«Das Sprichwort «Vorbeugen ist besser als heilen» muss sich erst noch durchsetzen.»**

**Die Schweizerische Hypertonie-Gesellschaft (SHG) hat in einer ersten Reaktion bemängelt, dass der Bluthochdruck, aber auch Dyslipidämien und der Tabakkonsum in der Strategie nicht den angezeigten Stellenwert erhalten hätten. Ist dieser Vorwurf berechtigt?**

**Gallino:** Die Bedeutung der spezifischen Risikofaktoren, insbesondere der Hypertonie, ist uns voll bewusst. Sie sollen aber nicht nur einzeln, sondern integral erfasst und behandelt werden, beispielsweise durch Screeningaktionen für Hypertonie, Dyslipidämie und Diabetes. Wir nehmen aber den *call for action* der SHG sehr ernst und werden auf sie zugehen.

**Inwiefern und auf welche Weise werden die Ärztinnen und Ärzte eingebunden?**

**Gallino:** Der Beitrag der Ärzteschaft läuft vor allem über die Kontakte mit den verschiedenen Fachgesellschaften. Die Grundversorger spielen eine entscheidende Rolle. Sie sind ja das Rückgrat der medizinischen Betreuung in der Schweiz. Eine spezifische, aber auch breit angelegte Strategie wie die HGHD muss in ein holistisches Konzept integriert werden.

**Können Sie an einem Beispiel verdeutlichen, in welcher Weise die Grundversorger eingebunden werden könnten?**

**Mahler:** Die Grundversorger spielen beim Erfolg solcher wichtigen Projekte durch ihre Präsenz an der Front des schweizerischen Gesundheitssystems eine entscheidende Rolle. Daher hoffen wir sehr auf ihre Teilnahme in der Steuerungskommission: Gerade bei Projekten wie zum Beispiel dem Screening auf Vorhofflimmern ist ihre Unterstützung und Mitarbeit von grosser Bedeutung.

**«Die Grundversorger spielen eine entscheidende Rolle. Sie sind ja das Rückgrat der medizinischen Betreuung in der Schweiz.»**

**Die Ziele der Strategie sollen über interprofessionelle Zusammenarbeit erreicht werden. Wie sieht diese aus?**

**Mahler:** Diese soll gefördert werden, etwa durch Schulungen und durch vermehrte Delegationsmöglichkeiten medizinischer Aufgaben an nicht-ärztliche Berufsgruppen.

**Gibt es spezielle Massnahmen, um die Interprofessionalität zu fördern?**

**Gallino:** Nehmen Sie zum Beispiel die Behandlung von chronischen Ulzera: Es ist suboptimal, ein solches

chronisches Leiden ohne eine multidisziplinäre, interprofessionelle Equipe zu behandeln.

**An welchen Kriterien wird der Erfolg der Strategie gemessen?**

**Gallino:** Als wir diese «Übung» gestartet haben, waren wir schockiert, wie wenige statistische Daten über die kardiovaskuläre Betreuung vorhanden waren. Eines der wichtigsten Ziele der HGHD-Strategie ist diesem Problem gewidmet.

**Wie wird nun an der Umsetzung der Strategie weitergearbeitet?**

**Mahler:** CardioVasc Suisse wird sich unter dem neuen Präsidium von Augusto Gallino vornehmlich der Umsetzung der Strategie widmen. Es sollen prioritäre Projekte der an der Strategie beteiligten Player identifiziert werden. Ausserdem wird die Zusammenarbeit

**«CardioVasc Suisse wird sich unter dem neuen Präsidium von Augusto Gallino vornehmlich der Umsetzung der Strategie widmen.»**

mit der NCD-Strategie gesucht. Nach Abklärung von Finanzierungsmöglichkeiten von Seiten öffentlicher und/oder privater Partner sollten erste Aktionen schon 2017 gestartet werden können. Wir sind der Schweizerischen Herzstiftung sehr dankbar für ihre Bereitschaft, die HGHD-Strategie weiter zu unterstützen.

[bkesseli\[at\]emh.ch](mailto:bkesseli[at]emh.ch)

## Perspectives professionnelles hors du commun pour les médecins

# Médecin d'expédition

Tanja Kühnle

Biol. dipl., Managing Editor

Le dernier examen est passé, et les études de médecine terminées. Et après? Dans notre série «Tu trouveras ta voie!», nous présentons, à intervalles irréguliers, plusieurs perspectives professionnelles hors du commun. Dans cette édition, le Professeur Patrick Schoettker évoque son activité accessoire de médecin d'expédition.

**Monsieur Schoettker, vous êtes médecin-chef en anesthésie au CHUV. Pendant votre temps libre, vous êtes également médecin d'expédition. Vous-même, êtes-vous un aventurier?**

Pas autant que mes collègues aventuriers. J'aime faire de la voile et je navigue souvent en haute mer, que ce soit pour des régates transatlantiques à la voile ou pour quelques jours sur le bateau solaire. Mais pour un tour du monde en solitaire, il faut vraiment beaucoup de courage, de temps et de talent.

**Le bateau solaire dont vous parliez à l'instant est parti de Monaco en 2010 pour un tour du monde de deux ans. A l'époque, vous aviez assuré le suivi médical des participants de l'expédition. Comment cela s'est-il fait?**

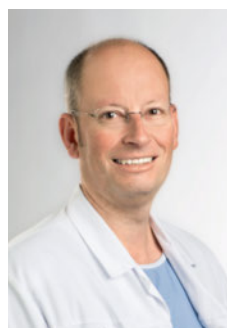
J'étais alors médecin responsable à la Rega à Lausanne et ami avec l'un des ambulanciers, Raphaël Domjan. C'était son idée. Au début, ce n'était qu'un petit projet: deux personnes devaient naviguer autour du monde sur un bateau solaire de sept mètres. Au final, il y avait jusqu'à sept personnes à bord. Et le bateau n'était pas si petit que cela, puisqu'il mesurait 35 mètres.

**A quoi ressemblait exactement le suivi médical?**

Tous les participants ont dû faire un check-up avant le départ, pour que je connaisse leur état de santé. Pendant le voyage, les participants devaient pouvoir se soigner eux-mêmes, après que nous ayons défini une stratégie par téléphone. Certes, Raphaël Domjan était présent en permanence à bord, mais les autres devaient pouvoir intervenir aussi au cas où il serait tombé malade. C'est pourquoi nous avons mis au point un concept médical.

**Pouvez-vous le décrire?**

Le concept reposait sur un code allant de «1» à «14», «1» étant une bagatelle et «14» une situation de détresse, telle qu'une réanimation. Nous avons préparé pour l'équipe une valise médicale contenant des pochettes



**Nom:** Professeur Patrick Schoettker

**Age:** 49 ans

**Etat civil:** marié, deux enfants

**Fonction:** médecin-chef en anesthésie au CHUV et accessoirement médecin d'expédition

**Actif en tant que médecin d'expédition depuis:** 1994

**Formation:** spécialiste en anesthésiologie, urgentiste

d'urgence en fonction des numéros. Durant le voyage, lorsqu'il se produisait un incident, l'équipe m'appelait grâce au téléphone satellite et me décrivait la situation. Je décidais alors de la mesure à prendre et de la pochette à utiliser.

**Pourquoi n'étiez-vous pas vous-même à bord?**

Ce n'était pas l'envie qui m'en manquait! Mais en tant que médecin-chef dans le service d'anesthésiologie d'un hôpital universitaire, il est difficile de quitter son poste pendant plusieurs semaines. C'est pourquoi j'ai pris de temps à autre quelques jours de vacances pour rencontrer l'équipage et l'accompagner sur certains trajets courts ou spécifiques.

**Les participants auraient-ils pu se venir eux-mêmes en aide en cas d'infarctus?**

Oui, il y avait de l'oxygène et les médicaments nécessaires à bord. Et j'avais évoqué la marche à suivre dans les cas d'urgence les plus graves avec les membres de l'équipage, ils avaient donc une petite préparation théorique.

**Les communications s'effectuaient-elles uniquement par le biais du téléphone satellite?**

Oui, mais ce dernier ne nous permettait pas seulement de nous parler. Parfois, l'équipe m'envoyait aussi des





«En tant que navigateur, je sais que le monde extérieur peut parfois être rude», déclare Patrick Schoettker (à gauche), ici sur une photo de la régates «5 jours du Léman».

images, par exemple d'écorchures ou d'enflures. Cela me permettait de mieux évaluer le cas concret et l'évolution de la situation.

#### **Quelles étaient les affections les plus fréquentes?**

Plutôt des choses mineures, une grippe, une petite pneumonie ou le mal de mer.

#### **Et quelle a été la pire situation de détresse?**

Le pire est arrivé lorsqu'une personne a fait une chute à l'eau de huit mètres, s'est ouvert la jambe contre la paroi du bateau au passage et est tombée dans un nid de méduses. Elle avait beaucoup de difficultés à respirer et quand l'équipe m'a appelé, j'ai donc dû décider très vite de ce qu'il fallait faire. J'ai commencé par calmer tout le monde et leur rappeler qu'ils étaient les seuls à pouvoir venir en aide au blessé. Et qu'ils en étaient effectivement capables! Nous avons ensuite discuté des différentes mesures par téléphone. Ils ont tous réagit de manière très professionnelle et maîtrisé la situation, sans avoir besoin de gagner un port. Nous avons alors maintenu un contact téléphonique régulier jusqu'à ce que tout soit rentré dans l'ordre.

#### **Lors d'un tour du monde, le bateau ne peut pas rester toujours près des côtes. Comment l'équipe aurait-elle pu être secourue en haute mer en cas d'urgence?**

Soit par hélicoptère, soit en contactant les autres bateaux à proximité et en leur demandant s'ils étaient en mesure de fournir une aide. Nous avons établi notre concept médical en fonction d'une autonomie de quatre jours, car ce laps de temps permettait de rejoindre le bateau à peu près partout dans le monde, soit par la voie des airs, soit par mer.

#### **Y a-t-il eu une situation que l'équipe n'a pas pu maîtriser seule?**

Oui, tout au début, quelqu'un a eu une infection dentaire aiguë. Nous avons dû rapatrier la personne en Suisse par les airs, car ce genre d'infection nécessite des soins professionnels. Elle a ensuite pu reprendre le voyage sans problème.

#### **Vous avez accompagné un autre projet, celui d'un homme d'affaires parisien qui voulait passer 40 jours seul sur une île déserte d'Indonésie. De quoi s'agissait-il?**

Ce chef d'entreprise voulait prouver qu'il pouvait diriger ses affaires depuis l'île en question, équipé uniquement d'un ordinateur fonctionnant à l'énergie solaire. En tant qu'homme d'affaires, il avait déjà beaucoup voyagé, mais ce n'était pas à proprement parler un aventurier. J'ai également mis au point un concept médical pour lui. Toutefois, dans son cas, le code n'allait que de «1» à «9». Et contrairement au bateau solaire, j'ai dû tenir compte de certaines particularités: ce Monsieur n'avait aucune connaissance médicale, l'île abritait des animaux sauvages tels que des serpents et des varans, et les coraux acérés étaient nombreux sur le rivage.

#### **Et l'homme d'affaires a-t-il eu besoin de votre aide?**

Oui, mais pas comme nous l'avions imaginé. Il avait prévu de se nourrir de poissons. Sauf qu'il n'y connaissait rien en poissons. Sans compter qu'il y avait de forts courants et des récifs de coraux autour de l'île, qui l'empêchaient de sortir pêcher. La nourriture est donc devenue un gros problème.

#### **Comment a-t-il fait?**

Je lui avais emballé de la nourriture, par exemple du riz et d'autres aliments secs, ainsi que divers liquides pour les cas d'urgence. Vers la fin, il était si affamé qu'il a même bu la solution de réhydratation. Ça l'a rendu tellement euphorique qu'il est allé nager et qu'il a failli se noyer à cause du courant.

#### **Vous a-t-il souvent demandé de l'aide?**

Pas au début. Mais après quinze jours environ, il s'est mis à m'envoyer un à deux e-mails par jour. Il y était presque toujours question de nourriture. Par la suite, il m'a dit un jour que le fait de pouvoir écrire à quelqu'un et lui demander quelque chose avait été important pour lui. Je lui ai donc davantage servi de psychologue que de médecin.

#### **Lui est-il arrivé de se blesser?**

Oui, il s'est blessé deux, trois fois contre des coraux. Après nos échanges téléphoniques, il a parfaitement pu soigner seul les plaies avec un peu de désinfectant et des Steri-Strips.





A bord du bateau solaire: Patrick Schoettker (à gauche) lors du déploiement des panneaux solaires.

### **Et est-ce qu'il a mené l'expérience jusqu'au bout?**

Oui, il a quitté l'île au bout de 40 jours, mais après avoir perdu 14 kilos. Et cela lui a plu: le 25 février 2017, il part seul pendant 40 jours vivre une aventure similaire dans le désert d'Oman. Je me réjouis déjà de lire ses e-mails!

### **Cette année, vous voulez aussi vous consacrer à un autre projet: un avion solaire qui vole dans la stratosphère. D'où l'idée est-elle venue?**

Là encore, elle a germé dans l'esprit de Raphaël Domjan, une nuit qu'il naviguait sur le bateau solaire. Il voudrait prouver que l'on peut monter à 24 000 mètres d'altitude et, de là, observer la Terre, avec un avion fonctionnant uniquement à l'énergie solaire.

### **Quelle est votre tâche dans ce projet?**

Contrairement aux gros avions destinés au transport de passagers, par exemple, ce modèle n'a pas de cabine pressurisée. Cela signifie que Raphaël va porter en permanence une combinaison de cosmonaute et que son approvisionnement en oxygène sera assuré par l'énergie solaire. Si l'avion monte ou descend trop vite, il se pourrait que son corps ne le supporte pas et qu'il s'évanouisse. Ma tâche sera de surveiller ses fonctions vitales: rythme cardiaque, tension artérielle, saturation en oxygène, etc.

### **Comment est-ce possible techniquement?**

Nous développons ici à Lausanne, en collaboration avec des ingénieurs de Neuchâtel, un capteur, une sorte de pansement, que l'on colle à proximité du cœur et qui permet la transmission sans fil, par téléphone satellite, de paramètres tels que la tension, la fréquence cardiaque, la saturation, la température et la fréquence respiratoire. Cette technique pourra ensuite également être utilisée en salle d'opération. Ou servir à des sportifs. Le capteur fait actuellement l'objet d'une étude scientifique d'évaluation dans mes salles d'opération.

### **Pourrez-vous également parler à Raphaël?**

Oui, la communication se fera par radio. Nous aurons éventuellement aussi une sorte de webcam dans le cockpit, pour que je puisse voir comment il bouge.

### **Est-ce que vous élaborez un nouveau concept médical pour le vol solaire?**

Non, dans le cas de ce vol, je ne pourrai que dire «Stop, attends!» ou «Prends/perds un peu d'altitude». Grâce à sa combinaison de cosmonaute, Raphaël lui-même pourra régler l'arrivée d'oxygène. C'est tout ce que je pourrai faire. Mais l'important sera que je réagisse rapidement aux valeurs mesurées et lui communique très vite des instructions. Les premiers essais de vol sont prévus pour ce printemps.

### **Quelle a été votre plus belle expérience de médecin d'expédition?**

L'arrivée du bateau solaire à Monaco. Lorsque nous avons tous pu monter à bord et saluer l'équipe. Je me suis alors rendu compte à quel point le voyage l'avait soudée. Et les membres m'ont inclus dans le team. Ça a été un très beau moment!

### **Est-ce que le fait d'être anesthésiste est un avantage pour un médecin d'expédition?**

Oui, je crois, parce que les anesthésistes ont une certaine façon de penser. J'ai l'habitude de devoir trouver rapidement une solution dans les situations critiques. Etre anesthésiste ou urgentiste est donc certainement un atout pour ce genre de job.

### **Combien de temps votre activité de médecin d'expédition vous prend-elle?**

Je ne sais pas. Mon téléphone est de toute manière allumé en permanence et je suis toujours joignable 24h/24. Je dirais que je fais ça à côté. Et que j'y prends beaucoup de plaisir.

### **Votre métier et votre activité de médecin d'expédition sont-ils facilement conciliables avec votre vie de famille?**

Oui. Ma famille sait que je suis toujours joignable par téléphone et que celui-ci sonne de temps à autre. Cela fait partie de mon métier et de ma personnalité. Et de toute manière, toute la famille se passionne pour ces projets, d'autant que ma femme est elle aussi médecin. Voilà!

Avez-vous en tant que médecin une activité hors du commun que vous aimeriez, vous aussi, faire découvrir à nos lecteurs? Dans ce cas, nous nous réjouissons de recevoir votre candidature par e-mail à l'adresse: [tkuehnle\[at\]emh.ch](mailto:tkuehnle[at]emh.ch).

# Textile Umwege

**Erhard Taverna**

Dr. med., Mitglied der Redaktion



Kleider sind zu billig, wir kaufen viel mehr davon, als wir brauchen. Welchen Preis sozial und ökologisch andere dafür bezahlen, zeigt im Textilmuseum St. Gallen die Sonderausstellung *Fast Fashion. Die Schattenseiten der Mode*. Fast Fashion steht als Synonym für ein massenproduziertes Modeprodukt, für ein spezifisches Produktions- und Vertriebssystem mit dem Ziel, in immer kürzeren Abständen neue Mode in die Geschäfte zu bringen. In der Hierarchie der Modeschöpfer ist die schnelle Mode ganz unten angesiedelt, nach der Haute Couture, der Prêt-à-porter-Mode und der Konfektionsware im mittleren Preissegment. Viele Akteure sind an der textilen Kette von der Herstellung über die Konfektionierung bis zur Entsorgung beteiligt. Diese globale Arbeitsteilung schickt eine gewöhnliche Jeans auf eine 40 000 Kilometer lange Weltreise mit Stationen in acht Ländern. Auch eine gebrauchte Bluse schafft bis zur Wiederverwertung fast die Hälfte dieses Weges.

Die Billigmode macht auch vor der Berufswelt der Medizin und Pflege nicht Halt. Erfreulich für die Trägerinnen und Träger ist das bunte Sortiment an eleganten taillierten Kasacks, irischgrünen Blusen und königsblauen Hosen, Lipstick-Leggings, Limette-citron-Jacken, Longshirts und Schürzen aus dem unteren bis mittleren Preissegment. Das Angebot ist zweifellos auf Seite der Konsumenten. Da die Hygiene im Medizinalbereich ein Waschen mit hohen Temperaturen erfordert, macht die reine Baumwolle den Hauptanteil der verwendeten Fasern.

Als Paradebeispiel dient in vielen Vergleichen zur Preiszusammensetzung oder des Energieverbrauchs ein T-Shirt oder eine einfache Bluse. Allein die Herstellung benötigt im konventionellen Baumwollanbau etwa 2000 Liter Wasser, dazu kommen Pestizide, Dünger und bei der folgenden Fertigung auch Chemikalien, wie das synthetische Indigoblau für die beliebten Jeans. Bei angenommenen 25 Waschgängen bei 60 Grad Celsius, Trocknung im Tumbler und anschliessendem Bügeln eines T-Shirts verursacht die Nutzung fast 60 Prozent des primären Energieverbrauchs. Ohne Tumbler würde sich die Energiemenge halbieren.

Spitalwäsche ist in Sachen Energieverbrauch ein Sonderfall, denn sie muss vielen Anforderungen genügen. Nirgendwo sonst sind die Hygienevorschriften rigoroser. Gebrauchte Abdecktücher aus dem OP, ver-

schmutzte Bettbezüge, kontaminierte Wäsche, Berufskleider, alles wird sortiert, separat abgepackt, getrennt transportiert und je nach Verschmutzung aufwendig gereinigt. Wer seine Kleidung vom Spital bezieht, braucht sich über Ressourcen keine Gedanken zu machen. Eine externe Wäscherei besorgt die Reinigung, und eine Leasingfirma regelt den Nachschub.

Auch umweltbewusste Einkäufer haben es nicht leicht. Unzählige Produktlabels, Verhaltensregeln, Zertifikate und gesetzliche Vorgaben versuchen die unübersichtlichen Wege der Textilien zu regulieren. Dennoch gibt es kein Label, das eine sozial- und umweltverträgliche Produktion garantiert. *Fairtrade International* bietet dafür noch am ehesten Gewähr, da die Standards vom Anbau der Baumwolle bis zum Verkauf überprüft werden.

Doch einmal ist Schluss. Täglich fallen in der Schweiz rund 150 Tonnen Altkleider an. Gut erhalten, wird etwas weniger als die Hälfte *second hand* im In- oder Ausland weiter getragen. Sind die Kleider nicht mehr tragbar, enden sie als Putzlappen, Dämmstoffe, Geotextilien und Papierzugabe oder dienen als Heizmaterial. Das farblich sortierte Material wird vor allem in Indien, zusammen mit ausgedienten Baumwolltüchern, zerkleinert und zu einem minderwertigen Garn verwoben. So endet vielleicht auch die Spitalwäsche als wärmende Decke für die Armen oder in den Depots der Katastrophenhilfe.

Die Textilwirtschaft hat, nicht erst seit dem verheerenden Fabrikesturz in Bangladesch, einen schlechten Ruf. Doch sie hat als Schlüsselindustrie einer Wirtschaftsentwicklung, die Ungelernten Arbeit und Lohn bieten kann, langfristig auch nachweisbar positive Auswirkungen. Die Ausstellung im Textilmuseum gleicht einem Lehrgang durch die Mechanismen einer globalen Wirtschaft mit allen ihren Widersprüchen. Dabei wird klar, dass ein grosser Teil der Verantwortung nicht nur in der Modewelt, sondern bei allen Konsumenten liegt.

## Bildnachweis

«Fast Fashion. Die Schattenseiten der Mode», Textilmuseum St. Gallen (26.10.16–5.6.17). Fotograf: Jürg Zürcher.

– Ausstellung *Fast Fashion*, Textilmuseum St. Gallen, verlängert bis 30. Juli 2017

– Zugehöriger Ausstellungskatalog vom Museum für Kunst und Gewerbe Hamburg von 2015

## Récit personnel et vaste tour d'horizon de sociologie et psychologie médicales

# Mes Mille et Une Nuits

**Jean Martin**

Dr méd., membre de la rédaction



Ruwen Ogien

## Mes Mille et Une Nuits

La maladie comme drame et comme comédie

Paris: Albin Michel; 2017.

254 pages. 31.50 CHF.

ISBN 978-2-226-39524-5

Philosophe analytique français Ruwen Ogien, 70 ans, est notamment l'avocat d'une éthique minimaliste (en bref: nous ne devons rien à nous-mêmes, «ne pas nuire aux autres, rien de plus»). En 2013 a été diagnostiqué chez lui un cancer du pancréas; il a été opéré, a subi une demi-douzaine de chimiothérapies et vient de publier le livre discuté ici (qu'il a présenté à fin janvier 2017 dans une émission littéraire de la chaîne France 5).

Je l'abordais avec des attentes mitigées: je ne suis pas un tenant de l'éthique minimaliste et imaginais trouver un journal de maladie comme d'autres, anecdotique. J'en sors en recommandant cet ouvrage à qui souhaite, à l'occasion d'une histoire individuelle, bénéficier aussi d'un tour d'horizon bien informé de sociologie médicale (les relations soigné-soignant, les rapports entre soignants) et de psychologie médicale (ressentis du malade, entre autres) – un commentateur parle de «méditation sur la maladie et la relation médecin-malade».

Beaucoup d'érudition dans *Mes Mille et Une Nuits*, y compris une bibliographie de 120 titres, sélection d'ou-

vrages académiques d'Europe et d'Amérique du Nord et de classiques littéraires comme *Mars*, de notre compatriote Fritz Zorn, ou *Une mort très douce*, de Simone de Beauvoir. Souvent cités, à juste titre, l'Américain Talcott Parsons [1] et les Français Adam et Herzlich [2].

**Vécu personnel.** Mélange des sentiments: «Je suis atteint d'un cancer capricieux. Je crois être indifférent à ce qui m'arrive mais suis terriblement inquiet lorsque je dois aller chercher les résultats des analyses. Je me sens plein de compassion envers les autres malades mais ai du mal à supporter leur proximité physique. J'ai l'impression d'être de plus en plus étranger à mon corps alors que je m'intéresse sérieusement à son fonctionnement pour la première fois. Je prétends être ouvert à toutes les thérapies alternatives mais m'arrange pour n'en suivre aucune. J'éprouve de la gratitude et même de l'amour pour le personnel soignant mais ressens aussi souvent de la méfiance et de la crainte à son égard.»

**Contre le dolorisme.** Ogien s'en prend aux vues doloristes de la maladie et de la souffrance, mises en évidence par certains auteurs et milieux, religieux par exemple. A son sens, ces réponses «contribuent à discréditer la souffrance des personnes atteintes de graves maladies, à renforcer la violence sociale à leur rencontre [liée à ce qu'on voit à la souffrance une vertu «rédemptrice»], et à protéger certaines formes de paternalisme médical.» Son intuition: «La souffrance physique est un fait brut qui n'a aucun sens, qu'on peut expliquer par des causes, mais qu'on ne peut pas justifier par des raisons» – ceci même si bien sûr (note de J.M.) personne n'entendrait s'opposer à la volonté de la personne qui ne souhaite pas qu'on calme ses douleurs.

**«La souffrance physique est un fait brut qui n'a aucun sens, qu'on peut expliquer par des causes, mais qu'on ne peut pas justifier par des raisons.»**

**La maladie come métaphore** (on pense au livre de Susan Sontag). L'auteur se penche sur la manière dont les écrits sur la maladie s'organisent autour de trois métaphores: 1) celle de l'épreuve ou du défi, «psychologique et encombrée de métaphysique existentielle»; 2) celle du «royaume» où on s'installe contre son gré,

«sociale et dégagée de toute métaphysique»; 3) celle du métier: «être malade serait comme une profession exigeant un apprentissage, un savoir faire, une planification active». C'est cette dernière qu'il préfère.

Il discute longuement ce que depuis Talcott Parsons on appelle statut et rôles «standards» du malade. «J'avais l'impression que, si je ne voulais pas être perçu comme un 'déchet' ne méritant pas des efforts thérapeutiques, je devais présenter une certaine image: celle d'une personne résistant vaillamment, sincèrement désireuse de suivre les recommandations des médecins.» Vision traditionnelle, contre-balancée aujourd'hui par l'accent mis sur les droits des patients, qui ont fait dans nos pays l'objet de textes législatifs, avec en tête le thème de l'autonomie du malade – et l'émergence du patient-expert.

**Rôle du milieu.** Rappel de son importance: c'est là «où s'expriment les relations de la personne à son milieu social que se définit le sens même de l'expérience du malade et que s'orienteront ses comportements». Avec la référence au récit de Fritz Zorn [3], où pour le héros l'annonce de la maladie provoque un sentiment de libération à l'égard d'obligations sociales étouffantes. Ogien à ce propos: «Je n'ai aucune envie de m'apitoyer sur moi-même mais je ne ressens pas non plus de joie douce à la manière de Zorn.»

**Ce fait sociologique:** «Pour les classes populaires la maladie est [dans une plus grande mesure] une menace matérielle, alors que, pour les classes moyennes et supérieures, elle est plutôt perçue comme un obstacle au bonheur personnel.»

**Qualité de relation.** «Rendez-vous avec V.M., mon médecin anti-douleurs. C'est un spécialiste des soins palliatifs, ce qui pourrait être inquiétant, mais il sait toujours trouver les mots non pas nécessairement pour me rassurer, mais pour me faire comprendre. Grâce à lui, je vois mieux la différence concrète entre s'occuper du malade et s'intéresser seulement à la maladie.»

**Des réserves à l'endroit de notions admises.** S'agissant des réactions du malade à l'annonce et au cours d'une affection grave, l'auteur dit ses réserves à l'endroit de la séquence décrite par Elisabeth Kübler-Ross, avec ses cinq stades: déni (*denial*), colère (*anger*), négociation (*bargaining*), dépression, acceptation. Sans doute ce schéma n'est-il pas toujours vérifié («jamais et toujours n'existent pas en médecine», disait un de nos maîtres), mais la contribution de Kübler-Ross reste à mon sens d'importance.

Réserves aussi vis-à-vis de la psychologie dite positive et d'un mot à la mode, la résilience. «Au fond, la psychologie positive, dont la résilience est un des piliers, a un côté bêtement optimiste, répugnant aux yeux de

tous ceux dont la vie est précaire, marquée par des échecs et des peines profondes. Elle tend à culpabiliser tous les défaitistes en pensée, ceux qui n'ont pas la force ou l'envie de surmonter leur désespoir [...] C'est pourquoi la tendance à présenter les maladies comme des défis susceptibles de nous faire grandir m'est devenue quasiment insupportable.» Si résilience et autres notions positives méritent sans doute de retenir l'attention, il faut aussi entendre la crainte que ce discours puisse augmenter le malheur des 'paumés'.

**Une idée iconoclaste.** Les maladies chroniques prennent de plus en plus de place, tous s'en préoccupent. Beaucoup d'affections dont on ne guérit pas mais où l'objectif est la poursuite de l'existence avec la meilleure qualité de vie. Ogien emprunte à d'autres une crainte surprenante: «Le fait que les médicaments anticancéreux n'ont pour objectif que de prolonger la survie donne l'impression d'un grand déficit de l'insti-

**Si résilience et autres notions positives méritent sans doute de retenir l'attention, il faut aussi entendre la crainte que ce discours puisse augmenter le malheur des 'paumés'.**

tution médicale. Ceci devrait être un aiguillon pour revenir à un but plus classique, la guérison. Mais l'invasion des maladies chroniques fait tellement les affaires de l'industrie pharmaceutique qu'on peut se demander si cette dernière ne contribue pas à laisser les choses en l'état. Certains chercheurs font même l'hypothèse que c'est la relative impuissance des médicaments à guérir la maladie qui en font tout le prix pour l'industrie.» Well...? Noter que l'auteur ne reprend pas sans autre cette thèse à son compte.

**Enfin: un point délicat mais pas éthiquement irrecevable.** «Sans tomber dans un utilitarisme calculateur, je me demande, comme devrait le faire tout citoyen 'raisonnable', si prolonger ma vie de quelques semaines au prix de dépenses énormes en vaut vraiment la peine [...] Est-ce que je trouverais juste de dépenser tout ce qui me reste à la banque pour cela, en privant ma famille ou une organisation caritative de cette somme qu'ils pourraient consacrer à un bien-être plus durable. Je suis en train de perdre mes certitudes 'déontologiques', ma croyance que l'impératif de me maintenir en vie prévaut sur toutes les autres considérations.»

#### Références

- 1 Parsons T. *Éléments pour une sociologie de l'action*. Paris: Plon; 1955.
- 2 Adam Ph, Herzlich C. *Sociologie de la maladie et de la médecine*. Paris: Armand Colin; 1994.
- 3 Zorn F. Mars. Paris: Gallimard; 1979.



# De la critique des patients

Eberhard Wolff

PD Dr rer. soc., rédacteur culture, histoire, société



Je me souviens d'une caricature qui m'avait amusé: dans un restaurant, deux serveurs chevronnés contemplant les tables coquettement mises et encore inoccupées. L'un dit à l'autre: «Et dans deux minutes, ils vont arriver et recommencer à tout salir.» Les cyniques affirment en effet que c'est sans clients ou sans passagers que les restaurants ou les compagnies aériennes fonctionnent le mieux.

Trois jours avant la fête de la paix dans le monde, un médecin de famille a lancé dans cette revue une «polémique» contre «Le Nouveau Patient» (LNP) [1] – faisant la joie de la plupart de ses collègues. La réprimande se présentait plus ou moins ainsi: LNP veut tout, tout de suite, sans fournir le moindre effort. Il est hypocondriaque et têtue, croit tout savoir, mais est mal informé. Il se montre ingrat et infidèle à l'égard du médecin; il ne s'occupe pas des coûts pour les caisses-maladie et manque donc de solidarité. LNP a, entre autres, été dévoyé par les cabinets sans rendez-vous.

Il faut toutefois noter que ces réprimandes des médecins contre «les nouveaux patients» (des deux sexes) sont un phénomène récurrent. Si on l'écrivait, l'«Histoire de la critique des patients» donnerait un pavé aussi volumineux que divertissant.

Adam Andreas Senfft (1740–1795), professeur de physiologie à Würzburg, qualifiait en 1781 la population rurale de «stupide», «aveugle», «naïve», «niaise», «ignorante» et «ingrate», dans un ouvrage qu'il lui destinait. Selon lui, ces patients étaient hypocondriaques. Ils n'avaient «aucune patience» et souhaitaient un «soulagement rapide», tout en attendant trop longtemps avant de consulter un médecin [2]. Les termes choisis nous semblent extrêmes, mais ne constituaient pas une exception à l'époque.

Les médecins d'alors espéraient d'ailleurs que de telles diatribes sous couvert d'éducation sanitaire auraient pour effet secondaire de rendre leur position sur le marché de la santé plus respectable.

Dans les années 1920, le vocabulaire de ces invectives extrêmes s'est surtout enrichi grâce au chirurgien ethno-nationaliste allemand Erwin Liek (1878–1935). Pour lui, les patients (assurés) étaient des «parasites». Liek leur diagnostiquait une dégénérescence, un ramollissement mental et une «déchéance morale» [3].

Spécialiste très applaudi à l'époque des attaques tous azimuts en politique de la santé, Liek en rejetait la faute

sur le système de caisses-maladie. La critique des patients accompagnait donc l'offensive ciblée contre l'Etat social.

Chaque époque a ainsi ses propres diatribes contre les patients, qui se différencient par la patte de leur auteur et leur dureté. Mais un fil conducteur traverse leur histoire: le reproche que les patients ne pensent et n'agissent pas comme les médecins le leur demandent. Les raisons supposées de leur obstination évoluent cependant avec l'air du temps. Les applis du Web ont aujourd'hui remplacé les vieilles bonnes femmes d'antan; désormais, l'ennemi n'est plus le charlatan, mais le cabinet sans rendez-vous.

Senfft aussi s'indignait de la «désobéissance» des patients: un journalier souffrant d'occlusion intestinale et soigné gratuitement, par exemple, était «stupide et têtue», parce qu'au lieu des cataplasmes ramollissants prescrits par le médecin, il avait placé des sacs d'avoine sèche et chaude sur son ventre, sur les conseils d'une «vieille bonne femme». Commentaire de Senfft: «Je perdis l'envie de continuer à le soigner [...], car vraiment j'ai le défaut de ne plus pouvoir aimer les gens qui n'obéissent pas. [...] Il mourut, comme il se devait.» Du point de vue de l'éthique médicale, le moins que l'on puisse dire est que l'argumentation de la critique des patients peut très vite dérapier.

Nous pouvons néanmoins nous représenter ce type de diatribes comme une tradition médicale et un art qui, sous différents atours, a mûri jusqu'à devenir un genre littéraire à part entière. Un *ars longa*, pour ainsi dire, ce qui nous amène à Hippocrate. Peut-être cet art devrait-il par conséquent être repris dans un futur serment des médecins ou intégré à la formation continue.

La profession de médecin n'est pas seule dans ce cas. D'autres métiers ont leur propre variante: Peter Handke a par exemple élevé il y a près d'un demi-siècle l'«outrage au public» au rang d'art avec sa pièce de théâtre éponyme.

L'ancêtre de tous les présidents de la FMH, Jakob Laurenz Sonderegger (1825–1896), avait lui aussi bien du mal avec les patients, qui ne cessaient de le «désertier». Sonderegger renonça toutefois à les invectiver, déclarant: «Il n'y a rien de plus simple que les relations avec les patients: mets-toi à leur place et tu les comprendras.» Visiblement, il était conscient d'avoir, lui aussi, déjà sali quelques tables du restaurant médical.

## Références

- Oertle D. Die Hausärzte sterben aus: na und? (Les médecins de famille sont en voie de disparition. Et alors?) Bulletin des médecins suisses 2016;97(51–52):1804–5.
- Gesundheitskatechismus für das Landvolk und den gemeinen Mann. Berlin, Stettin: Nicolai; 1781. Je remercie le Prof. Jutta Dornheim, de Brême, de l'avoir porté à mon attention.
- Liek E. Les Méfaits des assurances sociales en Allemagne et les moyens d'y remédier. Paris: Editions Payot; 1929. V.a. Broghammer H. Der Danziger Arzt Erwin Liek (1878–1935). Herbolzheim: Centaurus; 2000 et Jehs M. Erwin Liek. Weltanschauung und standespolitische Einstellung im Spiegel seiner Schriften. Francfort-sur-le-Main: Mabuse; 1994.
- Sonderegger JL. Vorposten der Gesundheitspflege. 5<sup>e</sup> édition, Berlin: Julius Springer; 1901, 569.

eberhard.wolff[at]saez.ch





ANNA

[www.annahartmann.net](http://www.annahartmann.net)

Exposition ANNA

dessins et objets  
**nus nous sommes tous égaux**

Spitalackerstrasse 74, 3013 Berne  
1<sup>er</sup>-30 avril (fermé la sem. de Pâques)  
Sam., dim. et mer. 14-17 h

**Vernissage**  
**Samedi 1<sup>er</sup> avril, 16-19 h**

