

Éditorial

Habilitation des médecins-cadres



Karl-Olof Lövblad
 Président VLSS

Le rôle du médecin-chef en tant que chef et celui du médecin dirigeant en tant que responsable ont fortement évolué au fil du temps. Cela est notamment dû au fait que la médecine est devenue très complexe. Les médecins-chefs comme les médecins dirigeants doivent davantage se concentrer sur leur rôle médical et suivre des formations continues et de perfectionnement dans leur domaine de spécialité. Parallèlement, les structures du milieu hospitalier ont aussi beaucoup changé - les aspects politiques et économiques jouent aujourd'hui un rôle majeur et sont bien souvent dictés par l'extérieur. Pour les médecins dirigeants et les médecins-chefs, cela entraîne une incertitude, le sentiment d'être dépassé ainsi qu'une forte insatisfaction. Il n'est pas rare que le médecin souhaite un changement.

Ceci étant, nous devons garder une chose présente à l'esprit: les patients ne viennent pas à l'hôpital par ce que les locaux sont beaux mais pour la qualité des prestations médicales. Et c'est précisément ces prestations médicales (et par là même indirectement l'hôpital) qui sont définies par les médecins. Les médecins ont ainsi un rôle de «support publicitaire». La médecine est et reste la première mission des hôpitaux. Et cela n'est possible qu'avec des médecins. C'est pourquoi les principales responsabilités de l'hôpital comme celles du secteur de la santé doivent rester du ressort des médecins.

Les médecins-chefs et les médecins dirigeants sont responsables des mesures médicales dispensées, de l'enseignement et de la recherche (le cas échéant). Le rôle de l'enseignement est en particulier actuellement fortement sous-estimé: il faut bien comprendre que les médecins sont également formés à l'hôpital (et pas seulement à l'université). En tant que médecins-cadres, nous devons veiller à ce que toutes les mesures hospitalières conduisent à une «habilitation» du corps médical. L'avenir des médecins-chefs et des médecins dirigeants n'est pas si sombre, et ce même si leur rôle a fortement évolué et va continuer à évoluer.

Contenu

- 2 Sessions extraordinaires de la VLSS en 2017
- 5 Congrès H+ 2017
- 8 En hommage à Hans-Ueli Würsten

Le journaliste et la sociologue en médecine

Outre les questions de droit du travail, de prévoyance et les questions tarifaires, les membres du comité directeur de la VLSS se sont intéressés de près lors de la session extraordinaire de cette année au journalisme et à la sociologie de la profession. Simon Hehli, rédacteur du NZZ, et Marianne Rychner, sociologue médicale ont participé en tant qu'intervenants.

Photo: Markus Gubler



Dans la politique de santé, des thèmes récurrents dominent l'agenda comme la fixation annuelle des primes ou les conférences de presse du ministre de la santé explique Simon Hehli, rédacteur du journal Neuen Zürcher Zeitung.

Thomas Eichenberger, directeur du service juridique de la VLSS, explique dans son exposé d'introduction comment se présente la situation d'un point de vue du droit du travail pour les médecins-cadres des hôpitaux suisses. Il fait part de son expérience personnelle dans le domaine du conseil juridique et nous rappelle quelles sont les questions centrales lors des négociations contractuelles: Qui sont les participants? Y a-t-il un ordre du jour? Quel régime contractuel s'applique (droit public ou droit privé)? Quels sont les documents existants? Ces questions doivent être clarifiées par les médecins-cadres avant de s'asseoir à la table des négociations. Malheureusement, explique T. Eichenberger, il est désormais courant que les annexes au contrat ne sont souvent pas jointes au contrat et ne sont complétées qu'a posteriori. Idem pour les cahiers des charges qui sont de plus en plus souvent remplis ultérieurement. Il est donc essentiel que les médecins-cadres concernés

se fassent conseiller juridiquement. Il déconseille les contrats standards ou les contrats types de la VLSS. Une telle approche d'économie planifiée ne tient pas suffisamment compte des structures organisationnelles très diverses des cliniques. Un modèle de CCT est tout aussi peu adapté aux besoins individuels des médecins-cadres, ajoute T. Eichenberger.

Modèle inadapté

La plateforme «Avenir de la formation médicale» a pour but, selon Marcus Schwöbel, membre du comité directeur, d'élaborer des solutions concrètes pour la formation initiale et continue du corps médical suisse. La plateforme compte différents groupes thématiques. L'un d'entre eux est dédié à la coordination de la formation médicale postgraduée. L'un des domaines d'action central de ce groupe thématique est d'identifier le besoin futur en médecins spécialistes en Suisse. Pour leurs calculs, les responsables se basent sur un modèle développé par l'OB-SAN. M. Schwöbel attire l'attention sur le fait que le modèle développé est très fortement inspiré du modèle de soins hollandais. Les Pays-Bas régulent et interviennent plus fortement dans leur offre mé-

dicale que la Suisse. Et les Pays-Bas comblent leur besoin en personnel médical de manière autonome alors que la Suisse est tributaire de l'immigration étrangère, résume M. Schwöbel.

Empêcher la globalisation du budget

Jürg Unger, directeur du Département Médecine et tarifs hospitaliers FMH, informe les autres membres du comité directeur de la discussion actuellement en cours sur le système de la FMH. La FMH s'occupe des questions de tarification, de financement et de rémunération. La question du financement est politiquement présente. Il s'agit surtout du financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires (EFAS). M. Unger voit dans l'EFAS le seul moyen d'empêcher une globalisation du budget dans le secteur de la santé. Les bases juridiques d'une globalisation du budget existent déjà en partie. Voilà comment la loi sur l'assurance-maladie prévoit de manière explicite l'introduction temporaire de l'enveloppe budgétaire à l'échelle cantonale. Pour M. Unger il est évident que la globalisation du budget entraînera une réduction des prestations. Il est nécessaire d'empêcher cette réduction, également dans l'intérêt des patients.

La politique de santé concerne tout le monde

Dans la politique de santé publique, les sujets à l'ordre du jour dominant, explique Simon Hehli, rédacteur du journal Neuen Zürcher Zeitung. Les événements récurrents en font partie, comme par exemple la définition annuelle des primes, les conférences de presse du Conseil fédéral et autres décideurs mais aussi les batailles électorales et les interventions politiques. S. Hehli aborde le processus de sélection des médias. Lorsque les sujets sont intéressants pour les lecteurs, ils sont généralement repris dans les médias. Les décisions pour savoir comment et à quel moment un thème doit être traité est au final du ressort des maisons de presse. S. Hehli balaie du revers l'idée selon laquelle les journalistes seraient des experts. Ils approchent lentement le sujet et acquièrent leur savoir sur une longue durée. Ce faisant, les journalistes doivent en permanence maintenir l'équilibre entre informations superficielles et connaissances détaillées. La politique de la santé est un sujet facile car cela concerne tout le monde. L'image des médecins dans les médias est bonne à quelques rares exceptions près. Grâce à la FMH, les médecins peuvent se faire entendre dans la politique de la santé, ajoute S. Hehli. Contrairement aux autres marchés en pleine expansion, il existe dans le secteur de la santé une grande différence entre les payeurs et les consommateurs. S. Hehli ne parle pas des décideurs politiques en des termes très favorables. Depuis des années, ils ne parviennent pas à mettre en place une réforme conséquente. Et il a une thèse à ce sujet: la pression n'est pas encore assez forte pour que des mesures en profondeur contre l'évolution des coûts soient approuvées par la majorité.

Les médecins-chefs et médecins-cadres doivent de plus en plus souvent faire face à des prescriptions économiques et à des restrictions, ce qui les entrave dans leur liberté d'action et de décision médicale. La VLSS observe cette tendance dans le cadre de l'élaboration de contrats de travail, la création de nouveaux règlements d'indemnisation et de nouvelles structures organisationnelles. Comment les médecins-chefs et les médecins-cadres doivent-ils réagir face à cette situation? Quelles recommandations peuvent-être émises d'un point de vue de la sociologie professionnelle? Marianne Rychner, sociologue médicale a cherché à répondre à ces questions. Elle a résumé son exposé pour la VLSS Info comme suit.

Les défis des médecins-cadres du point de vue théorique de la profession

Pour mieux s'orienter dans la politique de la santé, une analyse s'appuyant sur des réflexions d'ordre sociologique professionnel peut s'avérer utile. Tout d'abord, en quoi consiste l'action médicale dans son essence. C'est-ce que s'est demandé Talcott Parsons dans les années 50 de manière systématique. Il cite comme critères principaux déterminant la profession médicale les points suivants:

1. Orientation sur des valeurs clés de société
2. Formation initiale et continue scientifique reconnue
3. Une haute estime fondée sur l'application des critères 1 et 2 précédemment cités
4. L'activité en tant que profession libérale et par là même: Contrôle interne à la profession concernant l'orientation selon l'état de la science et des directives éthiques.

Le dernier point cité implique: ni le marché, ni des prescriptions administratives standardisées ne permettent de contrôler la qualité de l'action médicale; un contrôle interne à la profession ainsi que des conditions cadres autonomes et fonctionnant correctement sont par conséquent d'autant plus importants pour le permettre.

Vous allez certainement penser: tout cela est bien beau, mais la réalité est bien différente. Il s'agit ici d'une vision idéalisée et dépassée. Le modèle a en effet été attaqué de part et d'autre. D'abord sur le plan scientifique, dans les années 70, d'un point de vue de la critique du pouvoir, les mouvements politiques de gauche ont critiqué les éléments de la sociologie de la profession classique taxés d'être une idéologie au service du maintien et du développe-

ment des privilèges. La même critique est apparue au sein des courants politiques de droite d'économie libérale au début des années 90, avec la demande de plus en plus forte d'introduire davantage de mécanismes de marché dans le secteur de la santé – une alliance néfaste qui n'a finalement abouti qu'à une méfiance commune envers les «dieux en blouses blanches».

Concrètement, comme par exemple la mise à l'écart des métiers traditionnellement exercés par les femmes, tels que la profession de sage-femme, cette critique n'est pas totalement fautive. Reste toutefois la question de savoir dans quelle mesure cela impacte la valeur explicative du modèle sociologique. Le sociologue Ulrich Oevermann s'est intéressé à la question dans les années 90 dans le cadre de sa reformulation de la théorie classique sur la base d'études de cas reconstructives. Il part du point faible de la théorie classique, à savoir le fait qu'elle reste essentiellement au niveau descriptif et ne peut ainsi pas répondre systématiquement à la critique. U. Oevermann en déduit ainsi les critères précités définissant la professionnalisation médicale de manière systématique à partir du *problème d'action* logique des médecins. Ce n'est qu'à partir de là qu'ils peuvent être reconnus comme conditions fonctionnelles permettant de réaliser l'action médicale le mieux possible. Le modèle reste ainsi également valable même si dans certains cas isolés, il n'est pas respecté ou si certaines conditions l'empêchent de se développer pleinement. D'un point de vue sociologique, la critique courante des «dieux en blouses blanches» à savoir la scandalisation publique du comportement de certains médecins dérogeant à l'éthique implique également que l'attente sociale institutionnalisée et donc l'évidence d'une orientation éthique, est intacte.



Le Dr Marianne Rychner est sociologue et partenaire du bureau pour la socioanalyse (www.sozioanalyse.ch). Elle conseille notamment les organisations du secteur de la santé. Sa thèse «Frontières de la logique de marché – la main invisible dans les cabinets médicaux» a été publiée en 2006 aux éditions pour les sciences sociales VS.

La logistique de l'action médicale consiste selon U. Oevermann en la maîtrise des crises au sein d'une alliance professionnelle. Elle se distingue ainsi en tant qu'application *spécifique aux cas, d'intervention pratique* des connaissances scientifiques. C'est non seulement une condition marginale à minimiser autant que possible mais aussi une condition constructive et dont les conséquences sont nombreuses à bien des égards: il s'agit toujours de cas particuliers sur lesquels le diagnostic et la thérapie sont axés, et la participation des patients au sein de l'alliance professionnelle est toujours importante pour le processus de guérison. Il est également toujours question de l'individu à part entière et non pas de systèmes d'organes isolés même si ces derniers sont au centre du traitement. Il faut toujours mettre en balance le bénéfice potentiel et les éventuels dommages, l'ouverture face à l'avenir de toute évolution de la maladie ou de la guérison est quelque chose de radicalement différent d'un «produit», la compétence du médecin pour le patient en tant qu'individu à part entière dans l'alliance professionnelle inclut le décès potentiellement inévitable ou la détérioration de l'état de santé.

Faire abstraction ou considérer tout cela comme un aspect marginal négligeable comme c'est de plus en plus le cas dans les discussions de santé publique actuelles au-delà des frontières politiques, signifie créer des conditions cadres n'étant pas adaptées à la logistique de l'action médicale et donc contribuer à une déprofessionnalisation qui rend de plus en plus difficile de satisfaire à un idéal professionnel pertinent qui fonctionne. En particulier les médecins-cadres devant maîtriser l'exercice d'équilibriste délicat de satisfaire à la profession médicale d'une part et à l'organisation formelle de l'hôpital d'autre part, se retrouvent confrontés à la tâche difficile de négocier des conditions politiques renforçant l'autonomie de l'action médicale. Sans pouvoir aller dans les détails dans le peu de temps imparti sur les discussions politiques actuelles du secteur de la santé, je peux recommander, en tant que sociologue ayant une certaine distance, de ne faire si possible aucune concession au niveau linguistique sur l'esprit de l'époque de la déprofessionnalisation comme par exemple ne pas parler de «produits» ou de «système d'incitation» et si ce n'est pas possible autrement, d'expliquer de manière systématique pourquoi ces termes ne sont pas adaptés à l'action médicale.

Dynamique numérique sans frontière?

Tissu biologique sortant des imprimantes 3D, médicaments personnalisés, mesures des données vitales via le smartphone: la numérisation ouvre d'innombrables domaines d'action en médecine. Toutefois les innovations technologiques ne parviendront pas à s'imposer si elles ne tiennent pas compte des besoins des patients. C'est ce qui est ressorti lors du congrès de l'Association des hôpitaux de Suisse H+.

Hacking Healthcare: Le titre de cet exposé d'introduction lors du congrès de cette année de l'association des hôpitaux de Suisse H+ peut paraître discutable. Toutefois le conférencier nous rassure dès les premières minutes. Le Dr Stephan Sigrist, fondateur et directeur de Think Tank W.I.R.E, entend par «hacking» non pas le piratage criminel du secteur de la santé et de ses organisations, mais plutôt la décomposition (hachage) du système en différents éléments intégrants. Cette approche est selon lui la condition nécessaire pour mieux comprendre les processus de la numérisation. S. Sigrist analyse depuis de nombreuses années les évolutions interdisciplinaires dans l'économie, la science et la société et s'intéresse principalement aux conséquences de la numérisation.

La numérisation est faite par l'homme. Plus exactement: elle est un produit des innovations techniques. Les individus et les organisations développent des technologies et génèrent ce faisant des données, mesurent l'attitude humaine, traitent ces données et les sauvegardent de manière centralisée ou décentralisée. Selon S. Sigrist, la technologie constitue le fondement à partir duquel différentes possibilités d'application sont créées pour les organisations et les individus.

Automatisation, virtualisation, mise en réseau et réalisation

S. Sigrist distingue quatre dimensions différentes: automatisation, virtualisation, mise en réseau et réalisation. Et il fournit parallèlement des exemples concrets: les processus automatisés permettent aujourd'hui déjà aux patients de mesurer leurs données vitales à l'aide de leur smartphone. Les cliniques testent des fauteuils roulants automatiques qui conduisent les patients directement chez leur médecin traitant. Des robots désinfectent les blocs opératoires aux UV. Les chirurgiens et orthopédistes effectuent des opérations tests dans des salles d'opération virtuelles et perfectionnent ainsi leur dextérité. Les réalités virtuelles ont un impact positif sur la perception de la douleur des patients présentant des douleurs chroniques. S. Sigrist présente ensuite différents réseaux où les patients échangent et partagent leurs connaissances et leurs

expériences sur les maladies via une application. Du tissu biologique ou des organes humains pourront bientôt être fabriqués à partir d'imprimantes 3D. La numérisation, S. Sigrist en est convaincu, rend la médecine plus efficace, de meilleure qualité et plus indépendante. Elle crée de nouvelles approches de traitement et de suivi nécessitant moins de ressources en personnel. S. Sigrist parle d'une transition vers une médecine prédictive. Les données des patients feront à l'avenir partie intégrante du diagnostic médical et constitueront la base du suivi et de la surveillance du traitement des patients. Si l'on en croit les partisans de la numérisation, nous nous trouvons à la veille du système de santé idéal. Toutefois, S. Sigrist relativise. Aujourd'hui encore peu de prestataires ont accès à des données dont la qualité a été dûment contrôlée. Les difficultés techniques ne sont pas encore résolues. «Nous fabriquons beaucoup plus de données que nous ne pou-



«Les algorithmes doivent aider les médecins dans leur travail et améliorer la qualité du diagnostic et du traitement», explique Bart de Witte, Directeur du service Digital-Health chez IBM Allemagne.

vons en stocker». Et cette évolution est trop rapide pour les patients. Ils se sentent bien souvent dépassés. La croyance aveugle en la faisabilité de la technique met un voile sur les risques. Les technologies, explique S. Sigrist, conduisent à une dépersonnalisation de la médecine. L'empathie et la proximité humaine s'éclipsent de plus en plus dans ce scénario. C'est pourquoi S. Sigrist plaide en faveur d'une prise de conscience plus importante des besoins des patients (parfois contradictoires). Il ne faut pas mettre en avant ce qui est techniquement réalisable mais ce qui procure un bénéfice au patient. S. Sigrist en appelle aux décideurs. Il faut une vision réaliste du système de santé numérique. S. Sigrist recommande d'initier le changement à petite échelle. À savoir: décomposer (hacher) le système de santé!

Des qualités de direction numériques

La technologie et la numérisation offrent aux entreprises comme Novartis d'innombrables opportunités pour de nouveaux modèles commerciaux, explique le D^r Monika Jänicke, CEO Novartis Suisse. Le comportement de consommation évolue à vitesse grand V, à savoir du mode analogique au mode numérique. De nouveaux acteurs apparaissent sur le marché, occupent de nouvelles niches et deviennent grâce à leur flexibilité des leaders sur le marché international. M. Jänicke évoque notamment Apple, Facebook et Amazon. Il s'agit de tirer des enseignements de ces success stories car notre santé est également de plus en plus numérique. Les patients veulent communiquer et assumer leurs responsabilités de manière autonome. Chez Novartis, le patient est au cœur de notre approche depuis toujours. «En 2016, nous avons atteint un milliard de patients avec nos produits.» M. Jänicke considère l'innovation comme l'une des compétences clés de l'entreprise et voit Novartis comme un pionnier dans le domaine de la numérisation. Outre les microcapteurs présents dans les comprimés, le géant pharmaceutique est en train de développer en coopération avec Google, des lentilles de contact dotées de microprocesseurs. Ces lentilles corrigeront non seulement les défauts d'acuité visuelle mais elles surveilleront également le taux de glycémie chez les patients diabétiques. Les processeurs analyseront en permanence la composition du liquide lacrymal. Des innovations comme celles-ci sont très risquées souligne M. Jänicke. Novartis investit des milliards dans la recherche et le développement sans avoir de garanties quant à l'issue des recherches. Novartis escompte, avec la numérisation, accomplir, dans le développement de médicaments, des avancées considérables dans le domaine de la productivité. L'entreprise possède un million de données de patients collectées dans le cadre de 3'000 études, ces données n'ont à ce jour pas encore été exploitées de manière systématique rapporte M. Jänicke. Par ailleurs, Novartis investit dans des projets comme Science37 dans le but de créer des environnements cliniques internationaux, virtuels où les patients pour-

ront participer à des études cliniques. Si l'on parvenait à trouver plus rapidement des participants aux études, les coûts de la recherche et du développement diminueraient de manière significative explique M. Jänicke. Novartis évolue de plus en plus du statut d'entreprise pharmaceutique vers celui d'entreprise basée sur les données. Cela a également des répercussions sur l'organisation. «Nous devons nous éloigner des structures de direction hiérarchiques et promouvoir de nouvelles formes de cultures de la collaboration. From me to we.»

La numérisation contribue à la guérison

Dans le cadre d'un engagement social d'IBM, Bart de Witte devait établir un registre du cancer du col de l'utérus en Afrique, en collaboration avec l'OMS. Toutefois, le directeur actuel du service Digital-Health d'IBM Allemagne a dû repartir frustré sans avoir pu réaliser ce pour quoi il était venu. L'argent faisait défaut pour le dépistage HPV et le diagnostic de laboratoire correspondant. En Afrique, 58'000 femmes meurent chaque année du cancer du col de l'utérus. Pour Bart de Witte ces décès pourraient être évités. Grâce à la numérisation et à l'apprentissage automatique. IBM investit dans de puissants ordinateurs et dans l'intelligence artificielle. L'entreprise utilise Big Data pour permettre aux machines d'apprendre. Les algorithmes d'apprentissage qui en ressortent sont de plus en plus affinés et supérieurs à la capacité intellectuelle du cerveau humain. L'apprentissage automatique a permis selon B. de Witte d'obtenir de nouvelles approches des tableaux cliniques – en particulier avec l'imagerie numérique



et la reconnaissance des images. IBM a développé un dépistage de mélanome pour smartphones capable de mieux détecter les cellules cancéreuses de la peau qu'un dermatologue. Le but n'est pas de remplacer les médecins mais de permettre à l'individu de travailler en étant aidé par des algorithmes. Les algorithmes doivent aider les médecins dans leur travail et améliorer la qualité du diagnostic et du traitement. Bart de Witte se tourne une nouvelle fois vers l'Afrique à l'issue de son exposé. Le progrès technologique est aujourd'hui suffisamment avancé pour que les femmes puissent, grâce à une technique d'imagerie, être examinées quant à la présence du virus du papillome humain. Outre une caméra, il suffit d'un smartphone et d'une connexion Internet ajoute Bart de Witte. Les coûts de l'examen: cinq cents. Et en tant qu'effet annexe à ces examens poussés, le registre du cancer s'établit de manière quasi autonome.

Économie de plateforme

La numérisation du secteur de la santé nécessite une nouvelle façon de penser explique Bart de Witte: la pensée en plateformes. Les plateformes remplacent progressivement la main invisible en tant que principe d'organisation du marché. Cela nécessite de nouvelles stratégies d'entreprise. Une façon de pen-

Les données des patients feront à l'avenir partie intégrante du diagnostic médical et constitueront la base du suivi et de la surveillance du traitement des patients. C'est en tout cas l'avis du D^r Stephan Sigrist, fondateur et directeur de Think Tank W.I.R.E.



ser en réseau et la capacité à jouer avec des réseaux seront de plus en plus importantes. Les acteurs qui parviendront à se simplifier de manière étonnante attireront des clients sur leur plateforme et laisseront la concurrence derrière eux. Bart de Witte décrit l'image d'une boucle infinie positive: avec chaque nouvel utilisateur sur la plateforme, la plus-value augmente pour les clients existants. De cette manière, de nouvelles données sont ajoutées à la plateforme, ce qui permet à l'exploitant d'améliorer l'algorithme afin d'attirer encore plus de clients. Bart de Witte est toutefois convaincu que l'économie de plateforme et les structures de soins médicaux existantes ne s'excluent aucunement. «Il s'agit d'exploiter de manière ciblée la recherche actuelle, le personnel médical spécialisé, les connaissances médicales existantes et les réseaux de patients». Bart de Witte explique à la fin de son exposé comment IBM Allemagne soutient les hôpitaux sur la voie les menant à la plateforme. IBM Allemagne a conclu un partenariat avec la clinique universitaire de Schleswig-Holstein et créé un hub d'innovation. Il doit servir de place de marché pour les innovations numériques et promouvoir ses propres projets comme la chirurgie assistée par des robots ou la clinique sans clavier.

Manifeste numérique pour la Suisse

La Suisse et l'Europe sont-elles préparées à cette révolution industrielle? Fathi Derder, Conseil National FDP et membre du comité directeur de Digitalswitzerland dresse le portrait ambivalent de la Suisse. Elle se situe certes actuellement en tête de classement de l'indice Global Innovation; toutefois, au niveau international, la Suisse met trop peu de capital-risque à disposition pour financer les jeunes start-up innovantes. Alors que la Suisse devrait, faute d'alternatives, miser de manière conséquente sur l'innovation, le savoir et la recherche. C'est pourquoi Digitalswitzerland a rédigé un manifeste numérique pour l'initiative locale soutenue par le Conseil fédéral et l'économie explique Derder. Afin d'attirer les meilleurs talents en Suisse, il faut davantage de capital-risque, un budget de recherche supérieur et moins de régulation pour les créations d'entreprise.

Un programme varié a été proposé aux quelque 400 participants au congrès dans la Kursaal de Berne. Outre des exposés publics particulièrement intéressants, les nouveaux salons de la connaissance interactifs ont suscité un vif intérêt. Ils ont conduit à un meilleur dialogue et à davantage d'interaction entre les participants et les experts que cela n'a jusqu'ici été le cas avec les ateliers traditionnels, explique l'organisateur. Il tire un bilan positif: «Le congrès H+ 2017 a été un franc succès.»

En hommage à Hans-Ueli Würsten



Notre ancien Président et membre du Comité pendant de longues années, Hans-Ueli Würsten, nous a subitement quittés dimanche dernier à l'âge de 69 ans. Depuis 2002, Hans-Ueli Würsten a exercé de nombreuses fonctions auprès de la VLSS – tout d'abord en tant que membre du Comité cantonal et plus tard en qualité de vice-président. Il a présidé notre association pendant dix ans (de 2004 à 2010 et de 2014 à 2016).

En même temps, Hans-Ueli Würsten a siégé en tant que représentant de la VLSS dans de nombreux conseils professionnels. Il s'est engagé en particulier dans la formation médicale postgraduée et continue. Depuis 2007, Hans-Ueli Würsten a été membre du Comité de l'Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue ISFM.

En raison de ses décennies de mérite, Hans-Ueli Würsten a été nommé en 2016 membre d'honneur de l'association. Il a pratiqué pendant 20 ans au Centre hospitalier de Bienne en tant que médecin-chef de chirurgie vasculaire et thoracique. Avec le décès de Hans-Ueli Würsten, de la VLSS perd non seulement un membre engagé et compétent, mais aussi une personnalité très estimée et une voix critique.

L'Association des médecins dirigeants d'hôpitaux gardera de lui un souvenir reconnaissant. Nous présentons nos très sincères condoléances à sa femme et à ses filles.

La Direction de l'Association des médecins dirigeants d'hôpitaux de Suisse.

| | | |
|-------------------|---------------------|----------------------------|
| Karl-Olof Lövblad | Thomas Eichenberger | Markus Gubler |
| Président VLSS | Directeur VLSS | Responsable du secrétariat |

Nouveaux membres

Dr. med. Barata Armenio 2802 Develier
Dr. med. Burkhart Christoph Simon Kantonsspital Graubünden
Dr. med. Cao Claude Klinik Hirslanden, Zürich
Dr. med. Dürr Donat Zuger Kantonsspital AG
PD Dr. med. Ebnetter Andreas Inselspital, Bern
Dr. med. Genewein Eva Maria Bürgerspital Solothurn
Dr. med. Klenk Joachim Siloah AG, Gümligen
Dr. med. Kuther Markus Kantonsspital Münsterlingen
Dr. med. Knecht Margrith Schulthess Klinik, Zürich
Dr. med. Möhr Peter Wädenswil
Dr. med. Schmid Roger Spitalzentrum Biel AG, Biel
Dr. med. Takacs Istvan Kantonsspital Baden
Dr. med. Zweifel Martin Spitalzentrum Biel AG, Biel

Contact

Médecins cadres des hôpitaux suisses (VLSS)

Secrétariat Postgasse 19, case postale, 3000 Berne 8
T +41 (0)31 330 90 01 | F +41 (0)31 330 90 03
info@vlss.ch | www.vlss.ch



Monitoring de presse VLSS

Grâce au monitoring de presse numérique de la VLSS, les membres apprennent hebdomadairement ce qui fait la une des journaux dans la politique hospitalière suisse. Les informations sont sélectionnées et regroupées par le principal observateur des médias et fournisseur d'informations ARGUS. Cette prestation est gratuite pour les membres de la VLSS.

Les membres intéressés s'abonnent simplement et rapidement au monitoring de presse en envoyant un e-mail au secrétariat de l'association: info@vlss.ch