

BULLETIN DES MÉDECINS SUISSES & SWISS MEDICAL FORUM

Numéro 1/2
10 janvier 2024



16 Hospital at home
Plusieurs hôpitaux suisses
adoptent ce dispositif

26 Déontologie
Directives concernant
l'assistance au suicide

36 Soins palliatifs
Dyspnée: bonnes pratiques et
implications cliniques

78 Parkinson
Il retrouve son autonomie
grâce à une neuroprothèse

Carmenthin®

Huile de menthe poivrée WS® 1340 / Huile de cumin WS® 1520



Admis aux caisses (LS)
dès 12 ans

Douleurs?



Ballonnements?



Sensation de réplétion?



Capsule gastro-résistante¹



Se dissout directement dans l'intestin¹

La combinaison unique hautement dosée
d'huile de menthe poivrée et de cumin.¹

Action dans l'intestin. Réduction ciblée des symptômes.

1,2,3,4,5

Information professionnelle abrégée Carmenthin®

C: 1 capsule gastro-résistante contient 90 mg d'huile essentielle de menthe poivrée et 50 mg d'huile essentielle de cumin. Colorants: E 171, E 172, E 131, E 104, sorbitol et autres excipients. **I:** En cas de troubles digestifs fonctionnels (dyspepsie fonctionnelle) avec douleurs et brûlures dans le creux épigastrique, crampes légères, ballonnements et sensation de réplétion. **P:** Les adultes et les adolescents à partir de 12 ans prennent 1 capsule sans la croquer 2 fois par jour avec suffisamment de liquide (p. ex. 1 verre d'eau) au moins 30 minutes avant le repas, de préférence le matin et le midi. Le traitement doit être poursuivi jusqu'à l'amélioration des symptômes, en général de 1-2 semaines à 3 mois. **CI:** Hypersensibilité à la substance active ou à l'un des excipients. Affections hépatiques, calculs biliaires et affections inflammatoires du canal cholédoque (cholangite) ou autres affections des voies biliaires. Patients souffrant d'achlorhydrie. **EI:** Des troubles gastro-intestinaux, tels que remontées acides, brûlures d'estomac, nausées, vomissements ou démangeaisons rectales peuvent survenir. En présence de signes de réaction allergique, il faut arrêter de prendre Carmenthin® et consulter un médecin. **IA:** En cas de prise concomitante de Carmenthin® avec des antiacides, antihistaminiques, inhibiteurs de la pompe à protons, la gélule peut s'ouvrir de manière anticipée (respecter un intervalle d'au moins 1 heure). **G/A:** L'administration de Carmenthin® durant la grossesse n'est pas recommandée. Il n'existe pas ou peu de données sur l'utilisation de la menthe poivrée et/ou de l'huile essentielle de cumin chez la femme enceinte. Carmenthin® ne doit donc pas être administré pendant la période d'allaitement. **P:** 28 et 84 capsules. **CV:** B, admis aux caisses (LS) avec limitatio consulter www.spezialtaetenliste.ch. **TA:** Schwabe Pharma SA, Küssnacht am Rigi. Pour de plus amples informations, consulter www.swissmedicinfo.ch.

Références

1. www.swissmedicinfo.ch 2. Rich G. et al. A randomized placebo-controlled trial on the effects of Menthacarin, a proprietary peppermint- and caraway-oil-preparation, on symptoms and quality of life in patients with functional dyspepsia. Neurogastroenterol. Motil. 2017, Juli 10, 3. Freise und Köhler et al. Peppermint oil/caraway oil fixed combination in antacid dyspepsia – Comparison of efficacy and tolerance of two galenic preparations. Pharmazie 1999; 54 (3): 201-215. 4. May B. et al. Efficacy and tolerability of a fixed combination of peppermint oil and caraway oil in patients suffering from functional dyspepsia. Aliment Pharmacol Ther 2000; 14: 1671-1677. 5. May B. et al. Efficacy of a Fixed Peppermint Oil/Caraway Oil Combination in Non-ulcer Dyspepsia. Arzneim.-Forsch./Drug Res. 1996; 36 (II), Nr. 12, 1149-1153.

Toutes les références peuvent être demandées à Schwabe Pharma.



Schwabe
Pharma AG
From Nature. For Health.

Se donner un peu d'air



Magdalena Mühlemann

Responsable contenu scientifique, formation postgrade et continue
magdalena.muehlemann[at]emh.ch

J'espère que vous avez pu respirer un peu pendant les fêtes. Dans ce premier numéro de l'année, en page 16, l'article en une de Simon Koechlin met en lumière le projet d'hôpital à la maison. «Visit – Spital Zollikerberg Zuhause» à Zurich et «Hospital at Home» de la clinique d'Arlesheim, située dans le canton de Bâle-Campagne, font partie des projets pionniers. Tous deux se sont révélés concluants: les malades, volontaires, ne sont pas exposés aux germes hospitaliers et sont moins souvent sujets au délire. De plus, ils bougent davantage à la maison. La durée de traitement est plus courte et le taux de réhospitalisation est plus faible. Reste encore la question du modèle de financement.

Dans le cahier de la FMH, en page 26, vous trouverez un sujet controversé. Thomas Gächter, doyen de la Faculté de droit de l'Université de Zurich, revient sur l'assistance au suicide, un sous-chapitre des directives «Attitude face à la fin de vie et à la mort» de l'ASSM, adaptées en 2021 et reprises dans le Code de déontologie de la FMH. Il explique que la déontologie prend souvent en compte les évolutions actuelles que le législateur n'a pas encore pu réglementer. Entre-temps, les membres de la profession disposent ainsi de critères éthiques et professionnels fondés pour l'exercice de leur activité. Lorsqu'il existe des

dispositions légales, les règles déontologiques ne les modifient pas. Elles servent plutôt à les concrétiser. Concernant le discours actuel, le professeur Gächter écrit: «La liberté individuelle de faire le choix de se suicider ne soumet le corps médical à aucune obligation et aucun devoir de porter assistance.» Il n'existe pas non plus de droit fondamental à se suicider d'une certaine manière.

Les personnes qui souhaitent mourir sont souvent celles qui sont touchées par une détresse respiratoire chronique avec une charge existentielle correspondante. Autrement dit, selon la CIM-11, elles doivent littéralement se donner de l'air depuis plus de huit semaines. Page 36, Jan Gärtner et Tanja Fusi-Schmidhauser consacrent leur article de revue dans le Swiss Medical Forum à la détresse respiratoire chez les personnes atteintes de maladies incurables et évolutives dans le cadre des soins palliatifs. Outre une vue d'ensemble des meilleures pratiques actuelles, ils mettent en exergue les discussions actuelles afin d'en dégager des implications pour la pratique clinique. Ils recommandent par exemple un usage réfléchi et pondéré des opioïdes en cas de maladies cardiorespiratoires.

Annonce

FMH SAQM ASQM



Berner Fachhochschule
► Gesundheit

CAS Qualität im Gesundheitswesen für die patienten- nahe Arbeitspraxis

interprofessionell und
sektorenübergreifend

Werden Sie zur Schlüsselperson für Qualität! Diese Weiterbildung bietet Gesundheitsfachpersonen die Chance, sich in den Bereichen Qualität, Patientensicherheit und Kommunikation zu spezialisieren. Anmeldungen für einzelne der sieben Module sind möglich.

Kursdauer
August 2024 bis Juni 2025
Anmeldung
bis 1. Juli 2024 unter
bfh.ch/qualitaet-im-gesundheitswesen





Explorer. S'informer.

Inscrivez-vous dès maintenant sur [swisshealthweb.ch](https://www.swisshealthweb.ch)
et devenez membre premium pendant 3 mois!



Profitez de services exclusifs:

- Base de données de médicaments
- Articles spécialisés
- Articles curatés
- Guidelines
- Offres de formation postgraduée et continue
- Calendrier des événements
- Offres d'emploi
- Outils pratiques

Zoom sur



12

Un jeune métier en plein essor

Physician Associates La profession d'assistantes et assistants cliniques a connu un fort développement au cours des dix dernières années en Suisse. Aujourd'hui, elle est exercée dans environ 50 établissements médicaux. Un bachelors est en préparation, ouvrant la voie à de grands projets et de grandes opportunités dans le domaine de la santé.

Fabienne Hohl



16

L'hôpital à la maison

Soins Plusieurs projets en Suisse ont pour objectif de proposer une alternative à l'hospitalisation. Certains établissements de santé ont déjà franchi le pas. Ils offrent un traitement équivalent à la prise en charge hospitalière – mais au domicile de la patiente ou du patient.

Simon Koechlin



80

Enjeux et challenges des services cloud

Numérisation Les services de stockage cloud permettent de réduire les efforts et les coûts informatiques. Mais qu'en est-il de la protection et de la sécurité des données? Comment les professionnels de la santé peuvent-ils s'assurer de la protection des données sensibles?

Torsten Kahlstadt

Annonce

Les rédactions du *Bulletin des médecins suisses* et du *Forum Médical Suisse* ainsi que les Éditions médicales suisses EMH souhaitent à toutes les lectrices et tous les lecteurs une bonne et heureuse année 2024, et une bonne santé. Nous nous réjouissons de continuer à vous proposer des contenus captivants, indépendants et de grande qualité.

Sommaire

3	Éditorial de Magdalena Mühlemann Se donner un peu d'air
8	CONTENU ÉDITORIAL
8	Actualités
8	À la page Éliminer les incitations inopportunes
12	Article de fond Un jeune métier en plein essor
16	À la une L'hôpital à la maison
20	Forum Courrier à la rédaction
22	Communications
78	Savoir Une neuroprothèse pour retrouver une marche fluide
80	Cabinet malin Enjeux et challenges des services cloud
82	Le mot de la fin de Rahel Gutmann Oui, Docteur!
23	FMH
24	Analyse de la semaine du Comité central Parlement, Conseil fédéral, financement uniforme: un vent nouveau?
26	FMH Actuel La déontologie et les directives de l'ASSM «Attitude face à la fin de vie et à la mort»
29	Nouvelles du corps médical

Impressum

Bulletin des médecins suisses

Organe officiel de la FMH, l'association professionnelle des médecins suisses
Contact: +41 61 467 85 72, redaktion.saez@emh.ch, www.bullmed.ch

Rédaction: Rahel Gutmann, Carole Scheidegger, Lucas Vallois, Sarah Bourdely, Laura Jovanovic, Gabriele Hellwig, Bahador Saberi, Christelle Grisnaux, Anja Kemmer (assistante de rédaction), Tamy Markowitsch (rédaction Point fort). Vous trouverez les membres de l'Advisory Board en ligne sur www.bullmed.ch

ISSN: version imprimée: 1661-5948 / version électronique: 1424-4012. Paraît le mercredi.

© FMH Le Bulletin des médecins suisses est une publication en libre accès (open access). Sur la base de la licence Creative Commons «Attribution – Pas d'Utilisation commerciale – Pas de Modification 4.0 International», les utilisateurs ont le droit de reproduire, de distribuer et de communiquer cette œuvre au public. Le nom de l'auteur doit toujours être clairement indiqué. L'utilisation à des fins commerciales n'est autorisée qu'avec l'accord explicite et préalable des EMH et sur la base d'un accord écrit.

Swiss Medical Forum – Forum Médical Suisse

Le Forum Médical Suisse est l'organe officiel de formation postgraduée et continue de la FMH et une revue officielle de formation postgraduée et continue de la SSMIG. Il est membre du «Committee on Publication Ethics» (COPE) et est répertorié dans le «Directory of Open Access Journals» (DOAJ), ce qui lui permet de répondre aux exigences de l'ISFM concernant les revues à comité de lecture (peer review).
Contact: +41 61 467 85 58, office@medicalforum.ch, www.medicalforum.ch/fr. Soumission de manuscrits en ligne: www.manuscriptmanager.net/smf

Rédaction scientifique: Prof. Dr méd. Nicolas Rodondi, Berne (rédacteur en chef); Prof. Dr méd. Martin Krause, Müllheim (rédacteur en chef adjoint); PD Dre méd. Carole Elodie Aubert, Berne; Prof. Dr méd. Stefano Bassetti, Bâle; Prof. Dr méd. Idris Guessous, Genève; Prof. Dr méd. Lars C. Huber, Zurich; Prof. Dr méd. Gérard Waeber, Lausanne; Prof. Dre méd. et phil. Maria M. Wertli, Baden.
Vous trouverez les membres de l'Advisory Board en ligne sur www.medicalforum.ch/fr

Rédaction interne à la maison d'édition: Magdalena Mühlemann (responsable de la rédaction), Dre méd. Ana M. Cettuzzi-Grozaj (responsable du lectorat médical), Dre méd. Susanne Redle (responsable du peer review), Maria João Brooks (assistante de rédaction).

30 ORGANISATIONS

30 **Haute école zurichoise des sciences appliquées, Collège M**
L'art de diriger

33 SWISS MEDICAL FORUM

34 **Weekly Briefing de Lars C. Huber et Martin Krause**

36 **Article de revue MIG**
Dyspnée chez les personnes souffrant de maladies incurables et évolutives

40 **Le cas particulier**
Détérioration neurologique progressive

43 **Le cas particulier**
Baisse de vigilance d'origine toxique

46 **Actuel**
Merci beaucoup, chères réviseuses et chers réviseurs!

67 POINT FORT: RHUMATOLOGIE

67 «Window of Opportunity» de la maladie de Still: fait ou mythe?

70 Assurer la prise en charge et la qualité

73 Le suivi rhumatologique est-il assuré en Suisse?

75 Polymyalgie rhumatismale: une maladie à part entière?

48 SERVICES

48 **Offres et demandes d'emploi**

60 **Séminaires et événements**

62 **FMH Services**

ISSN: version imprimée: 1424-4977 / version électronique: 1424-4985. Paraît le mercredi.

© EMH Éditions médicales suisses SA (EMH), 2022. Le Forum Médical Suisse est une publication en accès libre (open access) des EMH sous la licence CC BY-NC-ND 4.0, qui accorde aux utilisateurs le droit illimité de reproduire, distribuer et communiquer l'œuvre au public sous les conditions suivantes: (1) le nom de l'auteur doit être mentionné, (2) l'œuvre ne doit pas être utilisée à des fins commerciales et (3) l'œuvre ne doit en aucun cas être adaptée ou modifiée. L'utilisation commerciale n'est permise qu'avec l'autorisation explicite et préalable des EMH et sur la base d'un accord écrit.

Maison d'édition: EMH Éditions médicales suisses SA, Farnsburgerstrasse 8, 4132 Muttenz, Tél. +41 61 467 85 55, www.emh.ch/fr

Announces: Philipp Lutzer, tél. +41 61 467 85 05, philipp.lutzer@emh.ch

Marché de l'emploi et annonces par rubrique: Régie des annonces, tél. +41 61 467 85 71, stellenmarkt@emh.ch

Rubrique FMH Services: FMH Consulting Services, Office de placement, case postale 246, 6208 Oberkirch, tél. +41 41 925 00 77, mail@fmhjob.ch, www.fmhjob.ch

Abonnements membres FMH: FMH Fédération des médecins suisses, Elfenstrasse 18, 3000 Berne 15, tél. +41 31 359 11 11, dlim@fmh.ch

Autres abonnements: Service à la clientèle EMH, abo@emh.ch, +41 61 467 85 45

Remarque: les posologies, indications et formes d'application mentionnées doivent en tous cas être comparées aux notices des médicaments utilisés, en particulier pour les médicaments récemment autorisés.

Concept créatif: Agence Guido Von Deschwanden

Production: Vogt-Schild Druck AG, www.vsdruk.ch

Photos: toutes les photos sont mises à disposition, sauf indication contraire. Photo de couverture: Wave-breakmedia Ltd / Dreamstime.com

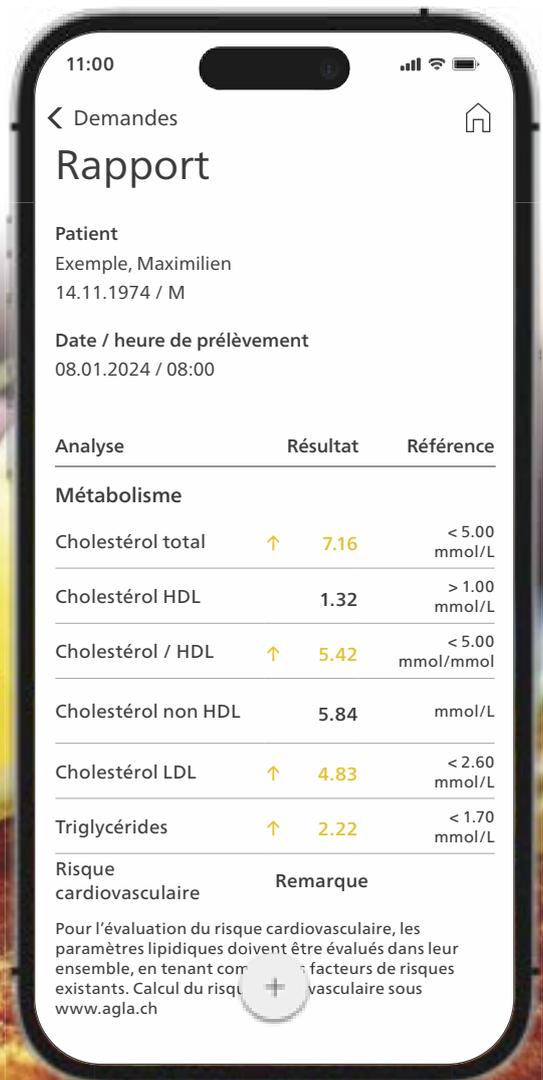
My Viollier – L'App dédiée aux patients

Connaissez vos valeurs

Votre santé est-elle importante pour vous ? Quelle influence ont vos habitudes alimentaires ?

Avec l'App My Viollier, vous avez accès, en tant que patient – après autorisation d'accès unique délivrée par votre médecin – à tous vos résultats de laboratoire de Viollier et du laboratoire du cabinet médical. Vous connaissez ainsi vos valeurs et pouvez suivre leur évolution dans le temps, aussi bien sous forme de tableaux que de graphiques.

Utilisez l'App My Viollier comme motivation pour garder et améliorer votre santé.



11:00

< Demandes 🏠

Rapport

Patient
Exemple, Maximilien
14.11.1974 / M

Date / heure de prélèvement
08.01.2024 / 08:00

Analyse	Résultat	Référence
Métabolisme		
Cholestérol total	↑ 7.16	< 5.00 mmol/L
Cholestérol HDL	1.32	> 1.00 mmol/L
Cholestérol / HDL	↑ 5.42	< 5.00 mmol/mmol
Cholestérol non HDL	5.84	mmol/L
Cholestérol LDL	↑ 4.83	< 2.60 mmol/L
Triglycérides	↑ 2.22	< 1.70 mmol/L
Risque cardiovasculaire	Remarque	
Pour l'évaluation du risque cardiovasculaire, les paramètres lipidiques doivent être évalués dans leur ensemble, en tenant compte des facteurs de risques existants. Calcul du risque cardiovasculaire sous www.agla.ch		



© Ginasanders / Dreamstime

Le même financement pour les mêmes prestations médicales – qu'elles soient fournies en ambulatoire ou en milieu hospitalier.

À la page

Éliminer les incitations inopportunes

Frais de santé Juste avant Noël, le Parlement a approuvé le financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires. Le projet est issu d'une initiative parlementaire de l'ancienne conseillère nationale, Ruth Humbel, qui nous explique les avantages de cette nouvelle réglementation.

Propos recueillis par Carole Scheidegger

Madame Humbel, en 2009, vous avez lancé l'initiative parlementaire «Financement moniste des prestations de soins». Pourquoi une telle initiative?

Cela fait déjà 20 ans que le Conseil fédéral s'est penché sur la question du «financement moniste». En 2004, un groupe d'experts dirigé par le professeur Robert Leu a présenté différents modèles de financement moniste. En 2007, dans le cadre des débats sur le financement des hôpitaux, les Chambres ont chargé le Conseil fédéral de présenter au Parlement un projet de financement uniforme des prestations hospitalières et ambulatoires jusque fin 2010. D'autres interventions ont suivi, sans réaction de la part du Conseil fédéral. J'ai donc déposé cette initiative pour que le Parlement prenne les choses en main.

Vous attendiez-vous à ce que l'adoption du projet renommé «financement uniforme des prestations ambulatoires et hospitalières» (EFAS) prenne 14 ans? Qu'est-ce qui explique un tel délai?

Non, après l'approbation par le Conseil national à la session d'automne 2019, je ne pensais pas qu'il faudrait encore quatre ans. Les discussions avec la CDS (Conférence des directeurs cantonaux de la santé) étaient difficiles. Les cantons



Ruth Humbel

Ancienne conseillère nationale PDC (canton d'Argovie) de 2003 à 2023, membre du conseil d'administration de l'assurance maladie et accidents Concordia et présidente des fondations EQUAM, RADIX et Vitaparours.

revenaient toujours avec de nouvelles exigences. Ils ont d'abord prôné «AVOS (l'ambulatoire avant le stationnaire) au lieu de l'EFAS», puis ont établi des listes de prestations à ne pas réaliser en stationnaire dans les hôpitaux, mais en ambulatoire, soulageant les finances cantonales au détriment des assurés. De plus, la CDS a réclamé la gestion du secteur ambulatoire. Pour la satisfaire, les admissions lui ont été confiées. Enfin, il y a eu la demande d'inclure les soins dispensés dans les EMS ou à domicile (Spitex), qui a été intégrée dans le projet. Les exigences des cantons ont ainsi été respectées.

Quelles seront les améliorations concrètes du financement uniforme (EFAS)?

Le financement uniforme élimine toute dérive ou incitations erronées, il renforce les soins intégrés. Force est de constater que la principale anomalie dans le domaine de la santé réside dans la différence de financement entre les secteurs ambulatoire et hospitalier. Les prestations ambulatoires sont entièrement prises en charge par l'assurance-maladie, soit par l'assuré, tandis que les prestations stationnaires sont financées à 55% par les cantons au moyen des impôts. De plus en plus de prestations étant réalisées en ambulatoire, les coûts ambulatoires – et par conséquent les primes – augmentent, tandis que la partie financée par les impôts stagne. Le financement uniforme corrige à la fois cette dérive et l'incitation erronée selon laquelle le dédommagement détermine le type de traitement et non la simple indication médicale.

Le financement uniforme (EFAS) doit entrer en vigueur le 1^{er} janvier 2028 pour les soins intensifs. Que reste-t-il à faire au secteur de la santé avant son entrée en vigueur?

L'EFAS crée les conditions nécessaires à l'élimination des incitations erronées. Il incombe désormais aux partenaires tarifaires de réviser les barèmes et de garantir un financement identique pour les mêmes prestations médicales, qu'elles soient réalisées en ambulatoire ou en stationnaire. Par ailleurs, ils doivent développer des modèles innovants en matière d'assurance complémentaire, lesquels rembourseront, en cas de transfert des services hospitaliers vers les soins ambulatoires, les prestations supplémentaires dispensées en ambulatoire.

Le SSP a lancé un référendum contre le financement uniforme. S'il devait aboutir, quels seraient vos arguments pour convaincre les électeurs de voter en faveur de ce projet?

Les opposants à la réforme ne veulent pas améliorer le système de santé, mais le mettre au pied du mur. La forte augmentation des primes est la conséquence du transfert des prestations réalisées en stationnaire vers l'ambulatoire, ce qui pèse davantage sur les assurés et soulage les contribuables. Si l'on veut que l'évolution des coûts soit répartie équitablement entre assurés et contribuables, il faut soutenir le financement uniforme. Les principales associations de prestataires de soins soutiennent le projet et s'engageront, je l'espère, en sa faveur en cas de référendum.

Qui de neuf?

L'USZ nomme un nouveau directeur financier



Remo Inglin,
CFO de l'USZ

Zurich Remo Inglin est le nouveau directeur financier et membre de la direction de l'Hôpital universitaire de Zurich (USZ). Il est responsable de la direction des finances en tant que CFO par intérim depuis août 2023. Le choix s'est porté sur lui à l'issue d'une procédure d'évaluation en plusieurs étapes, indique l'USZ dans un communiqué. Remo Inglin est de fait très expérimenté dans la gestion. Au cours de sa carrière, il a occupé différents postes de direction et a récemment travaillé comme manager intérimaire chez Implemia Suisse SA. Inglin est un spécialiste dans le domaine de la santé, avec une longue expérience dans la gestion du changement ainsi que dans le coaching et le mentoring.

Yvonne Nussbaumer devient médecin-chef adjointe



PD Dre méd.
Yvonne Nussbaumer

Schaffhouse Les Hôpitaux de Schaffhouse ont nommé la PD Dre méd. Yvonne Nussbaumer médecin-chef adjointe en médecine interne à l'Hôpital cantonal de Schaffhouse. Elle devient ainsi la suppléante de l'actuel médecin-chef, PD Dr méd. Markus Schneemann. La docteure Nussbaumer prend en charge la direction administrative des services d'angiologie, d'endocrinologie et de diabétologie, de gastroentérologie, de cardiologie, de neurologie, de pneumologie et du service médical des urgences interdisciplinaires. Elle conserve la direction médicale du service de pneumologie. Auparavant, elle a travaillé à l'Hôpital universitaire de Zurich et à l'Hôpital cantonal thurgovien.

Nouveau chef de la chirurgie de la colonne vertébrale au KSBL



PD Dr méd.
André Wirries

Liestal Le PD Dr méd. André Wirries dirige désormais la chirurgie de la colonne vertébrale à la Clinique d'orthopédie et de traumatologie de l'Hôpital cantonal de Bâle-Campagne (KSBL). Il a terminé ses études de médecine humaine en Allemagne en 2011 et a travaillé à l'hôpital Bruderholz lors de son année pratique. Ses années d'assistant l'ont conduit dans les cliniques orthopédiques spécialisées de la Fondation Hessing à Augsburg (DE). En 2018, il a obtenu son titre de spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Dès 2019, André Wirries était chef de clinique au Centre de la colonne vertébrale et de la scoliose de la Fondation Hessing.

Au cœur de la science

L'IA reconnaît les expressions faciales

Psychothérapie L'intelligence artificielle (IA) reconnaît de manière fiable les émotions sur la base des expressions faciales. C'est ce que montre une étude de faisabilité menée par une équipe de la Faculté de psychologie et des Cliniques psychiatriques universitaires (UPK) de l'Université de Bâle. Les scientifiques ont utilisé des réseaux neuronaux artificiels en libre accès qui ont été entraînés à l'aide de plus de 30 000 photos de visages à la reconnaissance de six émotions de base: bonheur, surprise, colère, dégoût, tristesse et peur. Au Center for Scientific Computing de l'Université de Bâle, cette IA a ensuite analysé des vidéos de séances de thérapie de 23 patients borderline. L'IA a évalué les expressions du visage avec autant de fiabilité que l'être humain. En outre, elle a reconnu des «micro-expressions» qui pourraient échapper aux thérapeutes ou qui ne sont perçues qu'inconsciemment par ces derniers. L'IA pourrait ainsi devenir un outil pour la thérapie et la recherche.

doi.org/10.1159/000534811

L'ultrason au cerveau

Micro-véhicules Des scientifiques de l'ETH Zurich ont montré que des micro-véhicules pouvaient être dirigés à travers les vaisseaux sanguins du cerveau de souris à l'aide d'ultrasons. Pour ce faire, ils ont utilisé des vésicules remplies de gaz et recouvertes d'une enveloppe d'acides gras. Celles-ci sont utilisées comme agent de contraste dans l'imagerie par ultrasons. Sans contrôle extérieur, les vésicules sont entraînées par le flux sanguin. Les scientifiques sont parvenus à maintenir les vésicules en place ainsi qu'à les diriger dans le sens inverse de l'écoulement du sang dans les vaisseaux cérébraux à l'aide d'ultrasons. Ils ont également réussi à guider les vésicules à travers des voies sanguines tortueuses ou à naviguer dans les ramifications les plus fines des vaisseaux sanguins. Les ultrasons présentent des avantages par rapport aux techniques de navigation alternatives telles que celles à base de champs magnétiques, dit Daniel Ahmed, professeur de robotique acoustique à l'ETH Zurich: «Les ultrasons sont déjà largement utilisés en médecine, ils pénètrent profondément dans le corps et sont sûrs.»

doi.org/10.1038/s41467-023-41557-3

Divers

Un centre du sein au Tessin



Affidea Suisse s'étend au canton du Tessin.

Sénologie Avec l'ouverture de l'«Affidea Brust-Zentrum Ticino» à Lugano, Affidea étend son réseau national de centres de compétences spécialisés dans la médecine du sein dans les domaines de la prévention, du diagnostic, du traitement et du suivi du cancer du sein. Dès janvier 2024, des médecins locaux collaboreront depuis leurs cabinets respectifs. En début d'année 2025, ils emménageront sous un même toit dans le nouveau centre.

L'objectif est de réunir les capacités médicales existantes et d'offrir ainsi aux patientes un parcours de soins holistique et spécialisé en médecine mammaire. L'équipe se compose du chirurgien mammaire Dr méd. Damir De Monaco, de la chirurgienne plasticienne Dre méd. Barbara Pompei, de l'oncologue Dr méd.

Alexandre Christinat, du radiologue Dr méd. Vitale et du chirurgien du sein, le professeur Dr méd. Virgilio Sacchini. Les prestations suivantes sont proposées: imagerie diagnostique, interventions onco-chirurgicales et reconstructives ainsi qu'esthétiques, oncologie, radiothérapie, conseil génétique, conseil par une Breast Care Nurse.

Affidea Suisse réunit, selon ses propres indications, plus de 300 spécialistes dans 13 centres, dont 60 médecins, qui prennent en charge plus de 150 000 patientes et patients par an.

En chiffres

Accidents de ski de fond



Les accidents de ski de fond ont **double** au cours des **dix** dernières années, comme l'indique la Suva.

Entre **2011** et **2013**, les assureurs-accidents enregistraient encore en moyenne **1100** accidents de ski de fond contre près de **2200** entre **2019** et **2021**.



Samuli Aegerter, spécialiste des sports de neige à la Suva, donne des conseils pour plus de sécurité: «En plus de l'échauffement, il est important que la personne choisisse bien la piste de ski de fond en fonction de sa forme et de ses capacités.»



Personnalité de la semaine

Il détecte le cancer dans le sang



Prof. Dr G.V.
Shivashankar

Dépistage précoce En Suisse, une personne sur cinq est atteinte d'un cancer avant l'âge de 70 ans. Pour de nombreux types de cancer, le diagnostic précoce d'une tumeur a une influence décisive sur le succès du traitement. Et c'est précisément dans le domaine du dépistage précoce du cancer que des scientifiques suisses ont vraisemblablement fait une avancée majeure. L'équipe de recherche dirigée par G.V. Shivashankar, responsable de la mécanogénomique à l'Institut Paul Scherrer et professeur à l'EPF de Zurich, a pu démontrer que des modifications dans l'organisation du noyau de certaines cellules sanguines peuvent fournir une indication fiable de la présence d'une tumeur dans le corps. Grâce à l'utilisation de l'intelligence artificielle (IA), les scientifiques ont pu distinguer les personnes en bonne santé des malades avec une précision d'environ 85%. «Sur le plan mondial, c'est la première fois que l'on y parvient», déclare G. V. Shivashankar.

G. V. Shivashankar travaille à l'Institut Paul Scherrer depuis 2019. Cela fait longtemps qu'il cherche une méthode de détection précoce des tumeurs à l'aide de l'IA. Avant de rejoindre l'EPF de Zurich, il était directeur adjoint de l'Institut de mécanobiologie de l'Université de Singapour (NUS).

À son retour en Suisse, ce dernier et son équipe ont approfondi leurs recherches afin de proposer une méthode facile à mettre en œuvre, fiable et sensible. «Notre hypothèse avançait que les cellules sanguines jouaient le rôle de détecteurs de tumeurs – cela nous a menés loin», explique G. V. Shivashankar. Pour valider cette hypothèse, le groupe de recherche a examiné la chromatine dans le noyau des cellules sanguines à l'aide d'un microscope à fluorescence. Lors d'une première série d'essais, l'IA a pu distinguer les patients sains des patients cancéreux avec une précision de 85%. «Même l'analyse d'une seule cellule quelconque a été effectuée avec une très grande précision», explique le professeur Shivashankar. En outre, l'IA a réussi à déterminer le type de tumeur – mélanome, gliome ou tumeur de la tête et du cou. Les résultats ont été publiés dans la revue spécialisée *npj Precision Oncology* (doi.org/10.1038/s41698-023-00484-8).

Selon le biologiste et son équipe, la nouvelle méthode peut être appliquée à de nombreux types de cancer. D'avantage d'études sont néanmoins nécessaires avant l'accord d'une approbation. G. V. Shivashankar est convaincu du potentiel clinique de ce dispositif: «La méthode est prête!»

Repéré



© Suriya Kankiang / Dreamstime

Chronobiologie Des scientifiques de l'Université de Bâle et de l'Université technique de Munich ont analysé l'influence de différentes teintes de lumière sur le corps humain. Verdict: «Rien n'indique que la variation de la couleur de la lumière sur le spectre bleu-jaune exerce une influence notable sur l'horloge interne ou le sommeil», souligne la Dre Christine Blume. doi.org/10.1038/s41562-023-01791-7

Un jeune métier en plein essor

Physician Associates La profession d'assistantes et assistants cliniques a connu un fort développement au cours des dix dernières années en Suisse. Aujourd'hui, elle est exercée dans environ 50 établissements médicaux. Un bachelor est en préparation, ouvrant la voie à de grands projets et de grandes opportunités dans le domaine de la santé.

Fabienne Hohl

Depuis son lancement en 2014 avec la formation d'une première personne au service de chirurgie de l'Hôpital cantonal de Winterthour (KSW), ce profil professionnel s'est révélé efficace dans diverses disciplines médicales. Rien qu'au KSW, plus de 30 collaborateurs travaillent en tant qu'assistantes et assistants cliniques (Physician Associates, PAs) [1], comme on les appelle également. À l'échelle nationale, leur nombre s'élève actuellement à une centaine [2], la majorité travaillant en Suisse alémanique. Cependant, aux Hôpitaux universitaires de Genève (HUG),

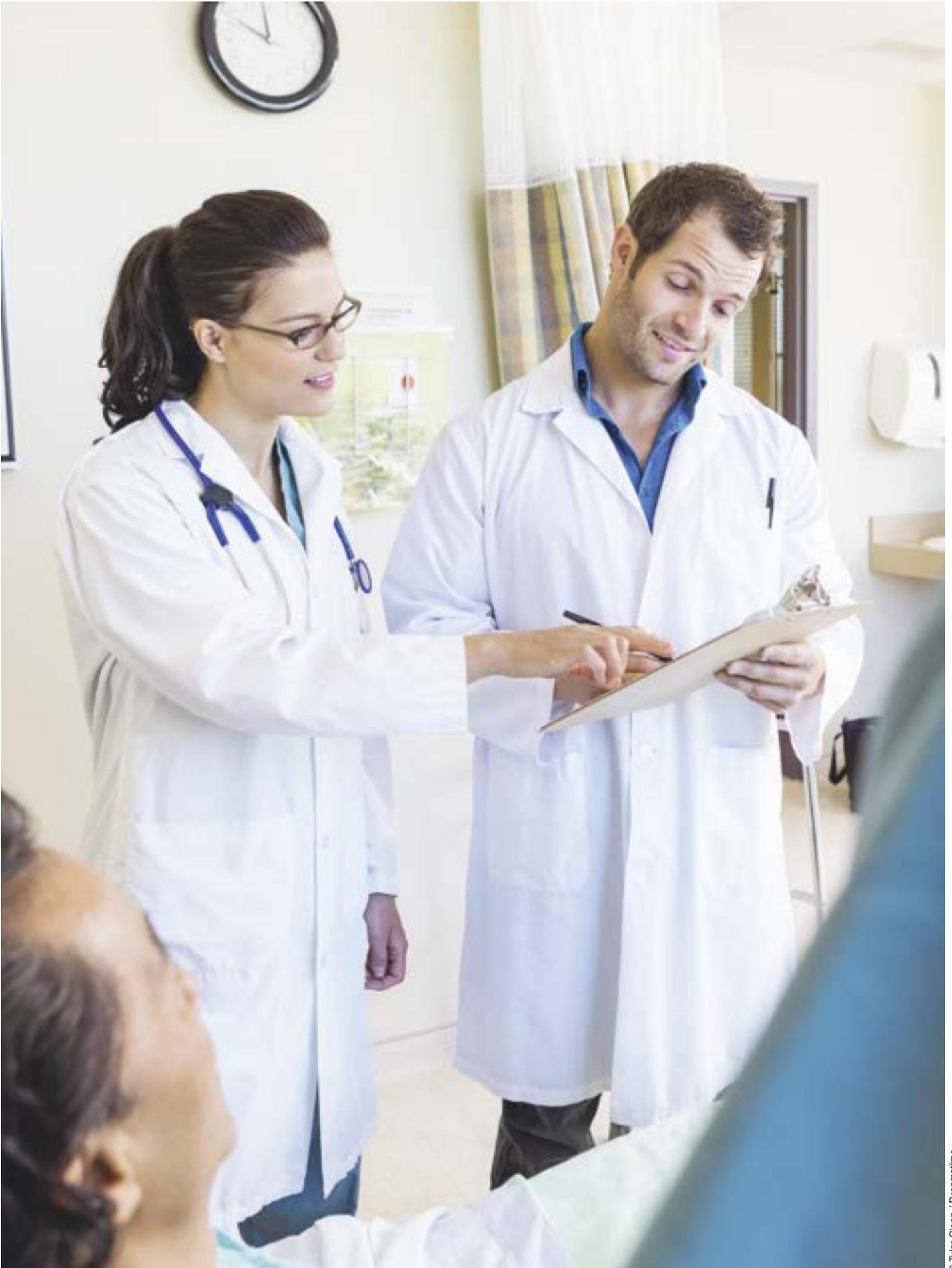
que par les hommes. En 2021, aux États-Unis, environ deux tiers des PAs étaient des femmes et un tiers des hommes [3]. Le diplôme de master en médecine des PAs y est légalement reconnu, et selon le Bureau des statistiques du travail des États-Unis, les perspectives d'emploi sont très bonnes, avec une croissance prévue de 27% entre 2022 et 2032 [4]. Il n'est donc pas surprenant que les PAs aient reçu d'excellentes évaluations lors d'une récente enquête menée auprès des patients pour le compte de l'American Association of Physician Associates: 67% de tous les patients ont déclaré qu'ils

Grâce à leurs connaissances médicales approfondies, les Physician Associates peuvent assumer des tâches médicales par délégation.

quatre personnes suivent actuellement une formation continue pour devenir PAs. D'ici à 2025, 300 d'entre eux devraient être en service dans les institutions de santé suisses [1]. Ainsi, en Suisse, une profession est en train de se développer, alors qu'aux États-Unis, en raison de la pénurie de médecins après la Seconde Guerre mondiale, elle est établie depuis les années 1970 et très appréciée tant par les femmes

Physician Associates Switzerland

L'association professionnelle Physician Associates Switzerland, créée en 2022, a pour objectif d'établir la profession d'assistant médical sur le plan éducatif, juridique et économique en Suisse. Elle conseille et documente notamment les professionnels et les institutions qui souhaitent suivre la formation d'assistant médical ou créer un poste d'assistant médical. La prochaine journée d'information de l'association est le PA Day du 24 avril 2024 à la ZHAW à Winterthour. Retrouvez de plus amples informations sur www.physician-associates.ch et klinischefachspezialisten.ch.



© Tyler Olson / Dreamstime

La profession de Physician Associate se caractérise par une formation médicale continue à temps partiel et par un travail interdisciplinaire.

feraient confiance à cette profession pour les soins primaires après une consultation avec un PA [5].

Un atout pour l'équipe

En Suisse, pour devenir PA, il faut avoir une formation médicale, par exemple en soins infirmiers, en physiothérapie ou dans une profession préclinique telle que technicien ambulancier ou ambulancier de transport. Grâce à leurs connaissances médicales approfondies, les PAs peuvent assumer des tâches médicales déléguées. Ils réalisent l'anamnèse, assistent dans l'établissement du diagnostic et de la planification thérapeutique, effectuent des visites, veillent à une communication adaptée au destinataire, coordonnent, tiennent des registres et rédigent des rapports. «Contrairement aux médecins assistants, les PAs ne sont pas soumis à des rotations et contribuent à la continuité sur leur lieu de travail», déclare Michael Gengenbacher, directeur médical et médecin chef du service de médecine interne à Zurzach Care. Il a commencé la formation des PAs en 2019 et est convaincu que ces assistants cliniques «apportent une contribution positive essentielle à toute l'équipe du service».

Valeur ajoutée globale

L'ancienne infirmière Sabrina Hardmeier, de l'Hôpital cantonal de Baden, partage le même enthousiasme. «C'est l'une des tâches les plus gratifiantes que j'ai eues jusqu'à présent», déclare-t-elle. Spécialiste clinique depuis 2016, elle a obtenu chaque année à partir de 2017 les trois Certificats d'Études Avancées (CAS) nouvellement développés à la Haute école des sciences appliquées de Zurich (ZHAW) et suit actuellement un Master of Advanced Studies (MAS). «Je reçois de nombreux échos positifs, tant de la part de l'équipe médicale que de la part des infirmières et des patients.» Selon Sabrina Hardmeier, le fait qu'elle soit spécialiste clinique et qu'elle ait fait des études de médecine ou non n'a aucune importance pour ces derniers. «Ils ne remettent pas en question mes compétences, l'acceptation est très élevée.» Quant à ses collègues, ils ont rapidement compris qu'un assistant médical simplifiait les processus: il peut décharger les médecins de nombreuses tâches, répondre aux questions médicales de l'équipe infirmière et des patients de manière toujours disponible et accessible, et connaître les ressources nécessaires pour toutes les professions au sein de l'équipe interdisciplinaire.

La formation continue de PA peut motiver des personnes à rester dans le secteur de la santé qui le quitteraient autrement.

Ainsi, les résistances initiales, notamment de la part du personnel infirmier, se sont rapidement dissipées. «On craignait que la nouvelle profession n'aggrave la pénurie d'infirmières», explique Sabrina Hardmeier. Cependant, selon elle, la formation des assistants cliniques motive précisément les professionnels à rester dans le secteur de la santé, alors qu'ils le quitteraient autrement. Du côté des médecins, l'expérience de Michael Gengenbacher est très positive. «Les assistants médicaux complètent idéalement une

équipe dans le monde du travail interprofessionnel.» Il est essentiel de ne pas les considérer comme des «assistants de niveau 2», mais comme des membres égaux de l'équipe médicale. De plus, grâce aux assistants médicaux, le stress et les heures supplémentaires diminuent dans toutes les professions au sein d'un service. Ils assurent une réaction rapide en cas de problèmes aigus et sont des interlocuteurs importants, en particulier pour les médecins assistants, notamment lors de leur intégration [6].

Le bachelor permettrait d'inscrire la profession d'assistant médical dans la loi sur les professions de la santé.

L'initiative est de mise

Les professionnels de la santé qui souhaitent se former médicalement en parallèle et travailler de manière interdisciplinaire sont adaptés à la fonction d'assistant médical. De plus, ils doivent «posséder la flexibilité nécessaire et la résistance au stress pour changer d'identité professionnelle», selon Michael Gengenbacher. Il est également essentiel de savoir s'auto-évaluer, souligne Sabrina Hardmeier. «Dans cette fonction, il est important de connaître ses compétences et ses limites et de demander le soutien nécessaire. Il faut donc beaucoup d'initiative personnelle au début de la formation.» Il est également indispensable que les supérieurs hiérarchiques s'engagent pleinement dans la création d'un poste d'assistant médical, ainsi que comme mentors et formateurs. Il s'agit souvent de médecins qui ont travaillé avec des assistants médicaux à l'étranger et qui ont reconnu cette profession comme une ressource précieuse dans un système de santé à bout de souffle.

De plus, les employeurs doivent clarifier les bases légales, le profil exact des tâches et les conditions d'emploi des assistants médicaux sur leur futur lieu de travail. À cet égard, de nombreux documents sont désormais disponibles pour les parties intéressées sur www.klinischefachspezialisten.ch, auprès de l'Association suisse des assistants médicaux (Physician Associates Suisse) et du bureau des assistants médicaux de la FMH (Fédération des médecins suisses). Les futurs assistants médicaux doivent également acquérir des connaissances spécifiques, qu'ils peuvent obtenir à la ZHAW.

De nombreuses applications possibles

En six ans, la formation des assistants médicaux a fait sensation: actuellement, 60 personnes participent à tous les modules et «partout, d'autres personnes intéressées sont sur liste d'attente», se réjouit Anita Manser, directrice de la formation continue à l'Institut de santé publique de la ZHAW. Elle a contribué au développement des trois CAS et du MAS pour les assistants médicaux depuis 2016. Ils couvrent notamment les connaissances médicales, l'organisation, la collaboration interprofessionnelle, la gestion de la qualité et les compétences en leadership basées sur les Activités professionnelles fiables (EPAs). La plupart des étudiants proviennent d'hôpitaux, de plus en plus aussi de soins de longue durée et de centres de réadaptation. «La qualité des soins s'améliore lorsque les assistants médicaux sont sur place»,

précise Anita Manser. «Cela se remarque particulièrement dans les établissements dotés d'un système de médecins de garde.» L'armée suisse ainsi que les organisations précliniques voient également différentes applications possibles pour les assistants médicaux. Par exemple, l'organisation de secours Schutz und Rettung Zürich forme déjà des employés en tant qu'assistants médicaux. «Si un appel d'urgence ne semble pas être une situation critique, les assistants médicaux partent seuls», explique Anita Manser. Ils évaluent la situation et apportent le soutien nécessaire. «Ainsi, les ambulances restent disponibles pour les événements graves.»

Point crucial du tarif ambulatoire

Comme aux États-Unis, le secteur ambulatoire de Suisse montre un grand intérêt pour les assistants médicaux. «Ils seraient d'une grande aide, notamment en médecine générale, en diagnostiquant et en traitant eux-mêmes certains problèmes de santé tels qu'une infection des voies urinaires», déclare Anita Manser. «De plus, les assistants médicaux offriraient une opportunité de carrière passionnante pour les médecins assistants.» Ils sont également recherchés par l'entreprise aprioris, un fournisseur de petites «cliniques de premiers secours».

Pour une prise en charge optimale, il faudrait plus de 3000 assistants médicaux dans les hôpitaux, les centres de santé et les maisons de retraite.

Cependant, si dans le domaine hospitalier, leurs prestations peuvent être réglées par le biais de forfaits, leur facturation sur une base ambulatoire reste une zone d'ombre - bien que le principe de la prestation médicale déléguée par un assistant médical soit juridiquement incontesté [7]. Selon Anita Manser, certains hôpitaux en tant que grands fournisseurs ont pu conclure des accords avec les assurances, de sorte que le recours aux assistants médicaux en ambulatoire y est largement pris en charge. «Pour un petit cabinet, le flou juridique actuel est souvent un risque financier trop important», explique-t-elle. Mais elle est persuadée qu'à l'ère de la pénurie croissante de médecins, les offres de soins de base accessibles et ménageant les ressources seront de mieux en mieux acceptées. Pour Anita Manser, la prochaine étape importante dans cette direction serait la mise en place d'un cursus de bachelor pour les assistants médicaux.

Le facteur clé: le bachelor

Caroline Sidler, vice-présidente de Physician Associates Suisse, et Sonia Barbosa, du bureau des assistants médicaux de la FMH, où différents syndicats professionnels et organisations de santé sont représentés, partagent cet avis. Les deux instances sont actuellement intensément engagées dans la structuration et la formalisation de la formation continue des assistants médicaux. «Le bachelor permettrait d'inscrire la profession d'assistant médical dans la loi sur les professions de la santé et par la suite, de la prendre en compte dans le système tarifaire ambulatoire», explique Sonia Barbosa. Cela pourrait théoriquement résoudre la question de

la facturation. Sonia Barbosa espère ainsi une décision favorable de la part de la Direction de la santé de Zurich au second semestre, ce qui validerait la procédure d'approbation en cours pour le nouveau bachelor en assistance médicale. Si cela se concrétise, les intéressés pourront commencer le nouveau programme à la ZHAW à partir de l'automne 2025.

Le bachelor en assistance médicale donnerait ainsi la possibilité aux professionnels et professionnelles titulaires d'un certificat fédéral de capacité (CFC), tels que les assistants médicaux (MPA) ou les assistants en soins et santé communautaire (MPK), ainsi qu'aux étudiants maturants intéressés par la médecine, d'entrer dans la profession d'assistant médical, ajoute Caroline Sidler. «Il offre donc une perspective passionnante et est destiné à fournir et à maintenir de nombreux professionnels hautement qualifiés dans le domaine de la santé.» D'autant plus que les prévisions d'emploi sont prometteuses: selon une étude interne de la ZHAW, plus de 3000 assistants médicaux sont nécessaires pour assurer une prise en charge optimale de la population suisse dans les hôpitaux, les centres de santé et les maisons de retraite. Michael Gengenbacher, lui aussi, espère beaucoup de cette nouvelle profession. «Il appartient maintenant aux sociétés spécialisées de définir le rôle des assistants médicaux, leurs domaines d'intervention et par conséquent, le contenu de leur formation.»



Références

À consulter sous www.bullmed.ch ou via code QR

L'hôpital à la maison

Soins Plusieurs projets en Suisse ont pour objectif de proposer une alternative à l'hospitalisation. Certains établissements de santé ont déjà franchi le pas. Ils offrent un traitement équivalent à la prise en charge hospitalière – mais au domicile de la patiente ou du patient.

Simon Koechlin

Ils s'appellent «Hospital at Home» [1], «Patient@home» [2] ou «Visit» [3]. Des projets de soins médicaux d'un nouveau genre poussent comme des champignons sur le territoire suisse: les patientes et patients atteints d'une maladie qui exige d'ordinaire une hospitalisation sont traités à domicile. Le Dr méd. univ. Severin Pöchtrager, médecin adjoint à la clinique d'Arlesheim, dans le canton de Bâle-Campagne, a l'impression que quasiment tous les hôpitaux suisses travaillent sur cette idée.

Severin Pöchtrager est l'un des pionniers de ce concept de santé en Suisse. À la clinique d'Arlesheim, il dirige depuis juillet 2023 le projet pilote en cours «Hospital at Home», dont le nom est aussi la désignation générique de cette nouvelle forme de soins. Il est également président de la société Swiss Hospital at Home Society (SHAHS) [4], fondée en novembre dernier, qui s'est donné pour mission de fixer le cadre de ce modèle de soins en Suisse.

Hospital at Home, c'est l'équivalent d'un traitement à l'hôpital pour les patientes et patients dont l'état nécessite effectivement une hospitalisation, explique le président de la SHAHS. Cela ne concerne donc pas les traitements ambulatoires. Ne sont en outre admis dans ce projet pilote de la clinique d'Arlesheim que les patientes et patients adressés par un médecin de famille. «Nous ne faisons donc pas concurrence aux médecins de famille.»

Une surveillance 24 heures sur 24

À ce jour, près de 80 patientes et patients sont traités et reçoivent des soins à domicile dans le cadre de ce projet. Le concept convient par exemple pour les diagnostics de pneumonie, de colite, d'insuffisance cardiaque décompensée ou de soins palliatifs aigus, pour le traitement de la douleur ou la ponction pleurale, précise Severin Pöchtrager. Dans l'idéal, le patient est directement transféré des urgences à son domicile. Ou il est orienté par le médecin de famille. Il faut que la personne concernée souhaite ce type de traitement, que son cas s'y prête, et qu'elle habite à maximum 15 minutes en voiture, afin de garantir l'accès à l'hôpital s'il y a une urgence.

Comme dans une configuration normale à l'hôpital, à domicile la visite du médecin est quotidienne et, si besoin, celle de l'équipe de thérapeutes et du personnel infirmier est prévue deux à trois fois dans la journée. L'un des éléments

clés du projet Hospital at Home est la possibilité d'une surveillance numérique des paramètres vitaux, 24 heures sur 24, avec la mesure de la fréquence respiratoire, du pouls, de la température corporelle et de la saturation du sang en oxygène. Une application envoie les données à une centrale d'appels d'urgence, qui informe l'équipe thérapeutique si nécessaire.

Pour Severin Pöchtrager, l'énorme avantage du traitement à domicile est de réduire les complications hospitalières. Cela écarte les dangers liés aux germes de l'hôpital. Et en environnement familial, chez soi, le risque de délire ou d'utilisation de somnifères est moindre. Or le délire touche 40% des personnes traitées en gériatrie, signale le médecin adjoint. «Jusqu'à nous n'avons encore enregistré aucun cas avec le projet Hospital at Home.»

L'un des éléments clés du projet Hospital at Home est la possibilité d'une surveillance numérique des paramètres vitaux, 24 heures sur 24.

Il est important d'avoir le choix

Le Prof. Dr MPH David Schwappach, responsable du pôle Sécurité des patients à l'Institut de médecine sociale et préventive de l'Université de Berne, estime que le concept de Hospital at Home présente plusieurs avantages pour les patients, comme l'abandon des sédatifs ou des sondes urinaires. On constate également des effets positifs sur la mobilité et la qualité de vie.

Mais les études ont aussi montré que, dans un premier temps, les patients rejettent ce système, souvent parce qu'ils se sentent plus en sécurité à l'hôpital [5]. «De mon point de vue, la liberté de choix est donc indispensable», indique le Prof. Schwappach. De plus, il est très délicat de bien assurer, en toute sécurité, les prestations Hospital at Home, notamment en matière d'organisation et de communication. Il estime que l'effet global du concept sur le secteur de la santé est plutôt limité. «Le véritable concept Hospital at Home n'est adapté qu'à un nombre très limité de patientes et patients, et de traitements.»



© Liquoricelegs / Dreamstime

Les hôpitaux suisses qui adoptent le concept Hospital at Home organisent la visite des médecins au domicile de leurs patientes et patients.

Pourtant, l'éventail des possibilités semble tellement large que dans beaucoup de lieux cela vaut la peine de regarder de plus près les projets Hospital at Home. Au Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) de Lausanne, par exemple, la Prof. Dre méd. Patrizia D'Amelio, médecin-chef en gériatrie, envisage d'instaurer un projet Hospital at Home. Elle indique que le canton de Vaud a accepté un financement et que l'étude de faisabilité démarrera début 2024. «Dans un premier temps, nous allons nous concentrer sur les patientes et patients âgés, souffrant de maladies chroniques ou récurrentes, et étant assez stables pour ne pas avoir besoin d'une surveillance médicale étroite», précise-t-elle. Elle cite comme exemple l'insuffisance cardiaque décompensée, l'exacerbation de la BPCO ou l'insuffisance hépatique.

Pour Severin Pöchtrager, l'énorme avantage du traitement à domicile est de réduire les complications hospitalières.

Patrizia D'Amelio a déjà expérimenté le concept Hospital at Home dans son pays natal, l'Italie. Là-bas, ce système est utilisé depuis longtemps, comme en Israël ou au Canada. En Italie, on connaît cela depuis le milieu des années 80, explique-t-elle. On y propose aussi des radios à domicile dans le cadre de ce type de traitements, et la télémédecine est associée à cette forme de soins.

Un projet pionnier à l'Hôpital Zollikerberg

Il y a deux ans, l'Hôpital Zollikerberg de Zurich fut le tout premier à avoir mis en place un projet Hospital at Home en Suisse, appelé «Visit – Spital Zollikerberg Zuhause». Le Prof. Dr méd. Ludwig Theodor Heuss, médecin-chef et chef de clinique en médecine interne, indique qu'à ce jour, plus de 150 patientes et patients entre 18 et 93 ans reçoivent ce type de traitement. Au début, «Visit» n'a été envisagé que pour quelques maladies clairement délimitées, comme la BPCO, la pneumonie, la pyélonéphrite ou l'insuffisance cardiaque. «Dans la phase pilote, nous avons cependant constaté que nous pouvions assurer un bon traitement à domicile pour d'autres tableaux cliniques aussi», rapporte le professeur.

Les critères d'intégration au dispositif «Visit» ont donc été étendus à tout tableau clinique exigeant une hospitalisation. La condition reste que le traitement puisse être appliqué à domicile et que la patiente ou le patient envisage de se faire soigner à la maison. «Nous vérifions aussi l'environnement social, en contrôlant si la personne peut prendre soin d'elle-même ou si elle peut être soutenue par ses proches», ajoute le chef de clinique.

C'est important en cas de détérioration de l'état de santé. Le système «Visit» s'appuie sur un système d'alerte à trois niveaux. Le premier niveau: les patientes et patients peuvent appeler à tout moment s'ils ne se sentent pas bien. L'équipe «Visit», composée de médecins et de personnel infirmier, se fait une idée personnelle et peut être sur place en 15 minutes maximum. Le deuxième niveau passe par les proches, et le troisième par le télémonitoring pour vérifier les valeurs vitales.

Un taux de réhospitalisation nettement plus faible

L'Hôpital Zollikerberg a publié les premiers résultats du projet en août [6]. Ils sont très prometteurs: comparé au groupe de contrôle (hospitalisations traditionnelles), les personnes du dispositif «Visit» avaient besoin d'environ une nuit de traitement en moins; l'hospitalisation à la maison durait en moyenne 4,89 jours, contre 5,53 à l'hôpital. La différence de taux de réhospitalisation était très parlante: alors qu'il s'élevait à 8,45% dans le groupe traité à l'hôpital, il n'était que de 2,77% pour le groupe «Visit».

Ludwig Theodor Heuss explique ce phénomène par la conjugaison des aspects positifs du concept. Dans leur environnement habituel, chez eux, les patientes et patients bougeaient jusqu'à dix fois plus, rapporte-t-il. Selon lui, les chutes étaient moins fréquentes et le risque de délire plus faible. Enfin, les thérapies portant sur la mobilité pouvaient être pratiquées en conditions réelles, par exemple dans l'escalier de la maison.

Le dispositif Hospital at Home implique une importante organisation et une étroite concertation entre le personnel infirmier et le corps médical. «Les professionnels qui participent ne doivent pas avoir peur de prendre des responsabilités», affirme Severin Pöchtrager. En effet, quand on est au domicile de la patiente ou du patient, en cas de doute, il est difficile de se tourner vers l'équipe ou l'infrastructure hospitalière.

En revanche, on obtient de précieuses informations sur les patientes et patients, nuance-t-il. «À l'hôpital, nous passons beaucoup de temps à évaluer la situation sociale et psychologique des patients», explique-t-il. «À la maison, un simple coup d'œil suffit souvent.» C'est utile quand il est nécessaire de proposer des mesures qui vont au-delà de la situation de maladie aiguë. «Si on trouve des sodas ou des bonbons sur la table de nuit d'une femme diabétique, on peut intervenir.»

Plus de 150 patientes et patients sont déjà traités à domicile dans le cadre du projet pionnier de l'Hôpital Zollikerberg.

La question centrale du financement

Le système Hospital at Home implique que les prestations infirmières soient fournies à domicile; se pose alors la question de la liaison entre les missions de l'hôpital et celles des prestataires de soins infirmiers. Dans un communiqué publié en août dernier [7], l'association faitière Aide et soins à domicile Suisse demande que les hôpitaux n'introduisent pas de structures parallèles pour le dispositif Hospital at Home quand des organisations de soins et d'aide à domicile peuvent être sollicitées. Pour Severin Pöchtrager, c'est un point important. Il faut coopérer avec les organisations de soins et d'aide à domicile dès le séjour hospitalier, sans leur faire concurrence.

L'aspect financier est le point central de cette nouvelle forme de soins. À ce jour, il manque des modèles de financement des dispositifs Hospital at Home. Il faut résoudre cette question, insiste Severin Pöchtrager. Ludwig Theodor Heuss, de l'Hôpital Zollikerberg, abonde dans son sens. Il

ajoute que pour l'instant, le dispositif «Visit» bénéficie du soutien apporté par l'administration responsable de l'hôpital, la fondation «Stiftung Diakoniewerk Neumünster – Schweizerische Pflegerinnenschule» et la Direction de la santé du canton de Zurich. «Mais pour garantir l'avenir du système «Visit», il faut élaborer de toute urgence un modèle de financement comparable à celui des hôpitaux, prévoyant la participation des caisses-maladie mais aussi du canton.»

concept de santé doit être rapidement étendu, pour que dans dix ans chaque Suisse et chaque Suisse habite dans une zone dotée de ce type d'offre.

L'argent est le point central de cette nouvelle forme de soins. À ce jour, il manque des modèles de financement pour le système Hospital at Home.

En revanche, ce n'est pas la réaction des patients qui fera échouer le projet Hospital at Home. À l'Hôpital Zollikerberg, le suivi à domicile reçoit en moyenne une note de 5,83 points sur 6. Et à Arlesheim, Severin Pöchtrager annonce des retours 100% positifs. «Beaucoup disent même qu'ils souhaiteraient ne jamais revenir en soins aigus.» Pour lui c'est une motivation. En tant que président de la société Swiss Hospital at Home Society, il estime que ce nouveau

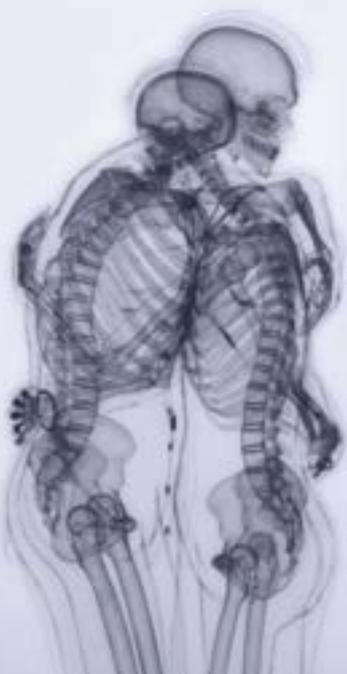


Références

À consulter sous www.bullmed.ch ou via code QR

Annonce

accord



Aidons les à garder le rythme

Sondelbay® (tériparatide)

Le stylo injecteur pour plus d'indépendance :

- Bouton d'injection latéral
- Compteur de doses
- Pas de priming
- Stable jusqu'à 3 jours sans réfrigération



Tériparatide

Sondelbay®
strength for independence

Sondelbay® solution injectable en stylos injecteurs préremplis s.c.

C : Principe actif: tériparatide (produite selon la technique de l'ADN recombinant par *E.coli*); stylo injecteur prérempli à 600 µg/2.4 ml solution injectable (correspondant à 250 µg/ml). **I :** En cas de risque élevé de fracture : ostéoporose postménopausique, ostéoporose primaire ou hypogonadique chez l'homme, ostéoporose induite par les glucocorticoïdes. **P :** >18ans; 20 µg 1x/j, s.c. dans la cuisse ou l'abdomen, pendant max. 24 mois. **CI :** Hypercalcémie, insuffisance rénale sévère, autre maladie du métabolisme osseux, augmentation inexpliquée de la phosphatase alcaline, métastases ou tumeurs malignes osseuses (y c. anamnèse), antécédents d'une radiothérapie du squelette; grossesse, allaitement; enfants et adol. (épiphyes non soudées). **IA :** Prudence en association avec les glycosides digitaliques. **EI :** Fréquent: réactions légères et passagères au site d'injection avec douleurs, enflures, érythèmes, hématomes locaux, démangeaisons et légers saignements au site d'injection; crampes musculaires.

▼ Ce médicament fait l'objet d'une surveillance supplémentaire. Pour plus d'informations, se référer à l'information professionnelle de Sondelbay® disponible sous www.swissmedicinfo.ch.

Liste Swissmedic B. Pour des informations détaillées, veuillez consulter www.swissmedicinfo.ch. Accord Healthcare AG, 4103 Bottmingen. Mise à jour : 08/2022

Accord Healthcare AG
Wuhrmattstrasse 23
CH-4103 Bottmingen
T +41 61 425 46 80
F +41 61 425 46 88
www.accord-healthcare.ch



Pour plus d'informations
veuillez consulter www.accord-healthcare.ch
ou envoyez-nous un e-mail à info_ch@accord-healthcare.com

Courrier à la rédaction

Back to the (European) roots – Psychosomatik als ganzheitliche Wissenschaft

Brief zu: Hohl F. Die neue Lust aufs Ganze. Schweiz Ärztztg. 2023;104(46):20-23

Ich kann das Plädoyer der Autorin für eine ausser-europäisch fundierte, ganzheitliche Medizin nicht verstehen. Wir verfügen in Europa über eine gut ausgearbeitete, auf wissenschaftlichen Erkenntnissen basierende psychosomatische Medizin, die den Menschen in seiner Ganzheit betrachtet (Lehrbuch «Psychosomatik – Neurobiologisch fundiert und evidenzbasiert», Kohlhammer Verlag 2020). Problematisch finde ich die Kontrastbildung zwischen Evidence-based Medicine und Erfahrungsmedizin. Auch in der Evidence-based Medicine wird der Mensch als Person gesehen, auf dessen individuelle Situation die Leitlinien sinnvoll angewendet werden sollen – das ist trivial und wird jeder Leitlinie vorangestellt. Wenn Erfahrungen valide sind, können sie wissenschaftlich bestätigt werden und sollten sich diesem Anspruch auch stellen. Medizin ist eine Naturwissenschaft – wie Phytotherapie übrigens auch. Hier findet sich die nächste problematische These: Die Idee von der pflanzlichen Medizin als der sanfteren Medizin, die schlicht sachlich falsch ist. Beispiele: das Gift der Herbstzeitlosen Colchicin, die im Immergrün entdeckten Chemotherapeutika Vincristin und Vinblastin. Damit grenzt sich auch die Phytotherapie ab von Homöopathie und anthroposophischer Medizin, für die solche (Neben-)Wirkungen nicht berichtet werden können. Bei dem im Artikel gewählten Beispiel einer leichten Erkrankung wie Husten und Schnupfen braucht es ehrlicherweise oft gar keine Medizin. Aus psychosomatischer Sicht ist es einerlei, ob der Patient auf ein chemisch oder pflanzlich hergestelltes Pharmakon zurückgreift – in beiden Fällen erwartet er die Heilwirkung von einer Tablette (welche Energie verbraucht beim Herstellen und verstoffwechselt ins Abwasser geht, um noch den Nachhaltigkeitsgedanken mit einzubeziehen). Erstrebenswert wäre stattdessen, dass er andere (Verhaltens-)Massnahmen mit einbezieht, von der Bettruhe über die Befeuchtung der Schleimhäute bis zum Rauchstopp. Und danach (am besten zusammen mit Freunden/Partner) Ausdauersport beginnt, um sein Immunsystem zu stärken. Weitere evidenzbasierte Methoden mit

Wirkung auf das Immunsystem wären noch (Aufzählung nicht vollständig): sich in den Arm nehmen, lachen, langsame Taktatmung und andere Entspannungstechniken. Das wäre alles bereits vorhandenes, evidenzbasiertes Wissen im Rahmen einer ganzheitlichen Medizin – aber leider alles aus Europa, also viel zu langweilig, denkt sich unser Patient und zündet sich hustend die nächste Zigarette an, während er auf dem Smartphone schnell den neuesten pflanzlichen Hustenstiller mit dem Extrakt einer Indio-Pflanze bestellt ☹

Dr. med. Elisabeth Balint, Hasliberg Hohfluh

DigiSanté-DigiIn-PraxisOut

Brief zu: Zimmer A. DigiSanté. Schweiz Ärztztg. 2023;104(43):28-29

Wieder einmal wird versucht, die Vorteile der Digitalisierung im Gesundheitswesen schmackhaft zu machen. Leider werden die Probleme, die sich damit ergeben, nicht thematisiert. Der Leserbrief von Dr. med. Cesar Winnicki tri☹ ins Schwarze! Ich stelle fest, dass die Digitalisierung in meiner kleinen Grundversorgerpraxis leider mehr Zeit und andere Ressourcen in Anspruch nimmt, als sie angeblich sparen sollte. Ursprünglich sollte ja das EPD (Elektronisches Patientendossier) finanziell unterstützt werden. Davon ist jetzt nichts mehr zu hören. Im Gegenteil, es wurde schon diskutiert, den nicht digitalisierenden Praxen den Geldhahn abzustellen. Es sind aber noch andere Gründe, die die Erfolgsrechnung der Grundversorgerpraxen negativ belasten:

- Laufend höhere Anforderungen an Qualitätsstandards
- Senkung der Labortarife; das Labor sollte nur noch kostendeckend als Dienstleistung betrieben werden
- Laufende Senkung der Medikamentenpreise
- Grotteske Lieferengpässe bei Medikamenten – dies verzehrt enorme Personalressourcen
- Laufende Teuerung bei Personal-, Material- und Mietkosten

Dem gegenüber steht der «eingefrorene Taxpunktwert», der in keiner Art und Weise den betriebswirtschaftlichen Gegebenheiten entspricht. Und eben, nun soll auch noch das EPD klammheimlich kostenneutral auf dem Buckel der Ärzteschaft erzwungen werden.

An dieser Stelle bedanke ich mich übrigens auch noch ganz herzlich bei der FMH, die es trotz meinen zehntausenden von Franken an Beiträgen nicht gescha☹ hat, auch nur den geringsten Teil der Teuerung der letzten 20 Jahre, in den Taxpunktwert einfließen zu lassen! So sieht also die Förderung der Hausarztmedizin aus. Da gibt es nur einen Ausweg: PraxisOut.

Dr. med. und Dr. phil. nat. Samuel Gut, Grundversorger in Konolfingen

Replik zu DigiSanté-DigiIn-PraxisOut

Sie haben vollkommen recht, wenn Sie die notorische Unterfinanzierung von Digitalisierungsvorhaben oder nicht mehr aktuellen und sachgerechten Tarifstrukturen ansprechen. Neue digitale Technologien, die uns Entlastung und bessere Qualität versprechen, kosten Geld, oftmals viel Geld. Diese Investitionen sind in unserem veralteten TARMED nicht abgebildet. Dienstleistungen zur Pflege des elektronischen Patientendossiers gemäss EPDG sind zusätzliche Dienstleistungen, welche im Verständnis der FMH einen zusätzlichen Aufwand darstellen. TARMED kann seit 2004 nicht mehr verändert werden, was zu einer unhaltbaren (und unlösbaren) Situation für die Ärztinnen und Ärzte geführt hat. Eine Verbesserung wird auch hier der neue Tarif TARDOC bieten, indem der TARDOC die heutige medizinische Realität sachgerecht abbilden kann. Insbesondere die Grundversorgung wird mit einem eigenen Kapitel für die Hausarztmedizin aufgewertet. Mit der Einführung eines neuen Tarifs muss dann auch die Diskussion über die Taxpunktwerte wieder neu geführt werden. Bezüglich des Taxpunktwertes sind übrigens die Kantone für die Verhandlungen zuständig, da die Höhe des TPW von den Kantonen und nicht vom Bund genehmigt und festgelegt werden. Die FMH kann da keine Verhandlungen führen. Zudem fordert die

Envoyer un courrier

Vous pouvez transmettre votre courrier à la rédaction en ligne sur:

bullmed.ch/publier/remettre-un-courrier-des-lecteurs-remettre

FMH, dass in der laufenden Revision des EPDG die Finanzierung für zusätzliche Aufwände zur Pflege des elektronischen Patientendossiers geregelt wird. Diese Forderung stellt sie gemeinsam mit allen Berufen, welche das EPD bewirtschaften, und engagiert sich diesbezüglich im Verein IPAG eHealth (interprofessionelle Arbeitsgemeinschaft), in welcher sich alle national organisierten Gesundheitsberufe mit über 100 000 Fachpersonen für eine nutzenbringende Digitalisierung engagieren. Entsprechend ist es eminent, dass der veraltete und nicht mehr sachgerechte TARMED so rasch wie möglich durch TARDOC abgelöst wird. Seit Anfang Dezember 2023 liegt eine überarbeitete Version beim Bundesrat zur Genehmigung.

Patrick Müller

Leiter Abteilung Ambulante Versorgung und Tarife, FMH

Liberté économique et droit à la santé

Des considérations économiques ont fait irruption dans le domaine de la santé lorsque les biens et les services médicaux sont devenus un secteur à part entière de l'économie et que leur coût devenait de plus en plus élevé. Le concept de l'économicité a été introduit en Suisse en 1994. Il a pour effet de limiter la liberté économique de certains acteurs de la santé. Le prix des médicaments fait l'objet d'un contrôle étatique avant que ceux-ci soient admis dans la liste des spécialités comme médicaments remboursés par l'assurance-maladie de base et, depuis 2004, le TARMED sert de base à la tarification des prestations concernées des médecins. Mais l'économicité a aussi un coût. Le contrôle qu'elle exige gonfle la bureaucratie. Et des sociétés privées sont affectées à des tâches liées à la mise en œuvre de l'économicité. Celle-ci entrave aussi la liberté thérapeutique du médecin, dont les activités sont étroitement surveillées. Du fait d'une réglementation de plus en plus complexe, le secteur se judiciarise, en raison des litiges. Cela aussi a un coût! Ces limites à la liberté économique n'ont pas réduit la puissance de certains acteurs de la santé. Celle de la pharma et celle des assurances ont pris une ampleur extraordinaire. Les profits de la pharma, leur distribution ainsi que ses investissements échappent pour l'essentiel à

l'intervention de l'État. Le critère du rendement, entre autres, préside à la recherche de nouveaux médicaments. Or, l'attrait de la puissance économique génère une médecine basée sur la technologie et la médication, ce qui ne correspond pas toujours aux attentes de la population. Des contre-pouvoirs sont donc nécessaires. Les citoyen-n-es doivent s'unir et exiger de participer aux prises de décision concernant, notamment, la tarification, la recherche, la gestion des hôpitaux et les prestations des assurances. En attendant, le droit à la santé, garantissant un accès égalitaire non discriminatoire aux soins médicaux, doit conduire à une fin de non-recevoir quant à leur rationnement ou à l'absence de prise en charge par l'assurance de médicaments ou de traitements pour certaines catégories de personnes.

Denise Plattner, Berne

Communications

Divers

Podcast FMH – Épisode 13: Georges, 88 ans, malade et proche aidant

À 88 ans et malgré ses propres problèmes de santé, dont un cancer de la prostate, Georges Dabbous est proche aidant. Il s'occupe quotidiennement de son épouse Alice, 90 ans, alitée depuis 2021 notamment à cause d'une sclérose en plaques. Tous deux sont suivis par la Dre Di Pollina, spécialiste en médecine interne générale et en gériatrie. Elle connaît le couple Dabbous depuis 2015 et leur rend visite régulièrement à domicile. C'est dans leur appartement et en présence d'Alice que Georges et son médecin évoquent les difficultés et le besoin de soutien lié à l'âge, mais aussi l'amour qu'il a pour son épouse. Vous trouverez le nouvel épisode du podcast FMH «À mes côtés» ici: www.a-mes-cotes.ch

Ausschreibung der Mach-Gaensslen Stiftung (Schweiz)

Unterstützung Forschungsprojekte Neurologie/Psychiatrie

Die Mach-Gaensslen Stiftung Schweiz unterstützt turnusmässig zwei bis drei Forschungsprojekte der Fachgebiete Kardiologie, Hämatologie/Onkologie und Neurologie/Psychiatrie. Das Jahr 2024 ist für die Neurologie/Psychiatrie reserviert.

Gesuche um Unterstützung eines qualifizierten Forschungsprojektes des Fachgebietes Neurologie/Psychiatrie können bis 31. März 2024 an die Mach-Gaensslen Stiftung, Ahornstrasse 20, 6314 Unterägeri, eingereicht werden.

Die für das Forschungsgesuch notwendigen Angaben können unter der gleichen Adresse oder mit E-Mail ([mach-gaensslen.stiftung\[at\]gmx.ch](mailto:mach-gaensslen.stiftung[at]gmx.ch)) eingeholt werden. Die Beurteilung

der Forschungsprojekte durch den Stiftungsrat erfolgt Ende Mai 2024.

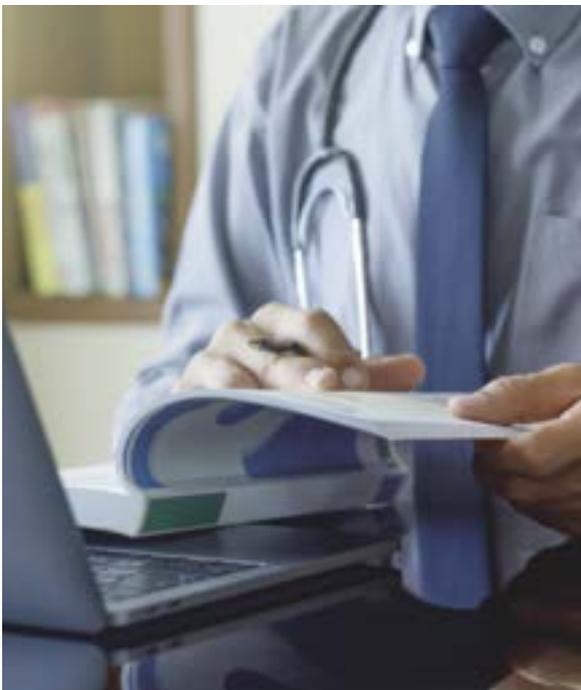
Annonce



LIBRAIRIE

Éditions médicales suisses EMH

Nous nous réjouissons
de votre visite!



Lire ce qui est digne d'être lu!

- Vaste sélection d'ouvrages spécialisés
- Romans policiers passionnants
- Livres pour enfants, BD ... et plus!



shop.emh.ch

Powered by:
EMHMedia
SCHWEIZERISCHER ÄRZTEVERLAG
EDITIONS MEDICALES SUISSES

FMH



24

Parlement, Conseil fédéral, financement uniforme: un vent nouveau?

Orientations décisives La nouvelle année sera jalonnée de décisions déterminantes pour la politique de santé. Les évolutions concernant le financement, la tarification et la numérisation mais aussi la votation populaire sur le frein aux coûts impacteront la prise en charge médicale de demain.

Yvonne Gilli



26

La déontologie et les directives de l'ASSM «Attitude face à la fin de vie et à la mort»

Clarification En mai 2022, la Chambre médicale a décidé de reprendre les directives «Attitude face à la fin de vie et à la mort» (2018, adaptées en 2021) dans le Code de déontologie de la FMH.

Interview: FMH Kommunikation



© Kummicha Luengrungsaree / Dreamstime

L'année 2024 s'ouvre sur de nombreux défis, et autant d'opportunités.

Parlement, conseillère fédérale, financement: un vent nouveau?

Orientations décisives La nouvelle année sera jalonnée de décisions déterminantes pour la politique de santé. Les évolutions concernant le financement, la tarification et la numérisation mais aussi la votation populaire sur le frein aux coûts impacteront la prise en charge médicale de demain.



Yvonne Gilli
Dre méd., présidente de
la FMH

En élisant le nouveau Parlement en octobre 2023, les citoyennes et citoyens ont redistribué les cartes de la politique fédérale – et donc aussi de la politique de santé. La nouvelle répartition des sièges au Parlement et dans les différentes commissions aura un impact sur l'avenir de notre système de santé. Fraîchement élu, le nouveau Parlement n'a d'ailleurs pas attendu et a pris dès sa première session une décision d'une portée considérable. Il a adopté un projet de réforme en discussion depuis 14 ans: le financement uniforme des prestations ambulatoires et hospitalières (EFAS). Jusqu'à la fin, cette réforme importante a été largement attaquée, aussi dans la presse, et

menacée de référendum. Au Parlement, les oppositions n'ont mobilisé qu'une faible minorité, certes bruyante mais insuffisante. Au Conseil national, une majorité confortable de 141 voix a pris le pas sur les 42 opposantes et opposants tandis qu'au Conseil des États, les trois oppositions (Maillard, Hurni, Sommaruga) n'ont pas tenu face aux 42 votes favorables au financement uniforme.

Un signal d'encouragement

Cette décision en faveur du financement uniforme marque une étape importante que de très nombreux acteurs du système de santé – dont la FMH – appelaient de leurs vœux

depuis longtemps et pour laquelle ils se sont investis corps et âme. Elle permet non seulement d'éliminer des incitatifs négatifs, de promouvoir les soins intégrés et d'alléger la charge qui pèse sur les payeurs de primes. Mais elle envoie surtout un signal d'encouragement rappelant que mener un engagement proactif de longue haleine pour obtenir des améliorations vaut la peine et que des réformes pertinentes sont possibles. Il faut aussi saluer le Parlement d'avoir su trouver de bonnes solutions grâce à un engagement tenace au fil des nombreuses négociations et d'avoir soutenu le compromis final en l'approuvant à une large majorité. Il a fait en sorte que la réforme permette de mettre en œuvre progressivement les améliorations réalisables du financement uniforme, d'abord pour les prestations médicales et, ensuite, lorsque les bases auront été validées, pour les soins infirmiers. Le Parlement promet ainsi de grandes avancées. Il admet qu'*aucune* réforme ne peut résoudre *immédiatement, parfaitement et pour toujours* tous les problèmes de *toutes* les parties concernées. Il en va de même pour le financement uniforme. Prétendre qu'une réforme peut tout résoudre, c'est se vouer à ne jamais obtenir aucune amélioration. Le seul point déterminant est que le bénéfice obtenu prime largement sur les effets collatéraux.

Une opportunité pour le TARDOC

La nouvelle répartition des départements au sein du Conseil fédéral offre une autre nouveauté de taille pour le secteur de la santé. Elisabeth Baume-Schneider reprend les rênes du Département fédéral de l'intérieur (DFI) où de nombreux dossiers importants l'attendent. Elle devra notamment se prononcer sur l'avenir du tarif médical ambulatoire. L'occasion pour elle de profiter de cette opportunité pour ajouter un *tarif* approprié au rééquilibrage amorcé par le *financement* uniforme – et renforcer ainsi durablement la forme de prise en charge médicale au meilleur coût. En cas d'approbation rapide du TARDOC, les médecins de premier recours disposeraient dès janvier 2025 d'un chapitre propre à la médecine de famille, tenant compte du suivi des maladies chroniques, de la prise en charge des soins palliatifs ou des offres numériques. De la même manière, les nouvelles prestations interprofessionnelles qui y sont prévues permettraient de renforcer la collaboration efficace entre les différentes professions de la santé. Le TARDOC remplit aujourd'hui les conditions formulées en juin 2022 par le Conseil fédéral. De facto, c'est un contexte idéal pour que la nouvelle conseillère fédérale approuve le nouveau tarif et remplace ainsi l'ancien TARMED.

Quid des forfaits?

La question de savoir comment évaluer les forfaits ambulatoires sera cependant plus épineuse pour son département. Il ne fait aucun doute que le tarif médical ambulatoire sera à l'avenir assorti de forfaits. H+ et santé-suisse ont fait un pas important dans cette direction. Or la nouvelle conseillère fédérale devra évaluer si la *version concrète* des forfaits remise pour approbation remplit les exigences de la Confédération. Cet examen revêt de l'importance, car les forfaits peuvent aussi être une source d'incitatifs négatifs et d'augmentation des coûts s'ils ne sont pas appropriés. Rappelons qu'un forfait n'est pas bon *en soi* – seul un *bon* forfait est bon pour le système.

Le succès en plusieurs étapes

La décision prise en faveur du financement uniforme montre que les projets ambitieux doivent parfois être divisés en plusieurs étapes afin que chaque amélioration puisse être mise en place le plus rapidement possible. Sans cette subdivision, les mesures susceptibles d'être mises en œuvre dans l'immédiat devraient attendre que d'autres soient prêtes ou, inversement, des nouveautés seraient introduites alors qu'elles n'ont pas encore fait leurs preuves. Sur le terrain du tarif ambulatoire, le Conseil fédéral s'est également laissé la possibilité de procéder par étapes lorsqu'il a explicitement décidé de ne pas lier l'introduction du TARDOC à celle des forfaits. De cette manière, les forfaits peuvent continuer d'être développés et finalisés tandis que le TARDOC serait déjà utilisé. La FMH acceptera dans tous les cas la décision du Conseil fédéral et soutiendra aussi bien l'introduction des forfaits que leur développement au sein de l'OTMA, l'organisation tarifaire commune.

... aussi pour la numérisation

La transformation numérique du secteur de la santé est une autre tâche colossale à laquelle la nouvelle conseillère fédérale devra s'atteler et qui ne pourra être menée à bien qu'en de très nombreuses étapes successives. Son département devra par exemple se mettre à niveau afin de proposer lui-même ce qu'il exige avec tant de véhémence du système de santé. Pour l'heure, presque toutes les maladies à déclaration obligatoire sont communiquées à l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) par courrier postal ou par télécopie, le système de déclaration numérique promis étant en retard depuis 2014. C'est l'illustration symbolique d'un problème plus conséquent: tout le monde – à l'OFSP comme dans le secteur de la santé – travaille sur des outils informatiques, mais c'est dans la *communication* numérique que nous échouons. Les interfaces et les formats

d'échange standardisés nécessaires à la normalisation des échanges d'informations entre les différents systèmes informatiques font défaut. Le dossier électronique du patient (DEP) n'a lui non plus jamais été conçu comme un outil de travail et de communication. L'imposer aujourd'hui en l'état dans le système de santé signifierait pour les hôpitaux et les cabinets médicaux de traiter les données de leurs propres dossiers de patients et, *en plus*, de saisir celles requises pour le DEP, faute de compatibilité. Cette inefficacité aggraverait les problèmes de prise en charge médicale actuels – notamment en médecine de premier recours. Si on calcule par exemple que le DEP demande cinq minutes supplémentaires par patient, un médecin dont la durée moyenne de consultation est de 20 minutes pourrait à l'avenir recevoir 20% de patients en moins. Pour l'instant, les règles de base font tout simplement défaut pour que le DEP soit plus utile que nuisible. Avec le programme DigiSanté, la Confédération souhaite désormais combler le retard numérique, ce que la FMH soutient vivement.

Solutions concrètes vs pseudo-solution

Mettre en route le nouveau financement, réorganiser la tarification et intégrer les progrès numériques ne sont que quelques-uns des nombreux dossiers du secteur de la santé dans lesquels un immense travail est investi en vue de solutions concrètes. Comme il est plus facile d'exiger des solutions que de les élaborer, Le Centre soumettra son initiative pour un frein aux coûts au vote en juin 2024. Celle-ci fixe des seuils «rigides en matière de dépenses» [1], sans préciser comment les respecter. Elle n'apporte donc aucune solution – mais risque, selon le Conseil fédéral, de conduire à un rationnement des prestations [1]. Dissiper ce danger mobilisera malheureusement de nombreuses forces que nous aurions préféré investir dans des solutions concrètes et pertinentes.

2024 s'ouvre donc sur de nombreux défis, et autant d'opportunités. Un Parlement à peine élu, qui attaque par une réforme pertinente, et une nouvelle conseillère fédérale fraîchement investie, qui se penche sur des dossiers tels que la tarification et la transformation numérique, laissent présager un vent nouveau dont le souffle nous portera vers des solutions concrètes – étape par étape si nécessaire.



Références

À consulter sous www.bullmed.ch ou via code QR



© Elena Schweitzer / Dreamstime

Les directives de l'ASSM font office de lignes directrices pour les membres de la FMH.

La déontologie et les directives de l'ASSM «Attitude face à la fin de vie et à la mort»

Clarification En mai 2022, la Chambre médicale a décidé de reprendre les directives «Attitude face à la fin de vie et à la mort» (2018, adaptées en 2021) dans le Code de déontologie de la FMH. Un sous-chapitre traite de l'assistance au suicide et liste les quatre conditions nécessaires pour que l'assistance médicale au suicide puisse être considérée au cas par cas comme éthiquement justifiable.

Propos recueillis par FMH Communication

Les directives médico-éthiques de l'Académie suisse des sciences médicales (ASSM), en particulier les directives «Attitude face à la fin de vie et à la mort», et leur reprise dans le Code de déontologie de la FMH, suscitent des discussions controversées entre juristes, notamment à propos de la légitimité du Code de déontologie et des directives médico-éthiques, de leur place dans le

droit public, du droit à l'autodétermination des personnes souhaitant recourir à l'assistance au suicide et de la liberté individuelle des médecins. Afin de clarifier les divergences juridiques qui apparaissent dans cette discussion, la FMH a sollicité l'avis scientifique et juridique du Prof. Gächter, doyen de la Faculté de droit de l'Université de Zurich, dans un entretien écrit.

Que pensez-vous de l'affirmation suivante: «Ce qui n'est pas interdit par la loi ne peut pas non plus être interdit par l'ASSM et, respectivement, par le Code de déontologie de la FMH.»

La législation publique, la déontologie et l'éthique médicale entretiennent des relations complexes qui doivent être considérées de manière différenciée. Ce qui est exact dans cette affirmation,

c'est que le droit public prime sur la déontologie, pour autant qu'il contienne des dispositions contraignantes ou qu'il ne laisse aucune marge de manœuvre. En revanche, il serait inexact de dire que la déontologie ne peut plus avoir aucune espèce d'importance face à la loi. L'éthique médicale et la déontologie ont et conservent toute leur pertinence, par exemple lorsqu'elles permettent de concrétiser des notions juridiques indéterminées. En fin de compte, il faut garder présent à l'esprit que la déontologie s'adresse aux membres d'une profession, c'est-à-dire, du point de vue juridique, aux membres de l'association professionnelle concernée. Elle ne déploie aucun effet contraignant direct au-delà de ce cercle, même si les actes qui dépendent du Code de déontologie ont aussi un impact sur les patients et les autres partenaires de la profession.

Dans un article paru dans le numéro 3/2022 du Bulletin de l'ASSM, Regina E. Aebi-Müller, docteure en droit, professeure ordinaire et membre de la Commission centrale d'éthique, qualifie les directives de l'ASSM et le Code de déontologie de la FMH de «soft law» et ajoute que les directives sont une «composante indispensable du droit médical» qui comblent une «lacune» et plus exactement qui assument une «fonction de médiation et d'interprétation». Partagez-vous ce point de vue?

Il existe depuis toujours une sorte de va-et-vient entre le droit et la déontologie. Cette dernière prend souvent en compte les évolutions actuelles que le législateur n'a pas encore pu réglementer. Aux médecins qui doivent agir ici et maintenant sans pouvoir attendre le législateur, elle met à disposition des critères de référence étayés du point de vue éthique et professionnel, leur permettant d'exercer leur métier avec diligence et en accord avec leur conscience. Par la suite, il n'est pas rare que le législateur s'empare aussi de ces évolutions et édicte alors une réglementation qui, soit reprend les dispositions de la déontologie, soit repose sur une autre appréciation. Selon le degré de précision de la réglementation étatique, il peut encore rester de la place pour la déontologie.

Les mots que vous citez de la professeure et collègue Aebi-Müller décrivent parfaitement ce processus itératif, notamment le fait de combler une lacune et d'assumer une fonction de médiation et d'interprétation. Ce deuxième point consiste avant tout à contextualiser de

manière compréhensible les notions juridiques indéterminées et les renvois à des critères extra-juridiques, tous deux particulièrement fréquents en droit médical. Si, dans le monde juridique, ces notions indéterminées peuvent suffire à attribuer des responsabilités et à définir des limites, elles sont souvent trop vagues pour la pratique médicale. C'est pourquoi, comme l'écrit également la Prof. Aebi-Müller, les directives sont «une composante indispensable du droit médical».

«L'éthique médicale et la déontologie permettent de concrétiser des notions juridiques indéterminées.»

En ce qui concerne la cohabitation des normes étatiques et des règles déontologiques, la Suisse se trouve en bonne compagnie, au côté de la plupart des États. Je n'ai pas connaissance d'un pays dans lequel seules les dispositions réglementaires étatiques règlent en détail les actes médicaux sans que les organisations professionnelles et spécialisées ne jouent un rôle important dans leur mise en œuvre concrète.

Dans ce contexte, comment évaluez-vous l'importance des directives de l'ASSM «Attitude face à la fin de vie et à la mort», reprises par la FMH?

Dans ce domaine, le rapport entre le droit et la déontologie doit faire l'objet d'un examen particulièrement différencié, qui se prête peu aux raccourcis. Un rapport de tension multipolaire apparaît précisément lorsqu'il s'agit de prescrire du natrium pentobarbital (NAP) en vue d'un suicide assisté.

D'une part, tous les êtres humains jouissent de la liberté, protégée par les droits fondamentaux, de choisir par eux-mêmes (autodétermination) de mettre fin à leurs jours, pour autant qu'ils soient capables de discernement au moment de prendre la décision. D'autre part, par son devoir de protéger la communauté, l'État est tenu de réglementer l'utilisation de substances létales comme le NAP. C'est là qu'intervient le corps médical: selon la législation en vigueur, le NAP ne peut être prescrit que sur ordonnance. Ce sont donc les «règles reconnues des sciences médicales» de la législation sur les stupéfiants, à laquelle est soumis le NAP, et de celle sur les produits thérapeutiques, qui sont déterminantes pour la prescription.

Or quelles sont les «règles reconnues des sciences médicales» lorsqu'il s'agit de prescrire une dose létale de NAP? Existe-t-il vraiment des règles reconnues des sciences médicales sur la manière correcte de donner la mort avec

Bon à savoir

Le recours à une assistance au suicide dans un cadre médical soulève de nombreuses questions éthiques, à la croisée des chemins entre le droit à l'autodétermination et la protection des patients vulnérables. Faire face à ces enjeux, dans le respect de la dignité du patient, exige une haute responsabilité éthique de la part des médecins et des soignants.

L'ASSM et sa Commission centrale d'éthique établissent des directives qui font office de «boussole médico-éthique» pour la pratique médicale et la recherche biomédicale.

D'abord centrées sur l'interruption des traitements et l'interdiction de l'euthanasie active (1976), les directives éthiques de l'ASSM ont intégré, en 2004, l'éventualité de l'assistance au suicide pour les personnes en fin de vie. Ces directives étaient intitulées «Prise en charge des patientes et patients en fin de vie» et ont été reprises dans le Code de déontologie de la FMH en 2005.

Ces directives ont fait l'objet d'une révision complète en 2018 et s'intitulent désormais «Attitude face à la fin de vie et à la mort». Dans un premier temps, la Chambre médicale a refusé de les reprendre dans le Code de déontologie, jugeant que les dispositions sur l'assistance médicale au suicide n'étaient pas suffisamment précises. Le chapitre consacré à l'assistance au suicide a ensuite été retravaillé en 2021. Cette dernière version a été intégrée au Code de déontologie de la FMH en 2022 et s'applique directement à tous les membres de la FMH.

du NAP? Pour le moins, je n'ai pas connaissance de directives dans ce sens. C'est principalement lié au fait que les sciences médicales n'ont pas pour mission de réfléchir à la manière la plus efficace de mettre fin à la vie d'une personne mais plutôt de se pencher sur la guérison et le soulagement en cas de maladie.

Cela n'empêche pas les médecins d'être confrontés à la situation où des patients souhaitant mettre fin à leurs jours demandent de leur prescrire du NAP. Dans ce genre de situation, les directives «Attitude face à la fin de vie et à la mort» fournissent aux médecins une aide sous la forme d'indications sur les situations et les conditions dans lesquelles un tel soutien est autorisé selon des principes médico-éthiques reconnus. Soyons clair. Il s'agit de

Prof. iur. Thomas Gächter

Professeur de droit public, de droit administratif et de droit des assurances sociales à l'Université de Zurich (UZH) et doyen de la Faculté de droit de l'UZH.

directives déontologiques à teneur éthique, et non de «règles reconnues des sciences médicales», telles que l'exige la législation sur les produits thérapeutiques et les stupéfiants. Il n'en reste pas moins que ces directives constituent actuellement le fondement le plus clair et le plus transparent pour que les médecins puissent agir avec la plus grande diligence dans ces situations. Ces derniers sont donc bien avisés de s'en tenir à ces directives.

Laissez-moi aborder un élément décisif: les directives médico-éthiques de l'ASSM ne modifient pas le droit, mais donnent aux membres de la FMH des lignes directrices sûres leur permettant d'adopter un comportement adéquat dans chaque cas. Il est dans la nature des choses que les règles étatiques soient formulées de manière plus large, c'est-à-dire qu'une violation des directives ne signifie pas automatiquement une violation de la loi. La FMH ne peut pas non plus prendre des sanctions autres que celles prévues par le Code de déontologie.

Pour celles et ceux qui considèrent uniquement la perspective des patients désireux de mourir et qui exigent que le NAP puisse être prescrit à toutes les personnes qui souhaitent en faire usage, la réglementation bien équilibrée mais prudente des directives apparaîtra de facto comme une limitation de leurs aspirations. À ce point de vue, il faut opposer que le Code de déontologie n'entend réglementer que les actes des médecins qui sont membres de la FMH. La liberté individuelle de faire le choix de se suicider ne soumet le corps médical à aucune obligation et aucun devoir de porter assistance. La loi n'entre pas non plus en ligne de compte car elle n'oblige pas les médecins à accomplir de tels actes.

«La déontologie met à la disposition des médecins des critères de référence étayés du point de vue éthique et professionnel.»

Selon vous, la reprise des directives de l'ASSM «Attitude face à la fin de vie et à la mort» dans le Code de déontologie de la FMH ne met-elle pas en danger ou viole-t-elle pas les droits fondamentaux des patients?

Je sais bien évidemment que certaines voix se sont soulevées récemment pour affirmer, d'une part, que les directives étaient contraires au droit public et, d'autre part, qu'elles empêchaient l'accès aux substances permettant de mettre en application le droit de mettre fin à ses jours.

En ce qui concerne le premier point, je viens d'expliquer mon angle de vue selon le-

quel une contradiction ne peut découler de d'un regard réducteur porté sur le contenu normatif de la législation et des directives.

Pour le deuxième point, il convient de relever que la FMH fait preuve de prudence face à l'insécurité juridique persistante quant aux conditions dans lesquelles une substance létale peut être prescrite à une personne selon les «règles reconnues des sciences médicales» et qu'elle reprend des critères éthiques reconnus afin de guider les actes de ses membres. On serait uniquement en présence d'une limitation des droits fondamentaux s'il existait un droit fondamental à se suicider d'une certaine manière ou à accéder à une certaine substance, ce qui n'est pas le cas selon la jurisprudence du Tribunal fédéral.

«Pour les membres de la FMH, les directives de l'ASSM sont contraignantes même si elles ne constituent pas une règle de droit.»

Celles et ceux qui souhaitent créer un droit à la prescription d'une substance telle que le NAP devraient adresser leurs critiques moins au Code de déontologie de la FMH et davantage au législateur, qui renvoie à des «règles reconnues des sciences médicales» quand il est question de remettre une substance, au lieu de formuler, par exemple, des règles et des garde-fous clairs pour la remise de substances létales aux personnes souhaitant une assistance au suicide. Cela permettrait une bien meilleure sécurité juridique et les dispositions légales auraient ainsi également la légitimité démocratique nécessaire.

Dans son arrêt 6B_646/2020 du 9 décembre 2021, le Tribunal fédéral évoque à propos du suicide assisté, des directives de l'ASSM et du Code de déontologie de la FMH, le renvoi aux «[...] règles émanant de l'ASSM et de la FMH, à savoir des règles non contraignantes et d'origine privée [...]». Dans quelle mesure les directives de l'ASSM sur l'assistance au suicide sont-elles contraignantes pour les médecins de la FMH du fait de leur reprise dans le Code de déontologie de la FMH? Considérez-vous que ce caractère obligatoire soit légitime au regard de la jurisprudence du Tribunal fédéral? Quels enseignements peut-on tirer de cet arrêt en ce qui concerne l'assistance au suicide?

La décision rendue le 9 décembre 2021, rédigée avec beaucoup de diligence et largement étayée, qualifie les directives de l'ASSM et le Code de

déontologie de la FMH de ce qu'ils sont, à savoir des règles non contraignantes issues du droit privé. En revanche, les qualifier comme telles n'entache en aucune manière la pertinence et la force de conviction de ces documents nuancés, mais confirme, comme nous l'avons expliqué au début, que ces normes établies par le droit privé peuvent coexister avec le droit public et le compléter. Si le législateur reconnaît ensuite qu'il est nécessaire de légiférer, il peut créer des règles qui supplanteront les sources du droit privé.

Pour les membres de la FMH, les directives de l'ASSM sont contraignantes une fois qu'elles ont été reprises dans le Code de déontologie, même si elles ne constituent pas une règle de droit étatique et que les non-membres ne sont pas directement obligés de les respecter. Leur non-respect peut être sanctionné seulement, mais c'est déjà ça, en vertu du droit associatif selon les règles du Code de déontologie. L'arrêt du Tribunal fédéral confirme ce principe connu depuis longtemps et ne remet nullement en question le fait que la FMH puisse reprendre des directives de l'ASSM et les déclarer contraignantes pour ses membres.

Correspondance

thomas.gaechter[at]ius.uzh.ch

Nouvelles du corps médical

Todesfälle / Décès / Decessi

Thomas Meyer (1949), ☒ 6.9.2023, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, 8548 Ellikon an der Thur

Manfred Hubert Zeller (1958), ☒ 12.10.2023, Facharzt für Anästhesiologie und Praktischer Arzt, 9470 Buchs SG

Otto Hegglin (1931), ☒ 6.11.2023, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, 8733 Eschenbach SG

Peter Spreyermann (1929), ☒ 6.11.2023, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, 9323 Steinach

Alois Roux (1945), ☒ 6.11.2023, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, 3175 Flamatt

Gilda Rossi-Soffar (1928), ☒ 28.11.2023, Spécialiste en dermatologie et vénéréologie et Spécialiste en allergologie et immunologie clinique, 6760 Faido

Mathieu Cikès (1936), ☒ 8.12.2023, Spécialiste en hématologie et Spécialiste en oncologie médicale et Spécialiste en médecine interne générale, 1003 Lausanne

Praxiseröffnung / Nouveaux cabinets médicaux / Nuovi studi medici

IT

Andrea Consigli, Spécialiste en ophtalmologie, Membre FMH, Via delle Scuole 3, 6900 Paradiso

Aargauischer Ärztesverband

Zur Aufnahme in den Aargauischen Ärztesverband haben sich angemeldet:

Als ordentlich praktizierende Mitglieder:

Philipp Kamm, Facharzt für Radiologie, Mitglied FMH, Konsiliararzt in Privatklinik Villa im Park AG, Bernstrasse 84, 4852 Rothrist, ab sofort

Pasi Nicola, Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin, Mitglied FMH, Angestellt in Kinder- und Jugendpraxis, Bahnhofstrasse 88, 5430 Wettingen, ab sofort

Stefan Trachsler, Facharzt für Ophthalmologie, Mitglied FMH, Praxiseröffnung in Praxis Augen-Team, Industriestrasse 1, 5000 Aarau, ab sofort

Diese Kandidaturen werden in Anwendung von Art. 5 der Statuten des Aargauischen Ärztesverbandes veröffentlicht. Einsprachen müssen innert 14 Tagen seit der Bekanntmachung schriftlich und begründet der Geschäftsleitung des Aargauischen Ärztesverbandes eingereicht werden. Nach Ablauf der Einsprachefrist entscheidet die Geschäftsleitung über Gesuch und allfällige Einsprachen. [zialist in](mailto:z.ialist@azv.ch)

Ärztesgesellschaft des Kantons Luzern

Zur Aufnahme in unsere Gesellschaft Sektion Stadt haben sich gemeldet:

Mirjam Braun-Mantzke, Fachärztin für Arbeitsmedizin, Mitglied FMH, Concordia, Bundesplatz 15, 6002 Luzern

Kolja Stienen, Praktischer Arzt, Hausarztpraxis im Bären, Flecken 11, 6023 Rothenburg

Patrick Tomasetti, Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Mitglied FMH, Luzerner Kantonsspital, Spitalstrasse, 6000 Luzern 16

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

Ärztesgesellschaft des Kantons Schwyz

Zur Aufnahme in die Ärztesgesellschaft des Kantons Schwyz hat sich angemeldet:

Dennler Cyril, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Mitglied FMH, ab 01.10.2023 zu 100%, in Bäch SZ tätig.

Einsprachen gegen diese Aufnahme richten Sie schriftlich innert 20 Tagen an Dr. med. Jörg Frischknecht, Bahnhofstrasse 31, 6440 Brunnen oder per Mail an [joerg.frischknecht\[at\]hin.ch](mailto:joerg.frischknecht[at]hin.ch).

Annonce



PRÉSENTATION DE LIVRE
Éditions médicales suisses EMH

Publié par Patricia Hirt-Minkowski (Hrsg.)
**Manuel de néphrologie –
Guide pratique**



Retrouvez ce livre ainsi que d'autres ici:
**[shop.emh.ch/
collections/all](https://shop.emh.ch/collections/all)**



© Kasto80 / Dreamstime

La tendance des dirigeants à surestimer le sentiment de sécurité dans l'équipe est prouvée empiriquement.

L'art de diriger

Ambiance de travail La sécurité psychologique au sein d'une équipe est aujourd'hui considérée comme le plus fort prédicteur d'une collaboration réussie et fructueuse. Le comportement de la hiérarchie joue un rôle clé à cet égard.

Joachim Maier^a, Christof Schmitz^b

^a Responsable du cours de formation continue sur la sécurité psychologique en tant que mission de la hiérarchie, Institut de psychologie appliquée, Haute école zurichoise des sciences appliquées ZHAW, Zurich; ^b cofondateur et membre de la direction du College M, Berne

Le feedback et l'apprentissage jouent un rôle important pour la qualité et la sécurité en médecine. Tous deux sont des prérequis. Le terme de «sécurité psychologique» (SP) a été inventé au tournant du millénaire, lorsque des recherches en chirurgie ont montré que les équipes qui apprennent de leurs erreurs sont plus performantes que celles qui balayent les opportunités d'apprentissage [1]. La variable décisive a été de savoir si les membres de l'équipe donnaient un feedback sans crainte et osaient poser des questions. Ces deux éléments impliquent un risque, par exemple celui d'être exclu ou ridiculisé. Il est

nettement plus facile de prendre ce risque dans un climat de groupe sans peur [2].

Les équipes apprenant de leurs erreurs performant mieux que celles qui balayent les opportunités d'apprentissage.

La sécurité psychologique peut être mesurée de manière fiable [3] et varie d'une équipe à l'autre, même au sein d'une même organisation.

La tendance des dirigeants à surestimer le sentiment de sécurité dans l'équipe ainsi que leur contribution personnelle à ce sentiment est également prouvée empiriquement. Cette double auto-illusion confirme la constante selon laquelle les gens ont beaucoup de mal à évaluer correctement le comportement des autres. En revanche, il est facile d'évaluer avec précision l'effet que le comportement des autres a sur nous.

Le dirigeant, une ancre de sécurité

Un climat de groupe où chacun se sent en sécurité se reflète dans notre vécu et notre

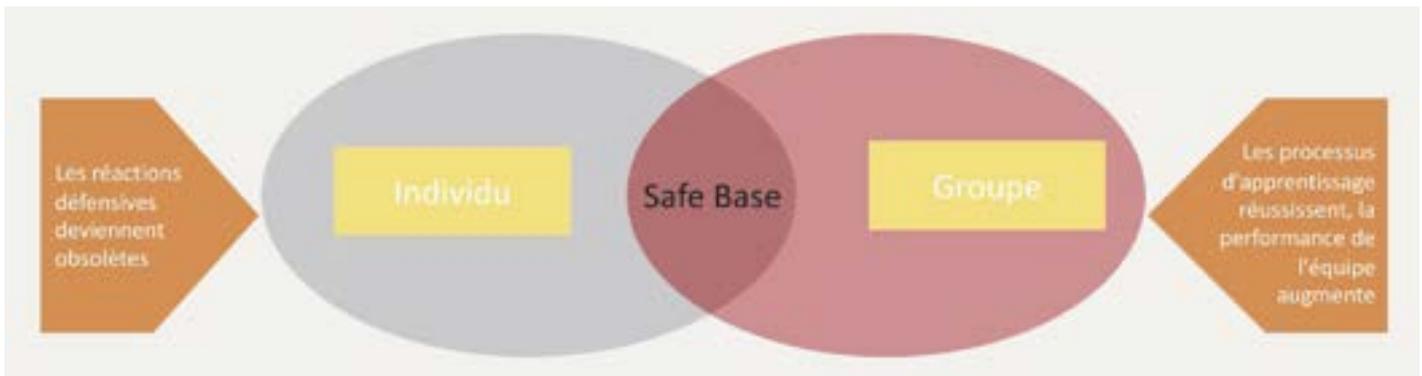


Figure: Une «safe base» commune peut prévenir les réactions défensives et augmenter la performance et la capacité d'apprentissage d'une équipe.

comportement. Dans le meilleur des cas, nous nous sentons sereins et connectés en présence des autres, nous disposons donc d'une forte sécurité intérieure. Cela s'exprime de différentes manières: le ping-pong au sein de l'équipe se déroule sans peur et avec souplesse, les prises de parole sont réparties de manière égale. Notre respiration est profonde et calme. Notre fenêtre de tolérance est ouverte. Nous faisons face aux écarts en nous autoréglant: notre niveau de stress peut monter brièvement, mais redescend ensuite rapidement. En tant que cadres, nous jouons le rôle d'ancre de sécurité dans l'équipe.

La sécurité psychologique peut être mesurée de manière fiable et varie d'une équipe à l'autre.

Il en va autrement lorsque nous nous trouvons en dehors de notre fenêtre de tolérance. Nous réagissons alors sur la défensive et perdons le contact avec nous-mêmes et les autres. Dès lors, un échange ouvert et sans appréhension n'est plus possible. Les personnes naviguant sur de longues distances hors de leur fenêtre de tolérance peuvent être tentées de transmettre leur propre insécurité à l'équipe sous forme de pression (réaction défensive «Fight») ou de miser sur l'harmonie et d'abandonner les attentes de performance (réaction défensive «Flight»). Qu'il s'agisse de domination ou de laisser-faire, les deux approches vont à l'encontre du sentiment de sécurité au sein de l'équipe et déclenchent également les réactions défensives Fight, Flight ou Freeze – avec les conséquences fâcheuses que l'on connaît de la recherche. En bref, il n'y a de sentiment de sécurité au sein d'une équipe que si le responsable peut offrir une base de collaboration sûre. Ce constat s'est imposé depuis longtemps dans d'autres professions liées à la sécurité. Par exemple, tout pilote relâchant sa pression sur le copilote lors d'un

entraînement sur simulateur ne pilotera plus d'avion.

Le leadership, un risque pour la sécurité?

Les canons de comportement actuels de la SP encouragent les responsables à donner le bon exemple, à montrer leur vulnérabilité et à reconnaître leurs erreurs. Il s'agit certes d'un conseil bien intentionné. Mais il se peut que l'on sous-estime l'importance des structures hiérarchiques, qui sont encore très marquées, en particulier dans le domaine médical. N'oublions pas que le médecin-chef est le garant en dernière instance de la sécurité des patientes et patients. Même si cela peut être illusoire dans les conditions spécialisées actuelles, l'imaginaire structurel demeure – et l'(auto-)attente agit. Dans ce contexte, le fait de montrer ses propres vulnérabilités peut être perçu comme une perte potentielle de statut. Inversement, les personnes dirigées peuvent projeter sur leur supérieur leur ambivalence en matière de sécurité et de risque. Tout cela vaut également pour le commandant de bord d'un avion.

Un climat de groupe sûr se reflète dans le vécu et le comportement de tous les membres de l'équipe.

Cela ne veut pas dire que la hiérarchie rend la SP impossible. Au contraire, certains responsables parviennent particulièrement bien à créer un climat de sécurité au sein du groupe. Le leadership peut avoir une influence particulièrement positive, mais il fait en même temps entrer en jeu une autre variable d'incertitude. Cela demande beaucoup de sensibilité. Il serait donc utile pour les cadres de se demander d'une part: qu'en est-il de mon propre sentiment de sécurité? Quels sont mes ancrages de sécurité, mes points de déclenchement typiques? Quand ma fenêtre de tolérance se ferme-t-elle?

Pour pouvoir répondre à ces questions, les cadres doivent être bien connectés à eux-mêmes. C'est beaucoup moins évident qu'on ne pourrait le penser. D'autre part, il s'agit de tendre l'oreille et de percevoir chez l'autre d'éventuelles réactions défensives. Une première prise de pouls peut être effectuée à l'aide d'un test [3], une exploration curieuse et une extension des cercles de sécurité au sein de l'équipe – par exemple avec le «voyage de groupe en ligne» Arche, qui interroge de manière ludique les perceptions réciproques et permet un échange en équipe [4].

Domination ou laisser-faire: les deux approches vont à l'encontre du sentiment de sécurité dans l'équipe.

Une compréhension de la sécurité intérieure et psychologique a pour bénéfices des processus d'apprentissage réussis, une meilleure performance, plus de satisfaction et moins de stress pour toutes les parties.

Correspondance

christof.schmitz[at]college-m.ch



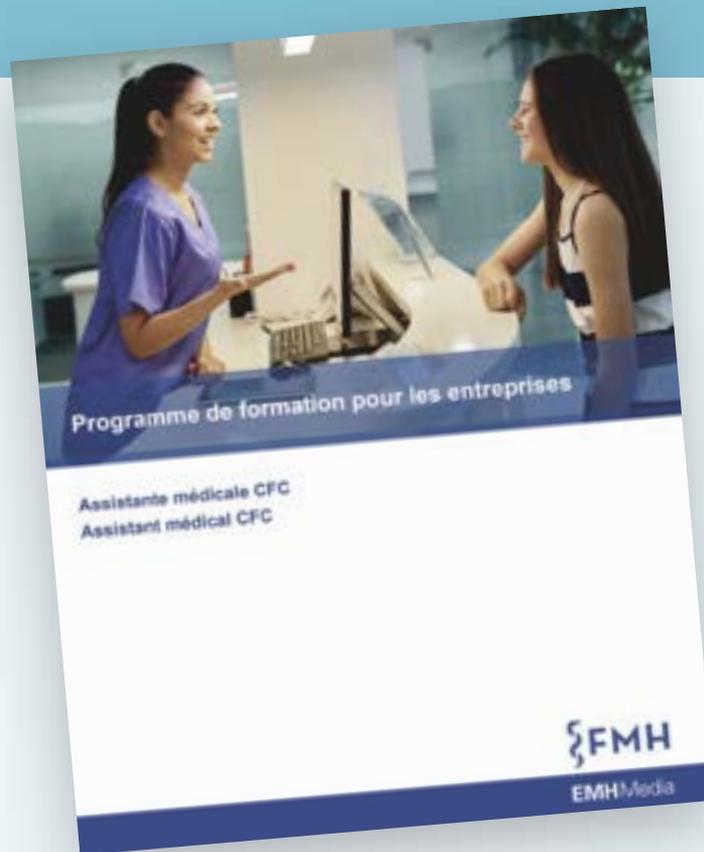
Références

À consulter sous www.bullmed.ch ou via code QR



PRÉSENTATION DE LIVRE

Éditions médicales suisses EMH



Simone Haller, Helen Jung, Beatrice Krähenbühl

Programme de formation pour les entreprises – Assistante médicale / Assistant médical CFC

La profession d'assistante médicale / assistant médical est très polyvalente et couvre un large éventail de domaines d'activité. Au cours de la formation, de nombreuses compétences sont acquises, approfondies et consolidées. Il n'est pas facile de garder une vue d'ensemble de tous les objectifs de formation à atteindre. Nous avons été motivées à créer ce programme de formation pour les entreprises, qui devrait permettre, aussi bien

aux personnes en formation qu'aux formatrices et formateurs, d'avoir une bonne supervision des compétences professionnelles à atteindre.

Dans ce document, tous les objectifs évaluateurs de l'entreprise sont énumérés de manière claire et compréhensible. Ceux-ci se basent sur l'Ordonnance de formation du 15 mars 2018, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2019.



Retrouvez ce livre ainsi que d'autres ici:
shop.emh.ch/collections/all

SWISS MEDICAL FORUM

Depuis 2001, le SMF publie des articles axés sur la pratique couvrant tout le spectre de la médecine. Il est l'organe officiel de formation postgraduée et continue de la FMH et une revue officielle de formation postgraduée et continue de la SSMIG. En tant que membre de la COPE, le SMF remplit les critères de l'ISFM pour une revue d'évaluation par les pairs.

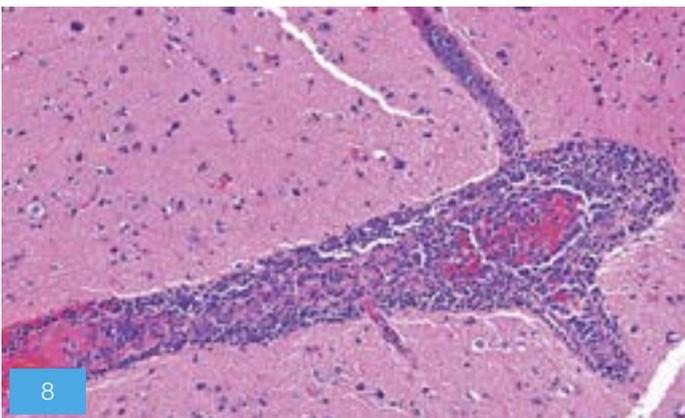


4

Dyspnée en cas des maladies incurables et évolutives

Dogmes en mutation La compréhension médicale du symptôme «dyspnée» est en train d'évoluer. L'article fournit un aperçu des bonnes pratiques actuelles chez les personnes atteintes de maladies incurables et évolutives nécessitant des soins palliatifs, mais apporte aussi un éclairage sur les discussions actuelles dans la perspective d'en dégager des implications pour la pratique clinique.

Jan Gärtner, Tanja Fusi-Schmidhauser



8

Détérioration neurologique progressive

«**The Great Masquerader**» Un patient de 57 ans a été admis en urgence pour une crise d'épilepsie. Il a déjà été victime d'une crise d'épilepsie auparavant. L'électroencéphalogramme avait montré des troubles fonctionnels allant de la région frontale gauche à la région centrale, qui n'étaient pas corrélés à la localisation de la zone ischémique.

Martina Bontognali, Livia Küchler et al.



11

Baisse de vigilance d'origine toxique

Un problème inodore Une patiente de 58 ans a été amenée dans le service des urgences par les secours. Ses proches ont indiqué qu'elle avait été testée positive pour le COVID-19 la veille, suite à quoi elle s'était isolée dans sa chambre. Le jour de son admission, elle avait dormi profondément et réagissait à peine à ce qu'on lui disait.

Anna Vera Reimann, Markus Schwendinger, Frieder Graulich

Journal Club

Weekly Briefing

Prof. Dr méd. Lars C. Huber, Prof. Dr méd. Martin Krause

Rédaction scientifique Forum Médical Suisse

Sarcoïdose

Dose élevée ou faible de corticoïde?

Pour traiter la sarcoïdose, les lignes directrices recommandent une dose de prednisone de 20–40 mg/j. La dose plus élevée entraîne-t-elle une réponse plus rapide, un taux de rechute plus faible ou davantage d'effets indésirables (EI)? Une première étude contrôlée est disponible à ce sujet: 43 patientes et patients ont été randomisés pour recevoir 20 mg et 43 autres pour recevoir 40 mg; ils ont été traités pendant 6 mois, y compris réduction progressive, puis suivis pendant 12 mois. Une «équipoise» a été constatée pour les deux doses: une rémission a été obtenue dans env. 90% des cas. La fréquence des EI (infections!) ne différait pas significativement. Un peu moins de la moitié des participantes et participants ont présenté une récurrence. Ces données soutiennent la pratique d'une faible dose de corticoïde.

Eur Respir J. 2023, doi.org/10.1183/13993003.00198-2023. Rédigé le 03.12.23_HU

Hypertension et chirurgie électorale

Suspendre les inhibiteurs du SRA?

Les inhibiteurs du système rénine-angiotensine (SRA) sont souvent suspendus en préopératoire (prévention des hypotensions intra-opératoires). Une étude multicentrique randomisée remet cela en question: la médication a été suspendue 24–48 heures avant l'intervention, en fonction de la pharmacocinétique, chez 130 individus, et poursuivie chez 130 autres. L'incidence des atteintes myocardiques (c.-à-d. élévation de la troponine indépendamment de la clinique et de l'ECG) ne différait pas significativement: 48% en cas de suspension du traitement et 41% en cas de poursuite. La nécessité d'utiliser des vasoactifs était en outre identique dans les deux groupes. Les hypertensions pertinentes étaient toutefois significativement plus fréquentes en cas de traitement interrompu (12 vs. 5%).

Eur Heart J. 2023, doi.org/10.1093/eurheartj/ehad716. Rédigé le 03.12.23_HU

Vintage Corner

Claudication de la mâchoire en cas d'ACG

Quel est le signe anamnestique le plus prédictif de la présence d'une artérite à cellules géantes (ACG)? Une claudication de la mâchoire! Cette découverte est attribuable à Bayard T. Horton qui, en tant qu'interniste à la Mayo Clinic, a étudié le lien entre les céphalées et l'ACG («maladie de Horton») [1]: «Its significance was not appreciated until I finally realized [] that the pain of chewing, referred to by patients as difficulty in chewing or lockjaw is an exercise phenomena and represents intermittent claudication of the jaw.» Ce signe relativement spécifique peut être facilement décelé à l'aide du «chewing gum test»: faire mâcher un chewing-gum à une fréquence de 1/seconde reproduit les douleurs de la mâchoire après 2–3 minutes [2].

1 Headache. 1962, doi.org/10.1111/j.1526-4610.1962.hed0201029.x.
2 N Engl J Med. 2016, doi.org/10.1056/NEJMc1511420. Rédigé le 03.12.23_HU

CME

Vitamine B₁₂ (cobalamine)

- La vitamine B₁₂ est une vitamine hydrosoluble présente dans divers aliments d'origine animale (viande, œufs, lait). Elle est nécessaire à la synthèse de l'ADN, à l'équilibre énergétique mitochondrial et à la régulation épigénétique.
- En cas de statut vitaminiq normal, un adulte sain a besoin de 4–7 µg de vitamine B₁₂ par jour.
- Une carence se manifeste par des symptômes neurologiques, neuropsychologiques et cognitifs. Seules env. 20% des personnes atteintes ont une anémie mégaloblastique.

- Une holotranscobalamine sérique <148 pmol/l indique un déficit pertinent en vitamine B₁₂. Des symptômes peuvent toutefois aussi être présents à des valeurs plus élevées. Le dosage de l'acide méthylmalonique (AMM) peut alors s'avérer utile. Les antibiotiques et l'insuffisance rénale peuvent induire des valeurs d'AMM faussement élevées.
- En cas de carence en vitamine B₁₂ malgré un apport alimentaire normal, un traitement parentéral (intramusculaire ou sous-cutané, par ex. 1 × 1000 µg par semaine au début, puis tous les mois) doit être administré en premier lieu. La dose et la fréquence sont déterminées en fonction de la réponse clinique et non sur la base de biomarqueurs.
- L'anémie se résout en 6–8 semaines (attention: une carence en fer concomitante est

fréquente et doit aussi être traitée). Des mois, voire des années, sont nécessaires à la résolution complète des symptômes neurologiques.

- Un traitement oral à doses élevées (2000 µg) est-il aussi efficace qu'un traitement parentéral? Les preuves à ce sujet sont maigres. En cas de symptômes neurologiques, l'administration parentérale est le traitement de choix. Sous surveillance clinique, un passage à la voie orale peut être tenté par la suite.
- Sous substitution (traitement continu), une mesure annuelle de la vitamine B₁₂ est recommandée, en adaptant éventuellement la dose.

BMJ. 2023, doi.org/10.1136/bmj-2022-071725. Rédigé le 03.12.23_HU

Ventilation mécanique

Effet de l'amikacine

En unité de soins intensifs (USI), les pneumonies liées à la ventilation mécanique font partie des principales complications infectieuses (estimées à 2–30 épisodes / 1000 jours de ventilation). Les microaspirations et le biofilm favorisent la propagation de bactéries dans l'arbre trachéobronchique, provoquant une pneumonie. Pour tester l'effet de l'amikacine (Am) locale sur la fréquence des pneumonies, une étude randomisée a comparé 337 personnes intubées ayant inhalé 20 mg/kg d'Am 100 µg/j pendant 3 jours et 355 ayant inhalé un placebo (Pl). Après 28 jours, il y avait une nette différence: 15% ont développé une pneumonie sous Am, 22% sous Pl ($p = 0,004$). Celle-ci était définie par 1. une culture bactérienne quantifiée provenant des poumons et 2. au moins 2 des suivantes: leucocytose, leucopénie, fièvre, sécrétions purulentes avec infiltrats pulmonaires. Malgré ce résultat significatif, la prudence s'impose quant à l'adoption de cette prophylaxie par inhalation comme recommandation pour les USI. Des données axées sur les patient.e.s concernant la morbidité et la mortalité font défaut et l'effet sur les antibiorésistances n'est pas connu.

N Engl J Med. 2023, doi.org/10.1056/NEJMoa2310307.
Rédigé le 5.6.23_MK

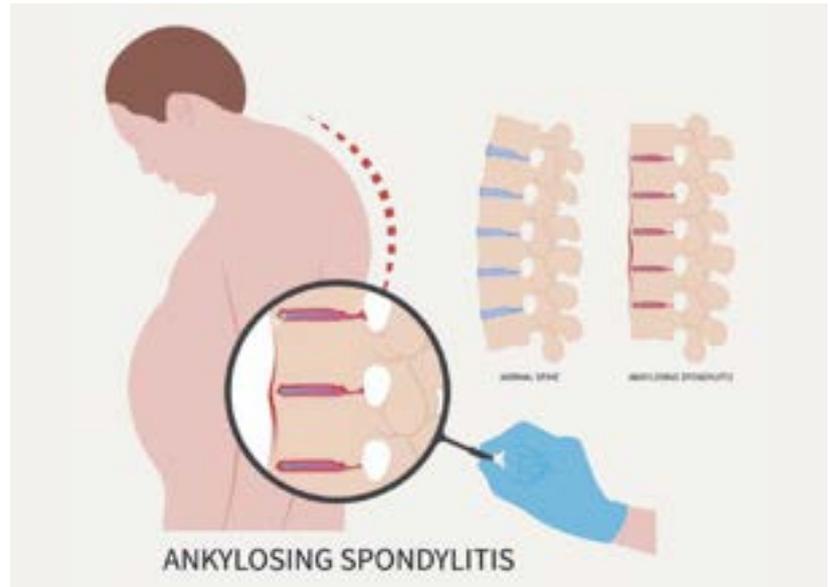
«Krokodil»

Nécroses cutanées

Connaissez-vous le «Krokodil»? C'est de la désomorphine, un opioïde très puissant avec un fort potentiel de dépendance. Cette drogue, aussi appelée «Krok», est très répandue en Russie depuis 10 ans. Il y a aussi des abus occasionnels aux États-Unis et en Europe. Un rapport de cas présente les dangers de la drogue avec des images saisissantes. Un jeune de 19 ans subi des débridements répétés pendant 3 semaines en raison d'ulcères profonds au niveau de la paume de la main gauche, sans tendance à la guérison. Les examens complémentaires montrent des thromboses dans les deux veines axillaires et une tachycardie supraventriculaire. Il avait avant tenté de se suicider avec du Krok. Les nécroses cutanées sont les dommages les plus notables du Krok: gangréneuses, étendues, guérissant très mal du fait de la vasoconstriction induite par la drogue – et probablement dues aux nombreux sous-produits générés ou utilisés lors de la fabrication. Le Krok est fabriqué avec de la codéine, de l'iode, du phosphore rouge (boîtes d'allumettes!), de l'acide chlorhydrique et de l'essence.

Eur J Intern Med. 2023, doi.org/10.12890/2023_004181.
Rédigé le 6.12.23_MK

Immunosuppression sélective



La spondylarthrite ankylosante entraîne entre autres un raidissement progressif de la colonne vertébrale et une position penchée en avant caractéristique.

Guérir la spondylarthrite ankylosante (SpA)

Les maladies auto-immunes reposent sur des clones de cellules T et B dirigés contre des antigènes de l'organisme. Dans les spondylarthropathies auto-immunes (SpA, arthrite psoriasique et maladies inflammatoires de l'intestin), il est supposé qu'un pathogène microbien induit un clone de cellules T mémoires CD8 qui est non seulement dirigé contre l'agent pathogène, mais présente aussi une réaction croisée avec certains antigènes de l'organisme. Cette réaction croisée est liée à l'expression de HLA-B*27. Le clone de ces cellules mémoires arthritogènes se trouve dans un sous-groupe particulier de cellules mémoires exprimant à leur surface le récepteur des cellules T TRBV9.

Des chercheurs ont réussi à détruire sélectivement les cellules T TRBV9 chez un patient atteint de SpA et à stopper ainsi l'activité auto-immune. Un anticorps anti-récepteur TRBV9 a permis d'éliminer le sous-groupe des cellules T TRBV9 et le clone arthritogène qu'elles contiennent. Le patient était HLA-B*27-positif et souffrait depuis longtemps d'une SpA avec atteinte du rachis et des articulations sacro-iliaques. Malgré un traitement anti-facteur de nécrose tumorale (TNF), l'activité inflammatoire de la maladie restait élevée. Une autogreffe de cellules souches hématopoïétiques n'a apporté qu'un soulagement temporaire. Par la suite, les traitements anti-TNF avec quatre préparations différentes n'ont eu qu'un effet à court terme. Une première perfusion d'anticorps anti-TRBV9 a été effectuée en 2019. En trois mois, le patient était en rémission clinique et les traitements anti-TNF ont pu être arrêtés. Aujourd'hui, quatre ans plus tard, il est asymptomatique. Sa mobilité rachidienne s'est massivement améliorée. Il reçoit tous les quatre mois une perfusion d'anti-TRBV9, qu'il tolère sans effets indésirables.

Quel est l'atout de cette immunosuppression sélective? Alors que les cellules T TRBV9 étaient pratiquement indétectables, les autres populations de cellules T sont restées intactes. Le sous-groupe TRBV9 ne représente que 4% de toutes les cellules T. La réponse adaptative des cellules T n'est guère affectée avec les 96% de cellules T restantes et une immunosuppression systémique n'est donc pas attendue, contrairement aux immunomodulateurs habituels. Les auteurs spéculent que cette approche thérapeutique pourrait aussi être efficace dans le diabète sucré de type 1, la sclérose en plaques et la maladie de Crohn.

Nat Med. 2023, doi.org/10.1038/s41591-023-02613-z.

Rédigé le 5.12.23_MK

Dogmes en mutation?

Dyspnée chez les personnes souffrant de maladies incurables et évolutives

La compréhension médicale du symptôme «dyspnée» est en train d'évoluer. L'article fournit un aperçu des bonnes pratiques actuelles chez les personnes atteintes de maladies incurables et évolutives nécessitant des soins palliatifs, mais apporte aussi un éclairage sur les discussions actuelles dans la perspective d'en dégager des implications pour la pratique clinique.

Prof. Dr méd. Jan Gärtner^{a,b}, PD Dr méd. Tanja Fusi-Schmidhauser^{c,d,e}

^a Palliativzentrum Hildgard, Basel; ^b Forschungsgruppe Palliative Care, Department Klinische Forschung, Universität Basel, Basel; ^c Clinica di Cure Palliative e di Supporto, Ente Ospedaliero Cantonale (EOC), Bellinzona e Lugano; ^d Servizio di Medicina interna, Ospedale Regionale di Lugano, EOC, Lugano; ^e Département de Réadaptation et Gériatrie, Université de Genève, Genève

Définition modifiée et synonymes

La dyspnée (synonymes: essoufflement, détresse respiratoire) est définie comme la «perception subjective d'une gêne respiratoire» [1], souvent sous forme d'épisodes dyspnéiques, par exemple dans le cadre d'un effort physique [2].

Jusqu'à récemment, il était question de «dyspnée réfractaire» lorsque celle-ci persistait malgré un traitement optimal de la maladie de base. Avec la nouvelle «Classification internationale des maladies» (CIM-11), cela a changé, notamment pour éviter une compréhension et une gestion fatalistes de la souffrance des personnes concernées. Le terme «réfractaire» a été remplacé par «chronique», et la CIM-11 fait désormais la distinction entre la dyspnée «aiguë» (qui dure quelques heures ou jours), «subaiguë» (3–8 semaines) et «chronique» (>8 semaines) [3].

Pertinence pour les patientes et patients

Pour de nombreuses personnes, la dyspnée n'est pas seulement une «difficulté à respirer», mais plutôt un fardeau existentiel. Elle est souvent décrite comme une sensation d'«étouffe-

ment» ou d'«épuisement complet» et s'accompagne fréquemment d'une forte anxiété et d'une démoralisation (sentiment de désespoir, résignation) [4]. Ainsi, la dyspnée chronique est une cause fréquente d'un fort désir de mourir [5]. Toutefois, vu que la dyspnée est une perception purement subjective des personnes concernées et qu'elle ne peut donc pas être mesurée par des paramètres physiologiques «objectifs», elle n'est souvent pas considérée par les médecins, de sorte qu'un soutien n'est pas apporté aux patientes et patients et que la dyspnée est qualifiée de «symptôme invisible» [4, 6, 7].

Épidémiologie: la dyspnée comme facteur pronostique

Dans les pays occidentaux, les causes les plus fréquentes de dyspnée chronique sont la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO), l'insuffisance cardiaque chronique, l'obésité, les cancers et la sclérose latérale amyotrophique (SLA) [8]. La prévalence de la dyspnée augmente généralement avec l'évolution de la maladie et est la plus élevée dans les maladies cardiorespiratoires et la SLA [9]. Pour les maladies cardiorespiratoires, la survenue d'une

dyspnée est un facteur pronostique majeur en termes de durée de vie limitée des malades et est supérieure à d'autres paramètres mesurés tels que les tests de la fonction pulmonaire [10].

Physiopathologie

La physiopathologie de la dyspnée est complexe et n'est toujours pas totalement élucidée. Il est cependant certain que diverses structures sont impliquées dans sa survenue, même si ce n'est pas nécessairement le cas [11]. Il s'agit entre autres des mécanorécepteurs de la paroi thoracique, des fibres C des voies respiratoires supérieures («flow sensors»), des noyaux du tronc cérébral, du thalamus, des fibres C pulmonaires (récepteurs J), des récepteurs aux opioïdes, des barorécepteurs – par ex. dans les oreillettes (insuffisance cardiaque) – ainsi que des chémorécepteurs, entre autres du glomus carotidien [12].

Diagnostic Dyspnée chronique

En cas de dyspnée chronique, les investigations diagnostiques nécessaires se limitent le

plus souvent à une anamnèse détaillée tenant compte de la charge symptomatique et psychosociale de la personne malade. Au minimum, l'intensité des épisodes de dyspnée devrait être évaluée sur une échelle d'évaluation numérique (EEN) de 0 à 10 (0 = pas de dyspnée; 10 = dyspnée maximale imaginable). D'autres échelles d'évaluation de la dyspnée, par ex. l'échelle de Borg, peuvent caractériser le symptôme de manière encore plus détaillée [13]. La fréquence, la durée et les déclencheurs possibles des épisodes (crises) de dyspnée dans le cadre d'une évaluation multidimensionnelle font également partie de l'anamnèse, de même que la question de savoir depuis combien de temps le symptôme est présent ou s'il s'est aggravé récemment ou même de manière très aiguë (exclusion de causes aiguës potentiellement traitables!). En particulier lorsque la dyspnée est présente depuis longtemps (des années?), les personnes fortement invalidées, souvent même tachypnéiques avec un profil respiratoire très laborieux, sont habituées au symptôme et s'y sont adaptées par coping. Chez ces patientes et patients, outre la question susmentionnée sur l'intensité de la dyspnée, il est aussi utile de demander à quel point ils se sentent gênés par ce symptôme (EEN 0-10). Il arrive que des personnes souffrant de BPCO ou d'insuffisance cardiaque chronique indiquent des valeurs étonnamment basses [14].

Dyspnée aiguë, dyspnée aiguë sur chronique et crises dyspnéiques

Dans ces cas, il convient d'exclure des facteurs co-responsables ou co-aggravants de la dyspnée qui sont potentiellement traitables, tels qu'une infection respiratoire, une embolie pulmonaire ou un pneumothorax, par exemple chez la personne emphysemateuse. Les causes classiques de dyspnée réversibles ou atténuables chez les personnes cancéreuses sont, entre autres, l'épanchement pleural ou l'ascite prononcé(e), la pneumonie due à l'immunothérapie ou l'embolie pulmonaire provoquée par la thrombogénicité de certains cancers. Chez les personnes n'ayant pas d'antécédents de ce type, la première survenue d'une décompensation cardiaque ou d'un bronchospasme dans le cadre d'une autre maladie mortelle est rare [15]. Lors de l'évaluation des examens diagnostiques nécessaires, il convient de s'interroger sur les conséquences thérapeutiques et le caractère adéquat de chaque examen instrumental, surtout en cas de maladie très avancée avec une courte espérance de vie. Outre l'anamnèse, un examen clinique axé sur les symptômes, incluant inspection, auscultation et percussion, est toutefois toujours indiqué. Les points de vue divergent quant à savoir si la

mesure de la saturation en oxygène dans le sang (SpO₂) est indiquée en cas d'inspection négative (personne ne semblant pas hypoxique). Dans leur propre pratique clinique, l'auteur et l'auteure sont réticents à cet égard (plus d'informations sur l'administration d'oxygène ci-après). Si l'équipe médicale décide de procéder à des examens instrumentaux complémentaires en cas de crise dyspnéique prononcée, notamment lorsque les personnes concernées sont très angoissées, et ce malgré le stade très avancé de la maladie, les personnes dyspnéiques devraient néanmoins recevoir un soutien médicamenteux au préalable (voir ci-après) afin d'être soulagées pendant la période d'examen et d'attente.

Traitement non médicamenteux

En particulier en cas de crises dyspnéiques, il convient d'appliquer les principes de base du positionnement (surélever le haut du corps, enlever les couvertures et vêtements serrés) et de l'apport d'air frais en ouvrant les fenêtres ou en utilisant un ventilateur (sur pied ou manuel), ainsi que de se comporter calmement et de manière apaisante avec les personnes concernées en leur assurant qu'elles seront aidées et soulagées.

Par la suite, il est nécessaire de discuter de la manière d'adapter le rythme quotidien en vue d'obtenir un équilibre entre repos et activité et d'organiser l'effort de manière efficace (par ex. en faisant des pauses de marche avec le déambula-

Tableau 1: Mesures non médicamenteuses dans le traitement de la dyspnée

Mesure	Remarque
Positionnement	En général, surélévation du haut du corps si tolérée par les personnes concernées. En situation aiguë, retirer les vêtements ou couvertures serrés.
Tranquillisation	En particulier en situation aiguë: voix calme, phrases courtes. Rassurer la personne sur le fait qu'elle sera aidée. Ne pas «co-respirer» avec les personnes concernées en raison des effets de transmission par les neurones miroirs. Rester conscient de sa propre respiration et respirer calmement.
Air frais et bouffées d'air	Ouverture d'une fenêtre, notamment en situation aiguë. Les ventilateurs manuels ou sur pied peuvent apporter un net soulagement à de nombreuses personnes, même en cas de dyspnée chronique.
Aides à la marche	Les déambulateurs, et pour certains les cannes, peuvent allonger la distance de marche des personnes concernées – grâce à un mouvement plus économique, à la possibilité de se reposer et à une meilleure mobilisation des muscles respiratoires accessoires.
Organisation de la vie quotidienne, éducation	Petites mesures pour éviter les lourdeurs d'estomac. Bien répartir les ressources au cours de la journée et les réserver pour des activités importantes et agréables.
Mesures de relaxation	Détente par l'apprentissage d'exercices de relaxation, mais aussi par certaines formes de musicothérapie spécialisée.
Psychothérapie	En particulier les approches de thérapie cognitive et comportementale sont prometteuses en cas de dyspnée chronique.
Neurostimulation	La stimulation électrique neuromusculaire (SENM), en particulier du muscle quadriceps, peut développer les muscles, empêcher ou ralentir leur dégradation et ainsi maintenir ou améliorer la distance de marche des personnes concernées.
Apprentissage de l'auto-efficacité	Les personnes qui souffrent principalement de crises de dyspnée brèves et intenses peuvent acquérir un sentiment de certitude que ces épisodes sont auto-limitants et transitoires.
Offres spécialisées	Certaines institutions proposent des services ambulatoires spécialisés dans la dyspnée (par ex. LMU Munich), qui mettent aussi à disposition de nombreuses informations en ligne.
«Peer support»	Les groupes d'entraide, comme ceux de la Ligue pulmonaire, offrent aux personnes concernées et à leurs proches des forums d'échange précieux.
Aborder ouvertement les peurs liées à la fin de vie	De nombreuses personnes concernées craignent de mourir par asphyxie, mais n'abordent pas activement ce sujet. Des options telles qu'une sédation palliative dans les cas extrêmes, par ex. dans une unité de soins palliatifs, peuvent être mentionnées.

teur). En particulier en cas de dyspnée due à des maladies cardiorespiratoires chroniques évolutives, les aides à la marche pour réduire la consommation d'énergie, mais aussi la stimulation neuromusculaire électrique (SNME) du muscle quadriceps pour maintenir ou augmenter la distance de marche et réduire la dyspnée sont des mesures basées sur l'évidence [16].

La prise des repas peut également causer une dyspnée: il est essentiel d'évaluer avec les personnes concernées le déroulement de leur journée et d'encourager une redistribution des repas (prise plus fréquente de petites portions), ce qui fait économiser de l'énergie. Il est utile de faire appel à des spécialistes, non médecins, des domaines de la psychologie, de la musicothérapie et de la physiothérapie, afin d'instaurer des rituels que les personnes concernées peuvent utiliser en cas de crise dyspnéique et pour contrôler leur respiration. De nombreux patients et patientes et leurs proches apprécient le matériel d'information en libre accès sur l'autogestion, par ex. de la Ligue pulmonaire, mais aussi des services ambulatoires de soins palliatifs dédiés à la dyspnée [17]. Les groupes d'entraide sont utiles, car les personnes concernées et leurs proches peuvent y partager leurs expériences. Un résumé de mesures non médicamenteuses se trouve dans le tableau 1.

Traitement médicamenteux

Opioides en cas de dyspnée due à un cancer ou à la SLA: état de l'art

Les opioides sont les médicaments de choix pour le traitement de la dyspnée d'origine cancéreuse dans les situations de traitement palliatif et dans la SLA [18]. Les règles, les doses et les facteurs de conversion sont les mêmes que pour le traitement opioïde de la douleur cancéreuse, avec une combinaison de médicaments au long cours et de médicaments de réserve/à la demande. Ces derniers devraient absolument être administrés de manière anticipée, lorsque les patientes et patients peuvent prévoir l'épisode dyspnéique, par exemple lorsqu'ils vont faire leur toilette ou sortir de chez eux. Le délai d'entrée en action doit être pris en compte. Pour les comprimés ou solutions à libération immédiate, ce délai est généralement de 20–30 minutes. Si un début d'action plus rapide est souhaité, des préparations de fentanyl à action rapide, comme le fentanyl par voie buccale ou sublinguale ou le spray nasal correspondant pouvant être fabriqué en pharmacie, peuvent être indiquées [19, 20]. L'entrée en action rapide implique un potentiel de dépendance élevé en raison d'effets indésirables psychotropes perçus comme agréables («kick»), de sorte que la prudence est de mise

chez les personnes dont l'espérance de vie est supérieure à un an. Il est conseillé de commencer par la plus petite dose possible, puis de l'augmenter progressivement. Contrairement à ce que l'on pensait autrefois, non seulement la morphine mais aussi d'autres opioïdes puissants agissent contre la dyspnée chez les personnes cancéreuses [19, 21]; en cas d'insuffisance rénale, rien ne s'oppose donc à ce que l'hydromorphone soit privilégiée.

Opioides en cas de maladies cardiorespiratoires: dogmes en mutation

De nombreux manuels et lignes directrices de médecine palliative recommandent toujours l'administration d'opioïdes en cas de maladies cardiorespiratoires, même si une méta-analyse récente sur la dyspnée en cas d'insuffisance cardiaque et une étude randomisée contrôlée (ERC) chez les personnes atteintes de BPCO n'ont pas pu établir d'efficacité, mais ont constaté une incidence élevée d'effets indésirables [22, 23]. Cela correspond aux résultats d'études de cohortes nationales qui ont montré une mortalité accrue dose-dépendante de ces groupes de personnes sous benzodiazépines (plus de détails ci-dessous) et opioïdes. Les résultats de ces trois études doivent toutefois être placés dans leur contexte. Dans la méta-analyse des données relatives aux personnes insuffisantes cardiaques, le sous-groupe des personnes les plus sévèrement touchées avec un stade IV selon la classification de la «New York Heart Association» (NYHA) n'a pas pu être considéré de manière isolée, car une méta-analyse des «individual participant data» (IPD) était impossible en raison d'informations manquantes [22]. Une étude de suivi de l'ERC avec des personnes atteintes de BPCO a identifié un petit nombre de «super-répondeurs» qui ont massivement bénéficié des opioïdes, malgré l'inefficacité générale de ces derniers [24]. Dans l'étude de cohorte mentionnée, aucune mortalité accrue n'a été constatée à des doses faibles d'opioïdes et de benzodiazépines; en outre, la dose-dépendance de la mortalité pourrait être due à des facteurs de confusion (une fin de vie proche signifie une charge symptomatique plus élevée et donc des doses nécessairement plus élevées) [25]. Une autre étude menée chez des personnes atteintes de BPCO au stade 3–4 de la «modified Medical Research Council Dyspnea Scale» (mMRC) a montré que de faibles doses d'opioïdes sur une période de quatre semaines amélioraient la dyspnée la plus sévère perçue, sans modification de la pression partielle de dioxyde de carbone (PaCO_2) et sans incidence accrue des effets indésirables [26]. Les questions relatives à l'efficacité des opioïdes à libération rapide versus à libération prolongée chez les personnes

atteintes de BPCO dyspnéiques ne sont pas résolues. L'auteur et l'auteure de cet article proposent l'approche pragmatique suivante, découlant des considérations susmentionnées: jusqu'à ce qu'une méta-analyse avec IPD soit disponible, l'administration d'opioïdes chez les personnes insuffisantes cardiaques devrait se limiter à celles qui sont au stade NYHA IV ou, mieux encore, uniquement au stade terminal de la maladie. Dans la BPCO, une tentative prudente de traitement par opioïdes peut être indiquée afin d'identifier d'éventuels super-répondeurs. Une grande prudence s'impose toutefois en ce qui concerne les doses. De faibles doses initiales de morphine (par ex. 0,5–3 mg toutes les 6–8 heures ou uniquement en réserve comme prophylaxie) peuvent être tout à fait suffisantes. Les escalades de dose ultérieures doivent être effectuées avec beaucoup de prudence, car le risque de dépression respiratoire est très élevé dans cette population particulière [26].

Benzodiazépines, autres anxiolytiques et antidépresseurs: oui, mais...

Les points de vue divergent quant au bien-fondé de l'utilisation des benzodiazépines en raison des preuves vagues disponibles [27, 28]. En général, il existe un cercle vicieux entre l'anxiété et la dyspnée. Ainsi, l'auteur et l'auteure de cet article recommandent que les personnes souffrant d'une crise de dyspnée aiguë reçoivent, dans la plupart des cas, un traitement par benzodiazépine (par ex. midazolam; dose initiale: 1,0–2,5 mg par voie sous-cutanée ou intraveineuse). Concernant la durée de traitement, la prudence est de mise en raison du potentiel de dépendance et du risque de dépression respiratoire en cas de BPCO; ce traitement devrait donc être réservé aux personnes les plus sévèrement atteintes ayant une espérance de vie très limitée.

La prégabaline est un anxiolytique puissant pour lequel il n'existe pas encore de rapports de cas portant sur la dyspnée. Toutefois, dans la pratique personnelle du premier auteur de cet article, elle s'est avérée efficace chez certaines personnes, même au long cours. Les personnes qui semblent en profiter le plus sont celles souffrant de crises dyspnéiques très fortes et incontrôlées «surgissant de nulle part», c.-à-d. d'une seconde à l'autre, accompagnées d'une panique très prononcée [29].

Les preuves concernant l'administration de divers antidépresseurs pour traiter la dyspnée sont hétérogènes et ne permettent pas de tirer des conclusions définitives, malgré l'existence de diverses ERC. L'auteur et l'auteure de cet article recommandent qu'en cas de dyspnée et de dépression simultanées, une tentative de traitement soit toujours proposée. Il semble néan-

moins important, surtout chez les personnes chroniquement diminuées souffrant de maladies cardiorespiratoires, de ne pas interpréter la démoralisation (désespoir) fréquente comme une dépression, d'autant plus que ces personnes sont souvent polymédiquées.

Oxygène: rarement nécessaire, mais parfois indispensable

Les preuves concernant l'oxygénothérapie peuvent être résumées comme suit: les personnes non hypoxiques ne bénéficient pas d'une oxygénothérapie et celle-ci ne devrait pas être initiée à titre probatoire du fait d'effets indésirables potentiels (détérioration de la fonction respiratoire, par ex. par atélectasies de résorption, troubles du sommeil, délire, ulcères nasaux). Chez les personnes hypoxiques, quelle que soit la maladie sous-jacente, une tentative immédiate d'oxygénothérapie est indiquée, dans le cas de la BPCO, avec la prudence qu'impose la physiopathologie de la maladie.

De plus en plus d'ERC menées dans des structures palliatives américaines font état d'une utilisation réussie d'appareils à haut débit (jusqu'à 60 l/min d'oxygène), avec en parallèle une grande satisfaction des malades [30]. Les conséquences d'une possible tendance ne sont pas encore prévisibles, mais l'auteur et l'auteure sont septiques en raison de questions éthiques et logistiques délicates.

Autres développements

Dans les pays anglo-saxons, les «Breathlessness Services» se sont établis dans les grandes cliniques. Des inotropes (dobutamine, inhibiteurs de la phosphodiesterase-3) y sont aussi utilisés sans surveillance et avec de bons résultats, même dans les soins à domicile et les maisons de soins palliatifs, chez les personnes insuffisantes cardiaques [31]. En Suisse également, il devrait déjà aller de soi de traiter les personnes insuffisantes cardiaques sévères au moins avec des diurétiques (furosemide), par perfusion continue ou pompe, à domicile et en soins de longue durée, en faisant appel aux soins palliatifs spécialisés à domicile.

Soins palliatifs spécialisés: les impliquer tôt!

Les recommandations des sociétés de discipline concernées sont claires: pour les patientes et patients dont il est question ici, une implication précoce des structures de soins palliatifs spécialisés est indiquée [32-34]. Les soins palliatifs spécialisés devraient être considérés comme un organe de conseil et comme «on-top» plutôt que «à la place de» (principe «one-voice», prévention de la désintégration ou de la fragmentation de la prise en charge des pa-

tientes et patients). En impliquant les soins palliatifs spécialisés, les malades perdent leurs appréhensions lors du premier contact et ont plus rapidement accès au réseau nécessaire et aux spécialistes d'organes compétents dans les phases ultérieures de la maladie, et les médecins de famille peuvent recourir au plein potentiel de l'équipe multi-professionnelle pour le bien des personnes traitées. Les patientes et patients perçoivent ainsi le rôle des soins palliatifs spécialisés comme un soutien pour un contrôle optimal des symptômes et une aide à la prise de décision, par opposition aux interventions de l'équipe de soins palliatifs spécialisés en phase terminale, comme la discussion et la mise en œuvre d'une sédation palliative. Il faudrait renoncer à une telle mesure sans faire appel à une expertise spécialisée en soins palliatifs, afin de ne pas négliger les options permettant de soulager autrement la souffrance des personnes concernées.

Perspectives

La principale question qui n'est pas encore totalement résolue est celle de la place des opioïdes chez les personnes souffrant de maladies cardiorespiratoires. Toutefois, leur utilisation, si elle a lieu, devrait être beaucoup plus

réservée que ce qui est aujourd'hui encore pratiqué dans les soins palliatifs. Des méta-analyses avec IPD et l'identification d'éventuels super-répondeurs font encore défaut. Chez les personnes insuffisantes cardiaques, des structures devraient être créées afin de permettre l'utilisation de médicaments inotropes également dans le cadre des soins à domicile et de longue durée, et de pouvoir les évaluer scientifiquement [33]. La principale mesure qui reste à prendre est toutefois une intégration généralisée, plus étroite et plus précoce des soins palliatifs spécialisés (services de consultation, soins à domicile, unités de soins) dans le traitement des patientes et patients, qui devraient pouvoir disposer de toutes les ressources utiles en raison de leur immense souffrance. Pour améliorer la situation, il pourrait être opportun de développer des programmes interdisciplinaires structurés, assortis de la certification nécessaire [35].

Correspondance

Prof. Dr méd. Jan Gärtner
Palliativzentrum Hildegard
Department Klinische Forschung, Universität Basel
St. Alban Ring 151
CH-4002 Basel
jan.gaertner[at]pzh.ch

Remerciements

L'auteure et l'auteur remercient le Dr Constanze Remi, Université de Munich.

Conflict of Interest Statement

L'auteure et l'auteur ont déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts potentiels.

L'essentiel pour la pratique

- Les personnes cancéreuses souffrant de dyspnée doivent recevoir un traitement opioïde au long cours, après exclusion de causes réversibles.
- Chez les personnes souffrant de maladies cardiorespiratoires, les opioïdes ne devraient être utilisés que de manière réfléchie et avec retenue, en particulier dans les situations non terminales; chez les personnes en fin de vie, ils restent, tout comme les benzodiazépines, l'une des principales options médicamenteuses pour le contrôle des symptômes, en attendant que de nouvelles connaissances issues d'études soient disponibles.
- Les personnes souffrant de crises dyspnéiques ont besoin de benzodiazépines à court terme et à des doses suffisantes pour briser le cercle vicieux de l'anxiété et de la dyspnée.
- L'oxygène est indiqué uniquement chez les personnes hypoxiques.
- L'implication routinière précoce des soins palliatifs spécialisés (services de consultation, services ambulatoires, unités de soins, soins à domicile) est impérative afin d'exploiter toutes les possibilités et d'atténuer la souffrance des personnes concernées.



Références

La liste complète des références est disponible sur:
<https://smf.swisshealthweb.ch/fr/article/doi/fms.2023.1317389502>



Prof. Dr méd. Jan Gärtner
Palliativzentrum Hildegard, Basel, und
Department Klinische Forschung,
Universität Basel, Basel



PD Dr méd. Tanja Fusi-Schmidhauser
Clinica di Cure Palliative e di Supporto,
Ente Ospedaliero Cantonale (EOC),
Bellinzona e Lugano

«The Great Masquerader»

Détérioration neurologique progressive

Martina Bontognali^a, médecin diplômée; Dr méd. Livia Küchler^a; Dr méd. Tabea Sutter^b; PD Dr méd. Felicitas Hitz^b^a Medizinische Klinik, Spital Oberengadin, Samedan; ^b Klinik für Medizinische Onkologie und Hämatologie, Kantonsspital St. Gallen, St. Gallen

Contexte

L'incidence des maladies neurodégénératives et des événements cérébrovasculaires augmente parallèlement à l'âge. L'évaluation des maladies du système nerveux central (SNC), en particulier celles présentant des symptômes non spécifiques et un large éventail de diagnostics différentiels, constitue un défi particulier.

Description du cas

Anamnèse

Un patient de 57 ans a été admis en urgence pour une nouvelle crise d'épilepsie. Le patient était sous traitement antiépileptique par lévétiracétam, après avoir déjà été victime d'une crise d'épilepsie un mois auparavant, qui avait été interprétée comme une crise précoce dans

le cadre d'un accident vasculaire cérébral cryptogénique dans la région frontale supérieure droite, avec corrélation correspondante à l'imagerie par résonance magnétique (IRM) du crâne. Une thrombolyse n'avait pas été effectuée, car la tomodensitométrie (TDM) de perfusion était normale. Depuis lors, le patient suivait une prophylaxie secondaire (acide

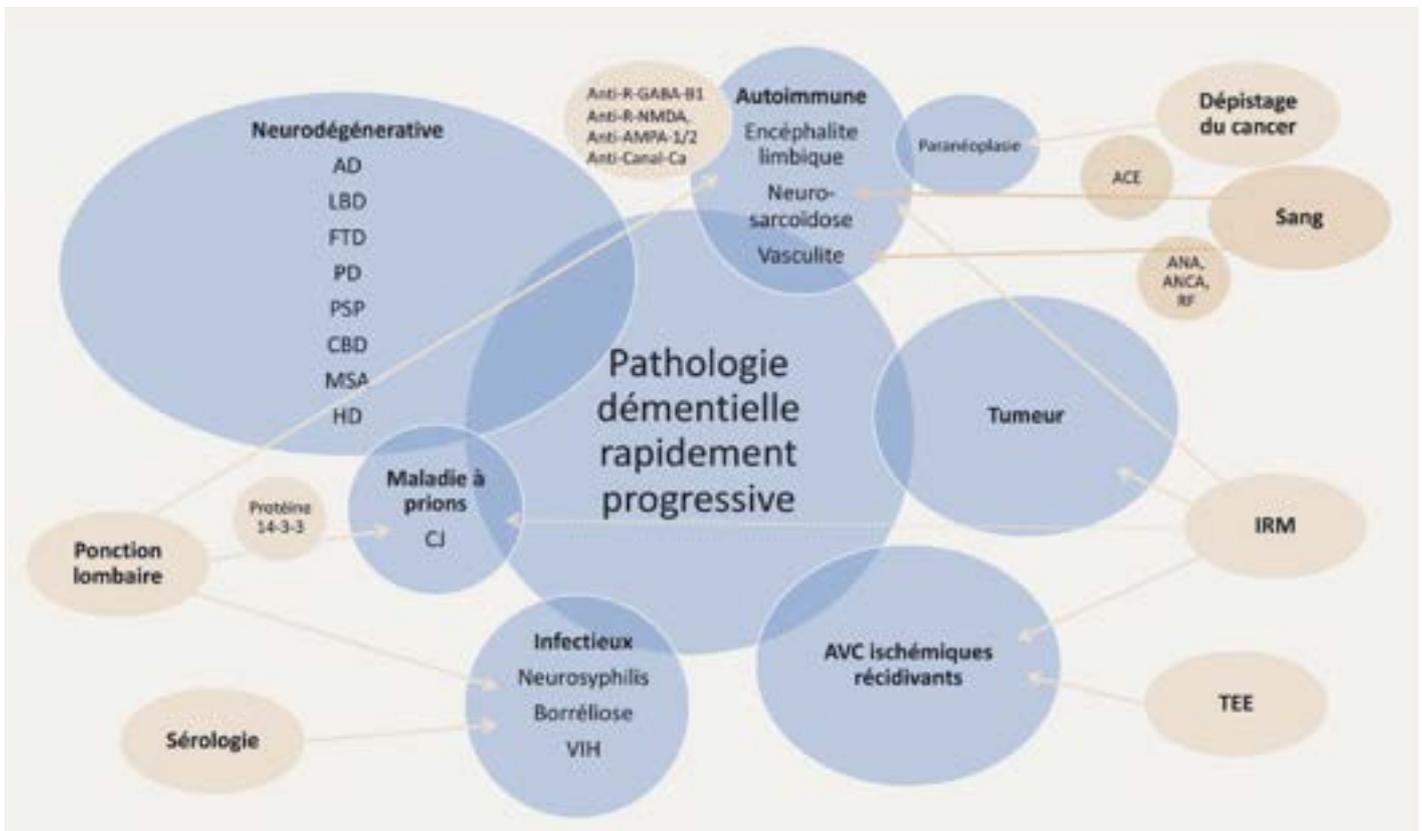


Figure 1: Diagnostics différentiels et examens en cas de démence rapidement progressive.

ACE: enzyme de conversion de l'angiotensine; AD: démence d'Alzheimer; ANA: anticorps antinucléaires; ANCA: anticorps anti-cytoplasme des polynucléaires neutrophiles; AVC: accident vasculaire cérébral; Ca: calcium; CBD: dégénérescence corticobasale; CJ: maladie de Creutzfeldt-Jakob; FTD: démence frontotemporale; HD: maladie de Huntington; VIH: virus de l'immunodéficience humaine; LBD: démence à corps de Lewy; IRM: imagerie par résonance magnétique; MSA: atrophie multisystémique; PD: maladie de Parkinson; PSP: paralysie supranucléaire progressive; RF: facteur rhumatoïde; TEE: échocardiographie transœsophagienne.

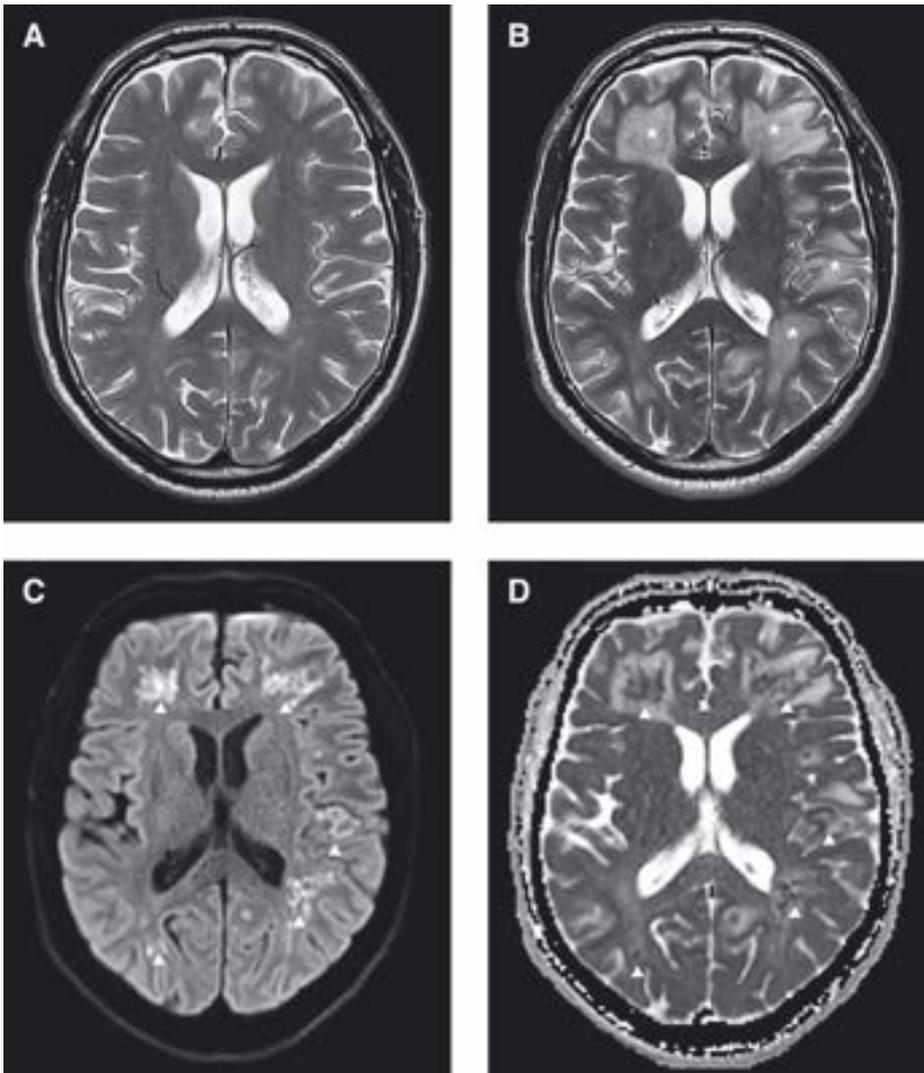


Figure 2: A/B) Imagerie par résonance magnétique en pondération T2, coupes axiales: situation lors (A) de la présentation initiale et diagnostic d'un accident vasculaire cérébral ischémique, ainsi que (B) 4 semaines plus tard, après la deuxième crise d'épilepsie, et mise en évidence d'hyperintensités multifocales rapidement progressives de la substance blanche (*). C/D) Imagerie par résonance magnétique, coupes axiales, 4 semaines après la présentation initiale, en séquence (C) pondérée en diffusion (DWI) et (D) coefficient de diffusion apparent (ADC): les pointes de flèches montrent la restriction de diffusion dans les zones pathologiques de la substance blanche.

acétylsalicylique, atorvastatine, lisinopril) et un traitement orthophonique régulier en raison d'une aphasie sensorielle fluctuante et de paraphasies. L'électroencéphalogramme réalisé en ambulatoire pour diagnostiquer une épilepsie structurale avait montré des troubles fonctionnels non spécifiques allant de la région frontale gauche à la région centrale, qui n'étaient toutefois pas corrélés à la localisation de la zone ischémique. Cette divergence n'a été identifiée que rétrospectivement.

Lors de la présentation actuelle, l'hétéro-anamnèse a révélé une détérioration des capacités cognitives avec limitation croissante des activités quotidiennes au cours du dernier mois, la compagne ayant en particulier décrit une confusion et une apraxie progressives. L'observance du traitement antiépileptique était bonne.

Examen clinique

Sur le plan clinique, le patient était stable sur le plan cardio-pulmonaire et afebrile. Il était certes amnésique vis-à-vis de l'évènement, mais était orienté dans tous les modes lors de l'examen clinique. Il n'y avait pas de déficits neurologiques focaux, mais le patient semblait globalement ralenti.

Évolution

Dans les jours ayant suivi l'hospitalisation, une évolution démentielle rapidement progressive a été objectivée, dont la cause est restée indéterminée malgré les vastes investigations diagnostiques réalisées en raison d'un large éventail de diagnostics différentiels (fig. 1).

Comme un mois plus tôt, l'analyse du liquide céphalorachidien (LCR) a uniquement montré des taux élevés de protéines, indiquant

un processus inflammatoire. Il n'y avait aucun signe de méningite bactérienne, une neuroborréliose aiguë semblait improbable en raison d'une valeur négative d'immunoglobuline M (IgM), et le LCR était négatif pour les virus herpès simplex, les virus varicelle-zona et les entérovirus. De même, les sérologies pour la syphilis et le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) étaient négatives. L'enzyme de conversion de l'angiotensine était abaissée, de sorte qu'il n'y avait pas de signes de sarcoïdose.

Une nouvelle IRM du neurocrâne a révélé, à court terme (après à peine quatre semaines), une progression des lésions non spécifiques en forme de taches du centre ovale (fig. 2).

À l'imagerie morphologique, une maladie démyélinisante (encéphalite disséminée), une neuroborréliose ou une vasculite ont été envisagées – des entités qui ont pu être exclues avec une probabilité très élevée par les analyses de laboratoire ultérieures ayant montré une sérologie rhumatoïde et une sérologie des borrélioses négatives. Malgré un profil de distribution atypique pour une encéphalite limbique, une détermination des anticorps et une recherche de tumeur par radiographie conventionnelle ont été effectuées afin de rechercher un événement paranéoplasique. Les résultats étaient sans particularité, tout comme ceux de l'échocardiographie concernant une endocardite comme source possible d'embolie à l'origine d'un événement ischémique cardio-embolique. En l'absence d'indice d'une maladie à prions (protéine 14-3-3 normale dans le LCR) et en raison de la détérioration neurologique croissante avec cognition fluctuante et hétéro-agressivité marquée, le patient a été transféré à l'hôpital central pour des examens complémentaires, en concertation avec les collègues neurologues. Un traitement empirique par aciclovir et méthylprednisolone par voie intraveineuse a été initié.

Diagnostic

La ponction lombaire a été répétée à l'hôpital central et, en l'absence d'indices d'une infection virale, le traitement par aciclovir a été arrêté par la suite. Les analyses de laboratoire n'ont permis d'objectiver qu'une augmentation non spécifique de la lactate déshydrogénase (LDH) (660 U/l); une discrète élévation des transaminases s'expliquait par le traitement antiviral administré. Pris dans leur ensemble, les résultats des examens de laboratoire et d'imagerie jusqu'alors disponibles ne permettaient pas encore d'établir un diagnostic concluant. Par conséquent, l'étape suivante a consisté à réaliser une biopsie cérébrale et méningée. La coupe histologique a montré des lymphocytes B blastiques intravasculaires abondants avec une encéphalite lymphocytaire concomitante (fig. 3), compatible avec un lymphome intravasculaire à cellules B.

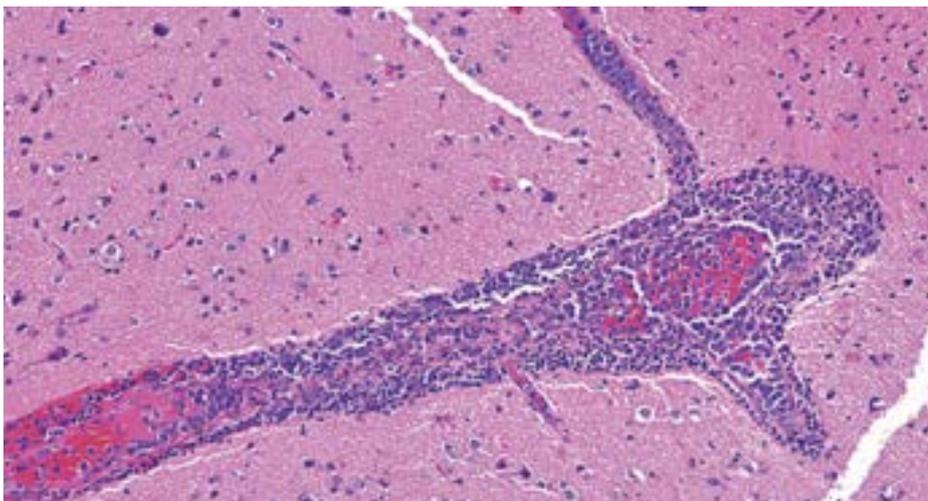


Figure 3: Coupe histologique de la biopsie du cerveau, coloration à l'hématoxyline-éosine, grossissement x100. Mise en évidence d'abondantes cellules B blastiques intravasculaires (flèche noire), avec encéphalite lymphocytaire concomitante.

Évolution ultérieure et traitement

Après avoir effectué les examens de stadification (TDM thoracique et abdominale, évaluation ophtalmologique), un traitement selon le schéma R-CHOP-14 (R: rituximab, C: cyclophosphamide, H: hydroxydaunorubicine, O: vincristine, P: prednisone/prednisolone, sur 14 jours) a été établi en collaboration avec les collègues hématologues/oncologues. Une très bonne régression de la tumeur et une amélioration des symptômes ont été observées après seulement trois cycles de chimiothérapie. L'augmentation initiale de la LDH, interprétée rétrospectivement comme étant liée au lymphome, s'est normalisée en quelques jours. Le patient a pu bénéficier d'un traitement orthophonique et ergothérapeutique intensif en ambulatoire ainsi que d'une neuroréhabilitation stationnaire. L'IRM finale après un total de six cycles de R-CHOP-14 et deux doses supplémentaires de rituximab a montré une rémission métabolique et morphologique complète.

Discussion

Le lymphome intravasculaire fait partie des «diffuse large B-cell lymphoma» (DLBCL) agressifs [1–3]. Il est très rare, les personnes ont le plus souvent >60 ans lors du diagnostic et il n'y a pas de prédominance de sexe [4]. Le lymphome est généralement limité à l'espace intravasculaire, touche les vaisseaux capillaires et veinules post-capillaires et, contrairement au DLBCL classique, les organes lymphatiques primaires ne sont pas atteints [2, 3]. Des cellules de lymphome ne sont typiquement pas trouvées dans le sang périphérique et la moelle osseuse [2, 3]. Tous les organes peuvent être touchés, mais le SNC et la peau le sont préférentiellement [2]. Une atteinte isolée du SNC,

comme chez notre patient, est rare. Les analyses sanguines révèlent majoritairement un hémogramme pathologique et, dans jusqu'à 80% des cas, des taux élevés de LDH et bêta-2-microglobuline [1].

Dans la littérature, le lymphome intravasculaire compte souvent parmi ce que l'on appelle «The Great Masqueraders», car il se manifeste par un large éventail de symptômes non spécifiques pouvant toucher différents systèmes d'organes [1]. Seul l'examen histologique déchantillons de tissus permet de poser un diagnostic définitif [4], ce qui n'est possible dans de nombreux cas que post mortem [1]. Comme il est supposé que la maladie est disséminée, le traitement repose en premier lieu sur une immunochimiothérapie selon le schéma R-CHOP, conformément aux lignes directrices sur le traitement du DLBCL [2, 5].

Correspondance

Martina Bontognali
Innere Medizin
Spital Oberengadin
Via Nouva 3
CH-7503 Samedan
bontognali.martina[at]spital.net

Remerciements

Toutes les images d'IRM sont la propriété du département de radiologie de l'hôpital de Haute-Engadine. L'image histologique provient de l'Institut de pathologie de l'Hôpital cantonal de Saint-Gall. Nos remerciements pour la mise à disposition des images.

Ethics Statement

Un consentement éclairé écrit est disponible pour la publication.



Martina Bontognali,
médecin diplômée
Medizinische Klinik, Spital Oberengadin,
Samedan

L'essentiel pour la pratique

- Le vaste diagnostic différentiel des maladies neurodégénératives représente un défi particulier pour les hôpitaux régionaux périphériques aux moyens diagnostiques limités.
- Un transfert rapide dans un hôpital central avec la possibilité d'un examen biopsique est donc nécessaire.
- Une biopsie cérébrale précoce doit être réalisée en cas de détérioration neurologique progressive, d'anomalies non spécifiques à l'imagerie par résonance magnétique et d'autres examens non concluants [1].

Conflict of Interest Statement

Les auteures ont déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts potentiels.

Références

- 1 Fischer M, Iglseider S, Stockhammer G, Pfausler B. Intravascular large B-cell lymphoma mimicking central nervous system vasculitis. *J Clin Case Rep.* 2016;6(4):767.
- 2 Ferreri AJ, Dognini GP, Bairey O, Szomor A, Montalbán C, Horvath B, et al. The addition of rituximab to anthracycline-based chemotherapy significantly improves outcome in 'Western' patients with intravascular large B-cell lymphoma. *Br J Haematol.* 2008;143(2):253–7.
- 3 Imai H, Shimada K, Shimada S, Abe M, Okamoto M, Kitamura K, et al. Comparative clinicopathological study of primary CNS diffuse large B-cell lymphoma and intravascular large B-cell lymphoma. *Pathol Int.* 2009;59(7):431–7.
- 4 Satzger I, Völker B, Kofahl-Krause D, Ganser A, Kapp A, Gutzmer R. Intravascular lymphoma: two case reports demonstrating the heterogeneity of the disease. *Hautarzt.* 2009;60(2):131–6.
- 5 Ferreri AJ, Dognini GP, Govi S, Crocchiolo R, Bouzani M, Bollinger CR, et al. Can rituximab change the usually dismal prognosis of patients with intravascular large B-cell lymphoma? *J Clin Oncol.* 2008;26(31): 5134–6.

Un problème inodore

Baisse de vigilance d'origine toxique

Dr méd. Anna Vera Reimann, Dr méd. Markus Schwendinger, Dr méd. Frieder Graulich

Interdisziplinäres Notfallzentrum, Kantonsspital Baden, Baden

Contexte

Les intoxications au monoxyde de carbone (CO) sont potentiellement fatales et sont une complication redoutée des intoxications par la fumée. Pour d'autres sources, le diagnostic est souvent moins évident en raison de symptômes non spécifiques. Le cas décrit ici montre clairement la nécessité de se renseigner activement sur une éventuelle exposition et de la rechercher, en particulier lorsque, comme dans le cadre de la pandémie de COVID-19, une autre maladie semble être au premier plan.

Présentation du cas

Anamnèse

Une patiente de 58 ans a été amenée dans notre service des urgences par les secours. Ses proches ont indiqué qu'elle avait été testée positive pour le COVID-19 la veille, suite à quoi elle s'était isolée dans sa chambre. Elle s'était plainte de fièvre, de toux et de maux de gorge, mais se portait bien au demeurant. Toutefois, le jour de son admission, elle avait dormi profondément toute la matinée et réagissait à peine à ce qu'on lui disait. De forts bruits respiratoires ont en outre été remarqués par la suite.

L'anamnèse personnelle était sans particularité, à l'exception de maux de dos chroniques et de vertiges depuis quelques mois. Les médicaments utilisés étaient le sulfate de chondroïtine sodique et le chlorhydrate de bétahistine.

Examen clinique

À leur arrivée, les ambulancières ont trouvé une patiente allongée dans son lit, souillée d'urine et de selles, avec un Glasgow Coma Score (GCS) de 14 (E3, V5, M6); elle était fébrile (39,6 °C), normotendue (133/91 mm Hg) et tachycarde (fréquence du pouls 117/min). La saturation périphérique en oxygène était de 89% en air ambiant et est passée à 96% sous 4 litres d'oxygène via des lunettes nasales.

Aux urgences, la patiente était toujours fébrile et hémodynamiquement stable, sa fréquence respiratoire était de 27/min, sa saturation périphérique en oxygène était de 96% sous 3 litres d'oxygène. La vigilance réduite était particulièrement frappante: la patiente était certes toujours éveillable à la parole, mais elle s'endormait à chaque fois après quelques secondes pendant l'entretien. Elle était orientée dans tous les modes et ne présentait pas de déficits neurologiques focaux ni de méningisme.

À l'auscultation pulmonaire, de fins crépitants bibasaux ont été détectés, l'examen clinique était au demeurant normal.

Résultats

La gazométrie artérielle réalisée immédiatement (tab. 1) a montré de manière surprenante une carboxyhémoglobine (CO-Hb) de 22,8%.

Les analyses de laboratoire n'ont pas permis de trouver d'autre explication au trouble de la vigilance: les valeurs inflammatoires, les

Tableau 1: Extrait de la gazométrie artérielle à l'admission; température 38,3 °C, 3 litres d'oxygène via des lunettes nasales

Paramètre	Résultat (valeur normale)
pCO ₂	27,4 mmHg (32-44)
pO ₂	71,8 mmHg (83-108)
Saturation en oxygène	98,1 % (95-99)
Hémoglobine totale	13,9 g/dl
Hémoglobine oxygénée	74,8 % (94-98)
Carboxyhémoglobine (Co-Hb)	22,8 % (0,5-1,5 chez les personnes non-fumeuses)*
Méthémoglobine (Met-Hb)	1,0 % (0,0-1,5)
Sodium	139 mmol/l (136-145)
Potassium	3,9 mmol/l (3,4-4,5)
Chlorure	105 mmol/l (98-106)
Calcium ionisé	1,15 mmol/l (1,15-1,29)
Glucose	7,4 mmol/l (3,9-5,8)
Lactate	1,1 mmol/l (0,5-1,6)
Créatinine	82 µmol (44-97)

* Des valeurs nettement plus élevées sont décrites chez les personnes qui fument (5-10% [1, 2], jusqu'à 15% chez les personnes fumant beaucoup [3]).

pCO₂: pression partielle du dioxyde de carbone; pO₂: pression partielle de l'oxygène.

Le cas particulier

électrolytes, l'hémogramme et les paramètres rénaux et hépatiques ne présentaient pas d'anomalies pertinentes. La tomodynamométrie n'a révélé aucune anomalie cérébrale notable et aucun infiltrat typique du COVID-19 au niveau thoracique, mais des consolidations dorso-basales bilatérales compatibles avec une aspiration. Le dépistage urinaire de drogues s'est révélé négatif.

Diagnostic

L'intoxication au CO détectée expliquait les symptômes cliniques, mais une exposition correspondante n'a pas pu être identifiée, même après une anamnèse ciblée approfondie: la patiente s'était isolée dans sa chambre depuis la veille, n'avait pas été en contact avec un incendie ou un feu, n'avait pas fait de grillades et n'avait pas fumé de pipe à eau. Il n'y avait pas de cheminée, de chauffe-eau ou de four à gaz dans son logement. Un défaut de chauffage n'était pas connu. La patiente a nié de manière crédible avoir une tendance suicidaire. Son fils vivant sous le même toit était asymptomatique et a affirmé ne présenter aucun symptôme d'intoxication au CO.

Traitement et évolution

Nous avons immédiatement débuté le traitement par oxygène à 100% via un masque à réservoir. La vigilance de la patiente s'est rapidement améliorée et elle est apparue adéquate et asymptomatique par la suite. La CO-Hb a régressé progressivement et se situait déjà à 4,5% après trois bonnes heures (fig. 1).

L'infection par le SARS-CoV-2 a évolué de manière oligosymptomatique. La pneumonie d'aspiration n'a pas été traitée par antibiotique. La patiente est rentrée chez elle dans un bon état général après une surveillance de courte durée dans l'unité de soins intermédiaires.

En raison de l'intoxication sévère au CO avec une source d'exposition inconnue, nous avons contacté Tox Info Suisse, qui a vivement recommandé de faire appel aux pompiers pour rechercher une source de CO sur place afin de protéger les autres personnes. Avec l'accord de la patiente et de ses proches, les pompiers ont contrôlé le logement le soir même et ont effectivement constaté des valeurs élevées de CO dans la chambre à coucher de la patiente. Une fuite du tuyau de chauffage passant directement devant la fenêtre de la chambre a été identifiée comme étant la source. Le CO qui s'était échappé avait probablement pénétré par la fenêtre ouverte dans la chambre où la patiente s'était isolée depuis la veille. C'est ainsi qu'elle a été victime d'une intoxication au CO importante, alors que son fils, qui vit sous le même toit, a été nettement moins exposé et est resté asymptomatique.

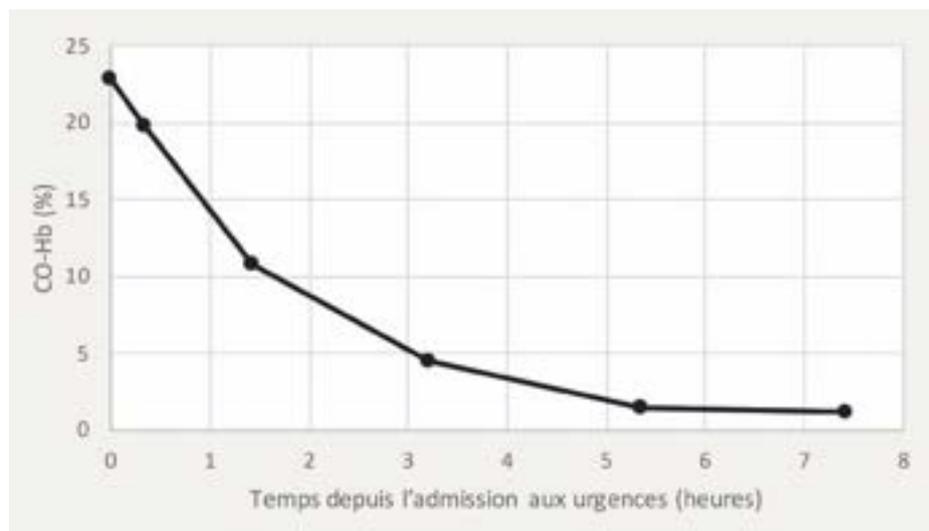


Figure 1: Diminution de la carboxyhémoglobine (CO-Hb; en %) en fonction du temps (en heures) depuis l'admission aux urgences sous traitement par oxygène à 100%.

Il n'est pas clair si les vertiges dont elle se plaignait depuis quelques mois peuvent également être attribués à une exposition au CO.

Discussion

Le CO résulte de la combustion de substances carbonées [1-3]. Outre les incendies, les sources typiques sont les cheminées, les poêles, les chauffages et les chauffe-eau défectueux, les gaz d'échappement des voitures, et les barbecues ou moteurs allumés à l'intérieur [1-3]. Le CO est aussi produit par le charbon incandescent, par exemple dans les pipes à eau, et par le stockage des pellets de bois [1, 2].

Le CO a une affinité élevée pour les hémoprotéines et se lie principalement à l'hémoglobine dans l'organisme, entraînant la formation de CO-Hb [1, 2]. La diminution de la capacité de transport de l'oxygène qui en résulte ainsi qu'un déplacement vers la gauche de la courbe de dissociation de l'oxygène entraînent une hypoxie [1]. Les effets toxiques directs du CO sur les tissus, notamment la liaison à la cytochrome-c-oxydase mitochondriale avec inhibition consécutive de la chaîne respiratoire, la production de radicaux hydroxyles et le stress oxydatif, sont également pertinents sur le plan physiopathologique [1].

Les symptômes d'une intoxication sont non spécifiques et fournissent rarement une orientation [1, 4]. Les céphalées, les vertiges, la faiblesse, les nausées et les vomissements sont fréquents tout comme, selon la sévérité, les syncopes, la dyspnée, les convulsions, le coma, les arythmies cardiaques et l'infarctus du myocarde [1-3]. Il existe en outre un risque de déficits neurologiques retardés, tels que troubles de la concentration et de la mémoire, ataxie, parkinsonisme et démence [1-3].

Le diagnostic repose sur la clinique et sur une exposition présumée ou avérée [2]. Une élévation de la CO-Hb confirme l'exposition, mais est mal corrélée à la sévérité de l'intoxication [1, 2, 5]. Selon la durée écoulée depuis l'exposition et l'oxygénothérapie déjà administrée jusqu'à la première mesure, même des valeurs normales n'excluent pas une intoxication [2, 4, 6]. La concentration de CO-Hb est déterminée par gazométrie artérielle [1, 2], mais tous les appareils d'analyse n'incluent pas de façon standard une mesure de la CO-Hb. Pour un dépistage non invasif, les nouveaux CO-oxymètres de pouls peuvent être utiles [1, 4, 5]. En revanche, les oxymètres de pouls classiques ne font pas la différence entre la CO-Hb et l'oxy-Hb, et les mesures ne sont donc pas utilisables [1, 2].

Afin d'augmenter la teneur en oxygène dans le sang et d'accélérer la dissociation du CO de l'hémoglobine, il faut administrer immédiatement de l'oxygène à 100% en cas de suspicion correspondante [1, 2]. Si les réflexes de protection sont préservés, il est possible d'utiliser un masque à réservoir bien ajusté ou une ventilation en pression positive continue (PPC) au masque [1, 2]. Les preuves en faveur de l'oxygénothérapie hyperbare sont faibles et les recommandations sont hétérogènes [1, 2].

Le CO incolore et inodore étant indétectable par les sens humains [2, 4], une exposition passe souvent inaperçue [5]. Du fait des symptômes non spécifiques, en particulier les intoxications au CO légères à modérées et les intoxications chroniques sont facilement méconnues lorsque l'anamnèse néveille pas de suspicion d'exposition [1, 3, 4]. Dans notre cas également, le diagnostic aurait pu être manqué si une gazométrie artérielle, qui a permis de détecter rapidement la valeur pathologique,

n'avait pas été effectuée immédiatement. Les symptômes se seraient tout de même améliorés grâce à la dé-exposition et à l'oxygénothérapie de soutien, et la cause de la baisse de vigilance n'aurait pas été identifiée, ou peut-être seulement lors de la réapparition des symptômes au domicile de la patiente. Avec la pandémie de COVID-19, il y avait en outre un risque d'erreur de fixation: en présence d'une infection par le SARS-CoV-2 connue et d'un score quick Sequential Organ Failure Assessment (qSOFA) de 2 points sur 3, les observations auraient aussi été compatibles avec un état septique ou, le cas échéant, avec un événement cérébral associé au COVID-19.

La prévalence des intoxications au CO est néanmoins sous-estimée, même hors pandémie [5]; il n'est pas rare que des troubles non spécifiques au service des urgences soient associés à des intoxications au CO occultes [3, 4]. Une intoxication devrait donc être envisagée dans le diagnostic différentiel en cas de céphalées inexplicables, vertiges, faiblesse, (pré)syncope, baisse de vigilance, nausées et vomissements, surtout en cas de troubles récurrents dans un endroit particulier, et les sources possibles devraient être recherchées de façon ciblée [2-5]. Si la source reste indéterminée, une inspection par les pompiers peut s'avérer nécessaire dans le cadre de la prévention des risques [2].

Correspondance

Dr méd. Anna Vera Reimann
Universitätsspital Zürich
Rämistrasse 100
CH-8091 Zürich
annavera.reimann[at]usz.ch

Ethics Statement

Un consentement éclairé écrit est disponible pour la publication.

Conflict of Interest Statement

MS a déclaré avoir reçu des honoraires pour la présentation orale «Triage et gestion de la salle de réanimation» lors de la semaine d'introduction de l'École polytechnique fédérale (EPF) de Zurich et exercer une fonction dirigeante au sein de la commission de formation et de la commission d'examen de la Société Suisse de Médecine d'Urgence et de Sauvetage (SSMUS) et de la commission scolaire de la Aargauische Fachschule für Anästhesie-, Intensiv- und Notfallpflege (AFSAIN). AVR et FG ont déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts potentiels.

Références

1 Kupferschmidt H, Degrandi C, Rauber-Lüthy C. Intoxications au monoxyde de carbone. Forum Med Suisse. 2017;17(21-22):471-5.

L'essentiel pour la pratique

- Une intoxication au monoxyde de carbone doit être envisagée dans le diagnostic différentiel en cas de symptômes non spécifiques (céphalées, vertiges, faiblesse, [pré]syncope, baisse de vigilance, nausées, vomissements), surtout en cas de troubles récurrents dans un endroit particulier non explicables par ailleurs.
- Les sources d'exposition doivent être recherchées activement lors d'un interrogatoire et, si nécessaire, avec l'aide des pompiers.
- Même en cas d'infection manifeste par le SARS-CoV-2, une vaste réflexion concernant les diagnostics différentiels est indiquée afin de ne pas manquer des diagnostics plus rares, non associés au COVID-19.

2 Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI e. V.). S2k-Leitlinie Diagnostik und Therapie der Kohlenmonoxidvergiftung. Berlin: AWMF; 2021 (consulté le 10.05.2022). Disponible sur:

<https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/040-012.html>

3 Wright J. Chronic and occult carbon monoxide poisoning: we don't know what we're missing. Emerg Med J. 2002;19(5):386-90.

4 Clarke S, Keshishian C, Murray V, Kafatos G, Ruggles R, Coultrip E, et al. Screening for carbon monoxide exposure in selected patient groups attending rural and urban emergency departments in England: a prospective observational study. BMJ Open. 2012;2(6):e000877.

5 Roth D, Schreiber W, Herkner H, Havel C. Prevalence of carbon monoxide poisoning in patients presenting to a large emergency department. Int J Clin Pract. 2014;68(10):1239-45.

6 Hampson NB, Piantadosi CA, Thom SR, Weaver LK. Practice recommendations in the diagnosis, management, and prevention of carbon monoxide poisoning. Am J Respir Crit Care Med. 2012;186(11):1095-101.



Dr méd. Anna Vera Reimann
Interdisziplinäres Notfallzentrum,
Kantonsspital Baden, Baden



© Nelosa / Dreamstime

L'année dernière également, le Swiss Medical Forum a pu compter sur la précieuse collaboration des réviseuses et réviseurs externes.

Peer-reviewing au service de l'assurance qualité

Merci beaucoup, chères réviseuses et chers réviseurs!

En tant qu'organe officiel de formation postgraduée et continue de la Fédération des médecins suisses (FMH) et en tant qu'une revue officielle de formation postgraduée et continue de la Société suisse de médecine interne générale (SSMIG), le Swiss Medical Forum des articles de formation postgraduée et continue proches de la pratique et indépendants, couvrant tout le spectre de la médecine.

Dans l'intérêt de l'assurance qualité, toutes les soumissions sont évaluées par la rédaction scientifique du SMF. Tous les articles – à l'excepti-

on des rubriques «Coup d'œil» et «Recherche», les commentaires, le courrier des lecteurs, les communications et recommandations des sociétés de discipline – sont en outre soumis à un peer-reviewing externe par des experts des disciplines concernées pour vérification du contenu, de la pertinence pratique et de la lisibilité («single blind peer-reviewing»). En tant que membre du «Committee on Publication Ethics» (COPE) et répertorié dans le «Directory of Open Access Journals» (DOAJ), le FMS répond aux exigences de l'Institut suisse pour la forma-

tion médicale postgraduée et continue (ISFM) pour une revue avec révision par les pairs.

Sans vous, chères réviseuses et chers réviseurs, cela ne serait toutefois pas possible. Nous tenons à vous remercier pour votre précieux soutien au cours de l'année écoulée et espérons pouvoir continuer à compter sur votre précieuse collaboration à l'avenir.

La rédaction scientifique Swiss Medical Forum et les Éditions médicales Suisses EMH

Révisseuses et réviseurs 2023

Nour Elhouda Abidi	Ian Fournier	Laurent Mustaki
Daniel Ackermann	Michelle Frank	Pavel Nanu
Kai-Manuel Adam	Sonia Frick	Johannes Nemeth
Daniel Aeberli	Mathilde Gavillet	Antonio Nocito
Oriane Aebischer	Baris Gencer	Andreas Nydegger
Lorenzo Alberio	Daniel Genné	Brigitte Nyfeler
Sascha Albrecht	Bernhard Gerber	Megan Pannatier
Adrian Attinger-Toller	Eric Gerstel	Alexandros Papachristofilou
John-David Aubert	Thierry Girard	Hans Pargger
Holger Auner	Alexander Gotschy	Vojtech Pavlicek
Pierre-Alexandre Bart	Michael Grob	Alejandro Pedrosa
Stephan Baumeler	Christoph Gubler	Thomas Pfammatter
Hans Jürg Beer	Gérald Gubler	Vanja Piezzi
Sarah Maïke Bernhard	Jacques Gubler	Lise Piquilloud Imboden
Cornelia Betschart	Huldrych Günthard	Albrecht W Popp
Matthias Betz	Felix Hammann	Luigi Raio Bulgheroni
Florian Bihl	Joerg Hansen	Claudia Rauh
Roland Bingisser	Barbara Hasse	Susanne Renaud
Johannes Bitzer	Hans Hirsch	Paolo Ripellino
David Blum	Cédric Hirzel	Frédéric Ris
Beata Bode-Lesniewska	Ulrich Hofmann	Biljana Rodic
Michael Paul Bodmer	Erik Holy	Alain Rudiger
Levin Bolt	Clemens Jäger	Django Russo
Oliver Bonny	Raban Jeger	Georges Savoldelli
Amélie Borgeat	Regula Jenelten	Eugen Paul Scheidegger
Matthias Bossard	Lukas Jörg	Christoph Schlag
Brigitte Brand	Hans Heinrich Jung	Dagmar Schmid
Dominique Braun	Christian P. Kamm	Roger Schmid
Stefan Breitenstein	Ludwig Kappos	Yasmin Schmid
Silvio Daniel Brugger	Daniela Karall	Marie Schneider
Philipp Karl Buehler	Andreas Kistler	Nina Schöbi
Urs Buergi	Henrik Koehler	Philipp Schütz
Martin Buess	Christian Kositz	Macé Schuurmans
Luca Calanca	Claudia Krieger-Grübel	Rahel Schwotzer
Alexandra Calmy	Hugo Kupferschmidt	Adrian Scutelnic
Cristian Camartin	Jean-Luc Kurzen	Philippe Staeger
Dominik Camenzind	Stefan Kuster	Cornelia Staehelin
Gabriele Casso	Wolf Axel Langewitz	Urs Steiner
Andreas Cerny	Sigurd Lax	Cedric Steinmann
Emanuel Christ	Beat Lehmann	Guido Stirnimann
Lisa Christ	Renato Lenherr	Artur Summerfield
Christian Clarenbach	Matthias Emanuel Liechti	Roman Sztajzel
Eugénie Colin-Benoit	Karl-Olof Lövblad	Alexander Tarnutzer
Denis Comte	Philippe Luchsinger	Christoph Thalhammer
Nicolas Coquoz	Micha Tobias Maeder	Marie Théaudin
Florim Cuculi	Vladimir Makaloski	Christine Thurnheer
Raphael Delaloye	Tobias Manigold	Roman Trepp
Florentia Dimitriou	Laura Marino	Jonathan Tschopp
Melissa Dominicé Dao	Yonas Martin	Luis Urbano
Markus Eberhard	Friedrich Medlin	Elisabeth Weber
Andreas Samuel Ebnetter	Christian Meier	Stephan Wieser
Jens Eckstein	Markus Menth	Peter Wiesli
Michael Egloff	Miesha Merati	Reiner Wiest
Anna Eichenberger	Arnaud Merglen	Bettina Winzeler
Stephan Engelberger	Anna Messmer	Michael Wissmeyer
Manfred Essig	Julian Metzler	Thomas Wolff
Steffen Eychmüller	Gabriella Milos	Walter Alfred Wuillemin
Ansgar Felbecker	Burkhard Möller	Quian Zhou
Stefan Fischli	Martin Müller	Alexander Zimmermann
Lukas Flatz	Nicolas Müller	

OFFRES ET DEMANDES D'EMPLOI

Toutes les offres et demandes d'emploi en ligne sous jobs.saez.ch

Insertionen

Inseratenannahme

EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG
Farnsburgerstrasse 8, 4132 Muttenz
Telefon 061 467 85 71
E-Mail: stellenmarkt@emh.ch
Online-Jobportal: <https://jobs.saez.ch>

Insertionspreise exkl. MWST (schwarz/weiss)

1/1 Seite/page	186 × 256 mm = CHF 3984.–
3/4 Seite/page	186 × 190 mm = CHF 3174.–
1/2 Seite/page	88 × 256 mm = CHF 2279.–
	186 × 126 mm = CHF 2279.–
3/8 Seite/page	88 × 190 mm = CHF 1874.–
5/16 Seite/page	88 × 158 mm = CHF 1579.–
1/4 Seite/page	88 × 126 mm = CHF 1299.–
	186 × 62 mm = CHF 1299.–
1/8 Seite/page	88 × 62 mm = CHF 639.–
1/16 Seite/page	88 × 30 mm = CHF 339.–

Alle Preise zuzüglich 7,7% MWST.

Online-Schaltung ab 1/4 Seite inkl.

Annahmeschluss: 14 Tage vor Erscheinen

Mediadaten: www.saez.ch/stellenmarkt

Tous les prix avec 7,7% TVA en sus.

Publication en ligne incluse à partir d'un 1/4 de page

Dernier délai: 14 jours avant parution



Oberärztin / Oberarzt 80-100%

Ihre Aufgaben

Sie übernehmen die oberärztliche Leitung einer Krisen- und Therapiestation mit Jugendlichen ab dem Alter von 12 Jahren beiderlei Geschlechts mit Störungen aus dem gesamten kinder- und jugendpsychiatrischen Spektrum (u.a. ADHS, Depressionen, suizidale Krisen, Angststörungen, Essstörungen, PTBS, Autismusspektrumsstörungen). Neben Krisenbehandlungen werden diagnostische Abklärungen und längerfristige Therapien durchgeführt.

Ihr Profil

Sie kommen aus der Schweiz oder dem EU-/EFTA-Raum, haben gute Deutschkenntnisse und arbeiten gerne mit Kindern, Jugendlichen und deren Familien. Sie sind eine Fachärztin/ein Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, verfügen über eine gute Integrationsfähigkeit und arbeiten gerne interdisziplinär im Team.

Unser Angebot

Sie finden bei uns eine abwechslungsreiche und verantwortungsvolle Tätigkeit in einem engagierten, multiprofessionellen Team. Ein umfangreiches Fort- und Weiterbildungsangebot mit finanzieller Beteiligung sowie interne und externe Supervision unterstützen Sie in Ihrer Fort- bzw. Weiterentwicklung. Es besteht die Möglichkeit zur Promotion. Unsere Klinik verfügt über ein Nachtarzsystem, Personalzimmer und eine Kindertagesstätte und liegt in einer reizvollen Landschaft zwischen dem Bodensee und den Schweizer Voralpen. Wir sind von den grösseren Städten Zürich, Winterthur, St. Gallen und Konstanz gut erreichbar.

Ihr direkter Kontakt: PD Dr. med. Lars Wöckel, MHBA, und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie Clienia Littenheid AG in Littenheid, Schweiz, erteilt Ihnen gerne weitere Auskünfte: T +41 71 929 63 18.

Wir freuen uns auf Ihre Onlinebewerbung

clenia  Führend in Psychiatrie
und Psychotherapie



175901-1-2



Rheuma?
Ich?

Sarah, 31 Jahre

Wir stärken Betroffene
in ihrem Alltag mit Rheuma.

Rheumaliga Schweiz
Ligue suisse contre le rhumatisme
Lega svizzera contro il reumatismo

GZO Spital Wetzikon

Chefarzt/In Viszeralchirurgie und Allgemeine Chirurgie 80 - 100% mit der Option der Departementleitung



Wir suchen Sie, Chefarzt/In Viszeralchirurgie und Allgemeine Chirurgie 80 - 100% mit der Option der Departementleitung nach Vereinbarung.

Das GZO Spital Wetzikon ist ein innovatives Akutspital im Zürcher Oberland mit 150 Betten und rund 900 Mitarbeitenden. Als Unternehmen mit hoher Kundenorientierung und wertschätzender Kommunikation engagieren wir uns täglich für unsere Patientinnen und Patienten. Als akademisches Lehrspital der Universität Zürich hat die kontinuierliche Fort- und Weiterbildung bei uns einen grossen Stellenwert.

Unser Chirurgisches Departement hat den Weiterbildungsstatus B3 (3 Jahre) für den Facharzttitel Chirurgie, ACT 2 für den Schwerpunkttitel Allgemein- und Traumatologie sowie V2 für den Schwerpunkttitel Viszeralchirurgie. Das Chirurgische Departement umfasst die Abteilungen «Allgemein- und Viszeralchirurgie», «Bariatric» sowie «Orthopädie und Traumatologie». Das Team umfasst aktuell eine vakante Chefarztstelle, eine Co-Chefärztin, 1 Abteilungsleiter Orthopädie, 5 Leitende Ärzte, 8 Oberärzten/-ärztinnen sowie 13 Assistenzärzten/-ärztinnen sowie administrative und medizinische (MPAs) Mitarbeitende. Über das BestCareNet besteht eine enge Vernetzung mit der Chirurgie des Kantonsspital Winterthur.

Ihre Aufgaben:

Als Chefarzt/-ärztin leiten Sie die Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie und positionieren diese als zertifizierte, innovative Weiterbildungsstätte sowie als Partner für zuweisende Ärzte und Partnerspitäler.

Sie tragen die Verantwortung für das stationäre und ambulante Leistungsangebot der Chirurgie und stellen sicher, dass die Aufträge erfüllt werden. Ebenso sind Sie für die Qualität und Wirtschaftlichkeit der erbrachten Leistungen verantwortlich.

Als Leiter/-in des Departements Chirurgie gestalten, entwickeln und positionieren Sie die operativen Bereiche sowie

die interdisziplinäre Notfallstation des GZO Spital Wetzikon. Dabei arbeiten Sie eng mit dem ärztlichen Direktor zusammen.

Ihr Profil

- Sie sind eine integrative Persönlichkeit mit Führungserfahrung (mindestens auf der Stufe Leitende/-r Arzt/Ärztin)
- Sie verfügen über den Schwerpunkttitel Viszeralchirurgie, idealerweise mit einem klinischen Schwerpunkt, wie zum Beispiel kolorektale Chirurgie.
- Die Vorbildfunktion und die Führungsaufgaben sind Ihnen wichtig. Sie pflegen einen partizipativen Führungsstil und kommunizieren gewandt und zielgruppengerecht
- Sie verstehen betriebswirtschaftliche Zusammenhänge, können entsprechende Vorgaben umsetzen und sind in der Lage Prozesse betriebswirtschaftlich zu optimieren
- Sie sind visionär veranlagt und haben Freude an der Projektarbeit. Zudem haben Sie ein Gespür für die rasante Entwicklung in den Bereichen IT, Robotik und künstliche Intelligenz
- Sie sind lokal und in der gesamten Schweiz gut vernetzt
- Die Habilitation ist von Vorteil

Unser Angebot

Wir bieten ein interessantes und vielseitiges Tätigkeitsfeld in einer fortschrittlichen, dynamischen und multiprofessionellen Arbeitsumgebung, welche von einem hohen Qualitätsbewusstsein, Respekt und Wertschätzung geprägt ist. In Zusammenarbeit mit unseren Partnerspitälern ist auch eine Aktivität in einem Bereich der hochspezialisierten Viszeralchirurgie möglich. Sie profitieren von diversen Vergünstigungen. Interne Angebote gehören ebenso zu unseren Benefits wie ein ausgezeichnetes Personalrestaurant, eine KiTa und diverse Anlässe für Mitarbeitende.

Bei Fragen steht Ihnen Herr Prof. Dr. med. Urs Eriksson, Ärztlicher Direktor, gerne zur Verfügung:

Telefon +41 (0)44 934 23 00. Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung bis am 31. Januar 2024.

Weitere Benefits finden Sie hier



176516-1-2



1^{er} employeur du canton, l'Hôpital du Valais compte 5900 collaborateurs-trices. Chaque année, 40 000 patient-e-s sont pris-e-s en charge et près de 633 000 visites ambulatoires sont assurées.

L'Hôpital du Valais cherche pour le Service de médecine du Centre Hospitalier du Centre du Valais un-e

Médecin adjoint-e spécialiste en médecine interne à 80–100%

Le Service déploie ses activités sur les sites de Sion et Martigny.

Votre mission:

- Prise en charge clinique des patients hospitalisés et ambulatoires
- Participation aux gardes du service
- Participation à la gestion du service
- Enseignement aux assistants, étudiants et personnel paramédical

Votre profil:

- Titre de spécialiste fédéral en médecine interne ou formation jugée équivalente
- Expérience de chef de clinique dans un hôpital universitaire central ou équivalent
- Bonnes connaissances de l'environnement hospitalier (praticiens installés, CMS, etc.)

Nous offrons:

- Une activité clinique intéressante et variée dans un environnement en constante évolution
- Des conditions de travail selon le statut des médecins-cadres du RSV

Seules les offres répondant au profil seront traitées.

Entrée en fonction: A convenir

Lieu de travail: Sion

Délai de postulation: 31 janvier 2024

Des renseignements complémentaires peuvent être obtenus auprès du Pr Pierre-Auguste Petignat, Chef du Service de médecine interne, +41 27 603 42 90, p-a.petignat@hopitalvs.ch ou du Dr Thomas Nierle, Directeur médical du CHVR, +41 27 603 41 32, thomas.nierle@hopitalvs.ch

Nous vous invitons à adresser votre dossier de candidature complet exclusivement sur notre site internet à la page www.hopitalvs.ch/emploi.

www.hopitalvs.ch/emploi

175841-1-2



1^{er} employeur du canton, l'Hôpital du Valais compte 5900 collaborateurs-trices. Chaque année, 40 000 patient-e-s sont pris-e-s en charge et près de 633 000 visites ambulatoires sont assurées.

L'Hôpital du Valais cherche pour le Centre Hospitalier du Valais Romand un-e

Médecin chef-fe spécialiste FMH en oncologie à 80–100%

Vos missions:

- Prise en charge clinique des patients hospitalisés et ambulatoires.
- Responsabilité d'une sous-spécialité (tumorboards, établissement des procédures cliniques et recommandation de traitements)
- Participation aux études cliniques.
- Enseignement aux chefs de clinique, médecins assistants, étudiants et personnel soignant.
- Participation à la gestion et aux projets de développement du Service.
- Participation aux piquets du service.

Votre profil:

- Titre de spécialiste FMH en oncologie depuis au moins 5 ans avec expérience de chef de clinique universitaire.
- Expérience préalable de médecin cadre dans un hôpital.
- Vaste expérience dans tous les domaines de l'oncologie.
- Expertise particulière en cancérologie digestive.
- Expérience dans la conduite et le développement d'études cliniques.
- Volonté de développer une activité institutionnelle à caractère multidisciplinaire.
- Capacité d'intégration et de leadership.

Seules les offres répondant au profil seront traitées.

Lieu de travail: Hôpital de Sion

Entrée en fonction: 1^{er} juillet 2024 ou à convenir

Délai de postulation: 31 janvier 2024

Des renseignements complémentaires peuvent être obtenus auprès du Dr Thomas Nierle, Directeur médical du Centre Hospitalier du Valais Romand, 079 523 67 29 ou thomas.nierle@hopitalvs.ch ou PD Dr Sandro Anchisi, Médecin chef de service, sandro.anchisi@hopitalvs.ch, +41 (0)27 603 86 05 ou Dr Cristina Nay Fellay, Médecin Cheffe, cristina.nayfellay@hopitalvs.ch +41 (0)27 603 43 49 ou Dr Grégoire Berthod, Médecin chef, gregoire.berthod@hopitalvs.ch, +41 (0)27 603 87 71.

Nous vous invitons à adresser votre dossier de candidature complet exclusivement sur notre site internet à la page www.hopitalvs.ch/emploi.

www.hopitalvs.ch/emploi

175841-1-2

Soziales Engagement!

Bei einem 8- bis 14-tägigen Einsatz in einem der betreuten Aufenthalte für MS-Betroffene.

Fragen? Wir freuen uns über Ihre Kontaktaufnahme: veranstaltungen@multiplesklerose.ch, Telefon 043 444 43 43

multiplesklerose.ch, Spenden & Helfen

damit es besser wird

MS Schweizerische Multiple Sklerose Gesellschaft



www.hopitalrivierachablais.ch

L'Hôpital Riviera-Chablais, Vaud-Valais (HRC), est un hôpital intercantonal de référence, qui réunit plus de 2000 collaboratrices et collaborateurs. Le Centre hospitalier de Rennaz, inauguré fin 2019, compte plus de 350 lits de soins aigus. Il est complété par deux Cliniques de gériatrie et réadaptation ainsi que deux permanences médicales. L'ensemble des collaboratrices et collaborateurs s'investissent au quotidien pour fournir une prise en charge de qualité aux patient·e·s, en incarnant les valeurs de l'institution: l'authenticité, l'exemplarité et l'innovation.

Le **Service de gynécologie-obstétrique** dispose d'une infrastructure moderne offrant une prise en charge des patientes optimale et à la pointe du progrès. Dès la planification du séjour hospitalier et jusqu'au retour à domicile, il collabore avec différents partenaires, selon les besoins: néonatalogues, pédiatres, anesthésistes, physiothérapeutes, oncologues, médecins de ville, conseiller·ère·s en santé sexuelle, sages-femmes indépendant·e·s, infirmier·ère·s de la petite enfance, le Conseil en périnatalité de PROFA (équipe de sages-femmes conseiller·ère·s et assistant·e·s sociaux·ales), la Fédération des centres SIPE et le Réseau de santé Haut-Léman.

Suite au départ de la titulaire actuelle, nous recherchons un·e:

Médecin chef-fe de service de gynécologie-obstétrique à 80-100%

Votre mission principale sera de définir et mettre en place un projet de service novateur, plaçant la prise en charge des patientes et la qualité des soins au centre de son attention, ainsi que d'assurer une gestion efficace du service.

Vos responsabilités:

- Assurer le fonctionnement, la gestion et le développement du service
- Présider le comité de direction et le comité de direction élargi du service
- Être l'interlocuteur·rice médical·e de référence du service à l'interne et à l'externe
- Coordonner les collaborations interservices et les échanges avec la direction médicale
- Développer les liens entre le service et les médecins installé·e·s
- Favoriser le développement d'un climat de travail dynamique et harmonieux, propice à la mobilisation interne et à la performance
- Assumer une activité médicale de médecin chef-fe

Votre profil:

- Un diplôme fédéral de médecin ou un diplôme délivré par un Etat membre de l'UE et reconnu par l'Office fédéral de la santé publique (MEBEKO)
- Un titre de spécialiste en gynécologie et obstétrique, ainsi qu'une formation approfondie en gynécologie obstétrique-opératoire
- Un certificat en gestion/management hospitalier ou une expérience confirmée de direction d'un service ou d'une équipe importante
- Un leadership participatif permettant le développement d'une vision du service, fédérant les acteurs internes et externes
- Une capacité à promouvoir, conduire et accompagner le changement
- Un sens des responsabilités et des compétences notamment en leadership, en communication et en négociation

Entrée en fonction:

1^{er} mai 2024 ou à convenir

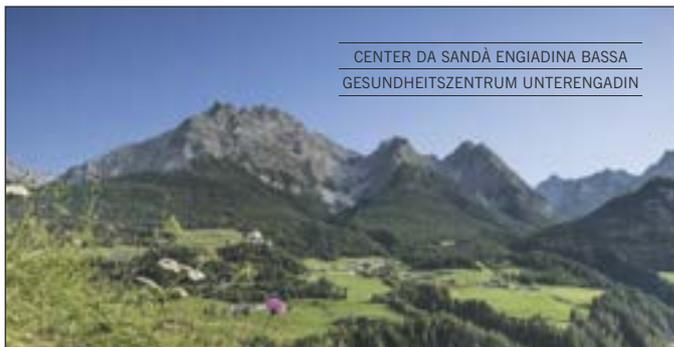
Renseignements:

Des renseignements peuvent être pris auprès du Prof. Salah Dine Qanadli, Directeur médical, par e-mail à direction.medicale@hopitalrivierachablais.ch ou par téléphone au 058 773 79 53 (secrétariat).

Candidature:

Si ce poste vous intéresse, nous vous remercions d'adresser votre dossier de candidature complet (lettre de motivation, CV, copie de diplômes et de certificats de travail), **avant le 22 janvier 2024** à l'adresse mail: emploi@hopitalrivierachablais.ch

175601-1-2



CENTER DA SANDÀ ENGIADINA BASSA
GESUNDHEITZENTRUM UNTERENGADIN

Bei uns sind Sie richtig!

Das Ospital im Unterengadin ist als Regionalspital für die medizinische Grund- und Notfallversorgung der Region zuständig. Es bietet modernste Schul- aber auch Integrativmedizin an und nimmt in der Schweiz eine Vorreiterrolle im Bereich des Patientensicherheitsmanagements ein. Es werden neben der Abteilung der Inneren Medizin die Integrative Medizin (Weiterbildungsberechtigung Kategorie C), Palliative Care, Viszeralchirurgie, Traumatologie und Orthopädie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Anästhesiologie, Schmerztherapie und Rettungsmedizin inkl. einer IMC-Station angeboten. Das Spital verfügt über modernste Infrastruktur mit CT, Gelenks-MRI, KIS, RIS, PACS inkl. fortschrittlicher telemedizinischer Lösungen sowie über einen Operationstrakt mit zwei Sälen.

Wir suchen ab **Juni 2024 oder nach Vereinbarung** eine/-n

Leitende Ärztin/Leitenden Arzt Allgemeine Innere Medizin mit FMH Kardiologie (50-100%)

Anforderungsprofil

- Facharzttitel für Allgemeine Innere Medizin oder äquivalent
- Zusätzlicher Facharzttitel Kardiologie
- Weitere Fähigkeitsausweise (z.B. Sonographie, Duplexsonographie) von Vorteil
- Teilnahme am kaderärztlichen Dienst bei einem breiten internistischen Patientengut
- Führen einer kardiologischen Praxis
- Eine kommunikative, teamorientierte Persönlichkeit, die gerne aktiv mit den Kolleginnen und Kollegen anderer Disziplinen integrativ und interprofessionell zusammenarbeitet

Oberärztin/Oberarzt FMH Innere Medizin (50-100%)

Anforderungsprofil

- Facharzttitel für Allgemeine Innere Medizin oder kurz davor
- Mitbetreuung stationärer und ambulanter Patienten (Notfallstation)
- Teilnahme am Notfalldienst der internistischen Kaderärzte mit kaderärztlichem Hintergrund
- Eine kommunikative, teamorientierte Persönlichkeit, die gerne aktiv mit den Kolleginnen und Kollegen anderer Disziplinen integrativ und interprofessionell zusammenarbeitet

Wir freuen uns sowohl über erfahrene wie auch über junge Bewerberinnen und Bewerber! Kommen Sie uns besuchen und gewinnen Sie selber einen Eindruck!

Für weitere Auskünfte steht Ihnen Chefarzt Dr. med. Marek Nemeč, Telefon +41 81 861 10 28, gerne zur Verfügung.

Gesundheitszentrum Unterengadin

Personaldienst
Via da l'Ospital 280
CH-7550 Scuol



Details unter
www.cseb.ch/jobs

175201-1-2

Modern. Menschlich. Mittendrin.



176519-1-2

Das Spital Emmental sorgt mit Spezialistinnen und Spezialisten an den beiden Spitalstandorten Burgdorf und Langnau für die hochstehende medizinische Versorgung von 150'000 Einwohnerinnen und Einwohnern – rund um die Uhr.

Für unsere Abteilung Onkologie am Standort Burgdorf suchen wir per 1. April 2024 oder nach Vereinbarung eine/einen

Stv. Leitende Ärztin/Stv. Leitenden Arzt Onkologie 60–80%

Aufgabengebiet

- Selbstständige Betreuung von Patientinnen und Patienten mit hämato-onkologischen Erkrankungen aller Organsysteme
- Aktive Teilnahme am interdisziplinären Tumorboard und durchführen von Konsilien auf den Bettenstationen
- Beteiligung am Hintergrunddienst für die Onkologie
- Konsiliarische Mitbetreuung der stationär hospitalisierten Patientinnen und Patienten aus Ihrem Patientenstamm
- Weiter beteiligen Sie sich am internen und externen Fortbildungen. Als Stv. Leitende Ärztin/Stv. Leitender Arzt Onkologie besuchen Sie zudem die Rapporte der Medizinischen Klinik

Profil

- Sie verfügen über den Facharzttitel FMH für Medizinische Onkologie oder stehen kurz vor diesem Abschluss
- Sie haben grosses Interesse an komplexen medizinisch-onkologischen Fragestellungen
- Als Kaderarzt/Kaderärztin beteiligen Sie sich gerne an der Weiterbildung von Assistenzärztinnen und -ärzten
- Sie sind eine kommunikative, teamorientierte Persönlichkeit, die einen verantwortungsvollen, patientenorientierten Umgang pflegt
- Eine rege interdisziplinäre Zusammenarbeit mit anderen Fachärzten, der Pflege und der Apotheke sind Ihnen wichtig

Wir bieten Ihnen:

- Eine anspruchsvolle und interessante Tätigkeit in einem engagierten und innovativen Onkologieteam
- Eine enge Zusammenarbeit mit Spezialistinnen/Spezialisten der Medizinischen Klinik und der Chirurgischen Kliniken
- Rege interdisziplinäre Kontakte
- Intensive Zusammenarbeit in einem gut eingespielten Onkologieteam

Auskunft:

Dr. med. Michael Bühlmann und Dr. med. Martin Waeber, Leitende Ärzte Onkologie, geben Ihnen gerne weitere Auskünfte unter der Telefonnummer 034 421 23 36.

Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung!

Spital Emmental AG
Sandra Balli
Human Resources
3400 Burgdorf
jobs@spital-emmental.ch



www.spital-emmental.ch



LEITENDER ARZT/LEITENDE ÄRZTIN RADIOLOGIE (M/W/D) I

80 % - 100 %

RADIOLOGIE IMR I SPITAL DORNACH PER 1. JUNI 2024 ODER NACH VEREINBARUNG

Ihre Aufgaben

- Befundung sämtlicher radiologischer Untersuchungen, inklusive konventionelles Röntgen, CT, MRI und Ultraschall
- Möglichkeit in der interventionellen Radiologie mitzuwirken (z.B. CT gezielte Biopsien, Schmerztherapien)
- Interdisziplinäre patientenzentrierte Dienstleistung
- Durchführung der fachspezifischen Rapporte und Offenheit für standortübergreifende Aufgaben
- Mitwirkung beim Dienstbetrieb während den Wochenenden (keine Nachdienste)

Ihr Profil

- Facharzt Radiologie oder MEBEKO-Anerkennung der ausländischen Äquivalenz sowie mehrjährige fachliche Expertise im gesamten diagnostischen und interventionellen Spektrum
- Anerkannter Schwerpunkt oder europäische Schwerpunktdiplome wünschenswert
- Kooperatives, offenes und teamorientiertes Verhalten
- Gewandtheit in der Zusammenarbeit mit klinisch tätigen Ärzt:innen
- Empathie gegenüber Patient:innen und hohe Kundenorientierung

Ihre Vorteile

- Grösster Arbeitgeber im Kanton
- Kollegiale Teams, motivierendes Arbeitsklima
- Teilzeitpensum ist möglich

Ihr Kontakt

Bei Fragen zur Stelle (Referenz 1426):
Herr Prof. Dr. Carlos Buitrago Tellez
Chefarzt IMR soH Radiologie
Tel: tel:+41326274086

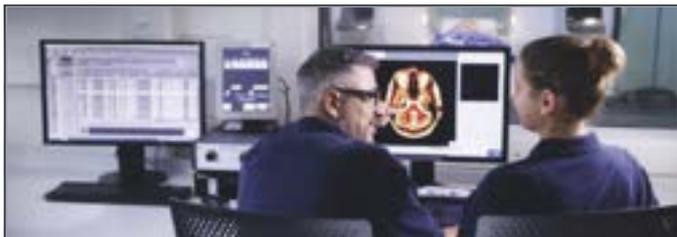
Ihre Bewerbung

stellen.soh@spital.so.ch (mit Angabe der Referenznummer 1426)

175987-1-2

Spital
Dornach

solothurner
spitäler **soH**



OBERARZT/OBERÄRZTIN RADIOLOGIE (M/W/D) | 80 % - 100 %

**RADIOLOGIE IMR | SPITAL DORNACH
PER SOFORT ODER NACH VEREINBARUNG**

Ihre Aufgaben

- Selbstständiger Einsatz in allen bildgebenden Modalitäten, u.a. Röntgen, CT, MRI und Ultraschall
- Interdisziplinäre patientenzentrierte Dienstleistung
- Vorstellung der fachspezifischen Rapporte, inkl. Tumorboard
- Mitwirkung beim Dienstbetrieb während der Wochenenden (keine Nachtdienste)

Ihr Profil

- Abgeschlossene Facharztausbildung Radiologie sowie oder kurz vor deren Erlangung oder bereits beantragte MEBEKO Anerkennung der ausländischen Äquivalenz
- Kooperatives, offenes und teamorientiertes Verhalten
- Gewandtheit in der Zusammenarbeit mit klinisch tätigen Ärzt:innen
- Empathie gegenüber Patient:innen und hohe Kundenorientierung

Ihre Vorteile

- Grösster Arbeitgeber im Kanton
- Kollegiale Teams, motivierendes Arbeitsklima
- Teilzeitpensum ist möglich

Ihr Kontakt

Bei Fragen zur Stelle (Referenz 1425):
Herr Prof. Dr. Carlos Buitrago Tellez
Chefarzt IMR soH Radiologie
Tel: tel:+41326274086

Ihre Bewerbung

stellen.soh@spital.so.ch (mit Angabe der Referenznummer 1425)

175978-1-2

www.claraspital.ch

stClaraspital

In besten Händen.

Das Claraspital, grösstes Basler Privatspital, ist ein universitäres Lehr- und Forschungsspital mit einem vollumfänglichen Leistungsauftrag für die hochspezialisierte Bauchchirurgie und überregionaler Ausstrahlung seiner Zentren «Bauch» und «Tumor» sowie seiner Spezialgebiete. Im Claraspital finden Mitarbeitende Arbeitsplätze, an denen sie sich beruflich wie auch menschlich entfalten können. Grossen Wert legen wir im Claraspital darauf, unsere Unternehmenskultur bewusst zu pflegen und weiterzuentwickeln und die gemeinsam erarbeiteten Kulturkriterien «gemeinsam – kompetent – verantwortungsbewusst» aktiv zu leben.

Zur Erweiterung unseres Teams suchen wir per 01.04.2024 oder nach Vereinbarung wir eine/n

Oberärztin / Oberarzt für die Radioonkologie 60 - 80 %

Die Radioonkologie ist ein integraler Bestandteil des Tumorzentrums und befindet sich in einem modernen Gebäude mit Tageslicht. Die Abteilung ist mit zwei Linearbeschleunigern (Varian) mit OBI (Cone beam CT) und einem CT (Philips open bore) ausgestattet. Moderne Bestrahlungstechniken wie SGRT, IGRT, DIBH, Gating, VMAT/IMRT sowie kraniale und extrakranielle Stereotaxie sind qualitätsgesichert in die klinischen Abläufe integriert. Das Behandlungsspektrum umfasst die gesamte Bandbreite onkologischer Erkrankungen.

Sie bringen mit

- Fachärztin / Facharzt für Radioonkologie
- Grosses Interesse an der Onkologie
- Interesse an einer guten, interdisziplinären Zusammenarbeit
- Kompetentes und einfühlsames Auftreten
- Kenntnisse auf dem Gebiet moderner Bestrahlungstechniken

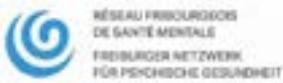
Wir bieten

- ein interessantes und vielseitiges Aufgabengebiet mit fundierter Einarbeitung
- angenehme Arbeitsatmosphäre in einem leistungsstarken und dynamischen Team
- gute Weiterbildungsmöglichkeiten

Weitere Auskünfte erteilt Ihnen gerne Herr Prof. Dr. med. Wolfgang Harms, Chefarzt Radioonkologie, T +41 61 685 82 00.

175864-1-2

Stellenmarkt / Offres et demandes d'emploi / Offerte e domande d'impiego



Pour son Centre de psychiatrie forensique (CPF), établissement de formation postgraduée en psychiatrie et psychothérapie (catégorie C) et en psychiatrie et psychothérapie forensique (catégorie D1-F), et comprenant une Unité d'expertises psychiatriques et une Unité des thérapies, le RFSM met au concours, avec entrée en fonction le 1^{er} avril 2024 ou à une date à convenir, un poste de:

Médecin Chef (fe) de clinique (50–100% pour l'Unité d'expertises psychiatriques)

Vos missions:

- Effectuer des expertises psychiatriques pénales, civiles et dans le domaine asséculologique auprès de personnes adultes et âgées;
- Selon l'expérience, participation à la construction d'une culture forensique dans le canton de Fribourg en consolidant le dialogue avec les acteurs de la chaîne pénale, à la formation et à la recherche.

Votre profil:

- Etre titulaire d'un titre FMH en psychiatrie et psychothérapie ou en voie de l'obtenir;
- Avoir une aisance rédactionnelle;
- Etre de langue maternelle française ou allemande avec de solides connaissances dans la langue partenaire;
- Avoir un intérêt pour la formation approfondie en psychiatrie et psychothérapie forensique.

Notre offre:

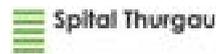
- Des conditions de travail attractives, une excellente qualité de vie dans un canton en pleine évolution démographique.
- Le soutien de votre formation postgraduée de spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et dans la formation approfondie en psychiatrie et psychothérapie forensique;
- Le soutien actif de votre développement personnel et professionnel au travers d'une politique de formation large.

Renseignements:

Prof. Dr. méd. Gothuey, Médecin-Directrice du secteur psychiatrie et psychothérapie pour des personnes adultes (☎ +41 26 308 0036 ou isabelle.gothuey@rfsm.ch) ou Dr. méd. Rigobert Hervais Kamdem, médecin adjoint responsable de l'Unité d'expertises psychiatriques (☎ +41 26 308 1511 ou rigobertervais.kamdem@rfsm.ch)

Votre dossier de candidature électronique, accompagné des documents usuels est à adresser **jusqu'au 11.02.2024** par le biais du lien: <https://jobs.fr.ch> (job n° 7331)

176347-1-2



Wir suchen für den Standort Frauenfeld für das Institut für Anästhesie per 1. März 2024 oder nach Vereinbarung eine/n

Oberarzt/-ärztin Anästhesie 80–100%

Das Institut für Anästhesie erbringt für ein breites operatives Spektrum rund 9000 Anästhesien pro Jahr. Wir sind eine Lehrabteilung der Universität Zürich, sowie vom SIWF anerkannte Weiterbildungsstätte für Anästhesiologie (Kat. A2; 3 Jahre), Intensivmedizin (Kat. B; 2 Jahre) und den Fähigkeitsausweis Notarzt (SGNOR).

Sie übernehmen

- Eine breite anästhesiologische Kaderarztstätigkeit inkl. Dienstbetrieb
- Betreuung unserer PatientInnen vor, während und nach Operationen
- Im Dienstbetrieb die Mitbetreuung der Intensivstation (9 Betten)

Sie bringen mit

- Titel als Fachärztin/-arzt für Anästhesiologie mit Erfahrung in den gängigen Verfahren praktischer Anästhesie inkl. Regionalanästhesie
- Zusätzliche Kenntnisse und Interesse in der Intensivmedizin
- Bereitschaft, sich mit ausgeprägtem Teamgeist gegenüber allen Mitarbeitenden des Instituts einzubringen und sich aktiv an Aus- und Weiterbildung zu beteiligen

Darauf dürfen Sie sich freuen

Wir bieten Ihnen viel Eigenverantwortung und ein breites Aufgabengebiet mit Fokus auf Teamwork. Es erwartet Sie eine moderne Infrastruktur in einem zukunftsorientierten und erfolgreichen Dienstleistungsunternehmen. Auf Wunsch mit Parkplatz, sehr guter ÖV-Anbindung, firmeneigener Kita und gutem Personalrestaurant.

Ihr/e Ansprechpartner/in

«Ich freue mich, dass Sie sich für die Position interessieren und Teil des Teams werden möchten. Ihre offenen Fragen beantworte ich Ihnen jederzeit gerne.»

Prof. Dr. med. Alexander Dullenkopf

+41 58 144 75 60
Chefarzt Anästhesie

thurmed AG
Rahel Langlotz
Waldeggstrasse 8a
8501 Frauenfeld
D: +41 58 144 72 23
T: +41 58 144 72 23
rahel.langlotz@stgag.ch

Das Kantonsspital Frauenfeld stellt sich Ihnen vor

Das **Kantonsspital Frauenfeld** ist ein Unternehmen der Spital Thurgau AG. Wir sind ein Akutspital mit rund 300 Betten, bieten ein umfassendes Leistungsangebot und investieren stetig in unsere hochwertige Infrastruktur. Wir bieten Ihnen attraktive Arbeitsumgebungen, interdisziplinäre Zusammenarbeit und gezielte Entwicklungsmöglichkeiten. Zur erfolgreichen Spital Thurgau AG zählen rund 4100 Mitarbeitende an verschiedensten Unternehmensstandorten.

Wir bevorzugen Direktbewerbungen, Stellenvermittler verzichten bitte auf eine Kontaktaufnahme.

176724-1-2

**Ayez du cœur.
Aidez-nous à aider.**

La Fondation Suisse de Cardiologie encourage la recherche, conseille les patientes et patients et motive pour la prévention par la vie saine.

Merci cordialement pour votre soutien.
IBAN CH16 0900 0000 1000 0065 0
www.swissheart.ch/dons

Fondation Suisse de Cardiologie



Sie sind Feuer und Flamme für die Arbeit mit Neugeborenen, übernehmen gerne Verantwortung und können sich ein Engagement in Zürich zum nächstmöglichen Termin oder nach Vereinbarung vorstellen?

Dann sind Sie unsere neue Oberärztin / unser neuer Oberarzt in der Klinik für Neonatologie!
Das **Arbeitspensum liegt zwischen 60 und 100%**. Eine gute Work-Life Balance ist uns wichtig!

Freuen Sie sich auf eine vielseitige klinische Tätigkeit mit einem erfahrenen Team. Gemeinsam versorgen Sie Neugeborene ab der 32. Schwangerschaftswoche im Gebärsaal, sind mitverantwortlich für unsere Neonatologie-Abteilung mit 11 Betten inklusive Betreuung von Neugeborenen und ihren Familien auf unserer Wochenbettstation und mitverantwortlich für die Ausbildung von Assistenzärzt:innen sowie Unterassistent:innen. Dazu profitieren Sie von grosszügigen Unterstützungen bei Weiterbildungen sowie weiteren **attraktiven Benefits für Mitarbeitende**.

Falls Sie Facharzt:in Pädiatrie mit Schwerpunkt Neonatologie (auch kurz vor dem Abschluss des Schwerpunktes) sind, oder einen ausländischen Titel mit Äquivalenzanerkennung, sowie gute Deutschkenntnisse mitbringen und vorteilweise Kenntnisse in der Ultraschalldiagnostik vorweisen, verzichten wir auf die weitere Auflistung von Qualifikationen und Erfahrungen. **Denn wenn Sie bis hierhin gelesen haben, wissen Sie bereits, ob Sie zu uns passen.**

Möchten Sie Ihre zukünftige Vorgesetzte gleich persönlich kennenlernen? Frau Prof. Dr. med. Vera Bernet, Chefarztin Neonatologie und Kinder-Permanence freut sich auf Ihre Bewerbung und steht Ihnen für nähere Auskünfte gerne zur Verfügung: T 044 397 22 25.

Über das Spital Zollikerberg

Als privates Akutspital mit öffentlichem Leistungsauftrag und 173 Betten trägt das Spital Zollikerberg zur optimalen medizinischen Versorgung des **Grossraums Zürich** bei. Jährlich behandeln wir mehr als 11000 ambulante Notfälle in unserer Kinder-Permanence und über 2200 Neugeborene erblicken bei uns das Licht der Welt.



176353-1-2

INSELSPITAL
UNIVERSITÄTSSPITAL BERN
HÔPITAL UNIVERSITAIRE DE BERNE

176355-1-2

Medizinbereich Herz / Gefäss

per 01.03.2024

Oberärztin:arzt Echokardiographie

100 %

Die Universitätsklinik für Kardiologie am Inselspital Bern, ist ein führendes Zentrum der Schweiz und Referenzzentrum für die Behandlung Herz-Gefässerkrankungen. Mit über 22.000/jährlich transthorakalen und transösophagealen Echokardiographien, einschliesslich zahlreicher Kardiomyopathien, komplexer Mehrklappenerkrankungen und einer Vielfalt seltener Herzerkrankungen, bietet unsere Klinik eine spannende Arbeitsumwelt.

Das erwartet Sie

- Supervision und Ausbildung von Assistenzärzt:innen und Sonographen in den Bereichen TTE und TEE
- Selbständige Durchführung von TEEs auf Intensivstation, Intermediate Care und in Zusammenarbeit mit der Herzanästhesie
- Selbständige Durchführung von TTEs im Ambulatorium und auf Station
- Mitwirken bei der Ausbildung der Assistenzärzt:innen
- Triage und Planung der TEE-Untersuchungen

Das bringen Sie mit

- Kommunikative und teamfähige Persönlichkeit
- Genuines Interesse für den Bereich Echokardiographie
- Titel in FMH Kardiologie, sowie mindestens 2 Jahre Erfahrung als Oberärztin:arzt in Echokardiographie
- Vertiefte Fortbildung und/oder Forschung im Bereich Echokardiographie von Vorteil
- EACVI Zertifizierungen für TTE und TEE von Vorteil
- Bisherige Tätigkeit mit Schwerpunkt Echokardiographie/Imaging in einem grösseren Spital von Vorteil

Unser Angebot

- Spannendes Arbeitsumfeld in einem Referenzzentrum für die Behandlung Herz Gefässerkrankungen
- Abwechslungsreiche Aktivitäten, die alle Facetten der fortgeschrittenen Echokardiographie umfassen
- Arbeit mit hochmodernen Maschinen, die ständig auf den neuesten Stand gebracht werden
- Teil eines jungen und dynamischen Teams werden
- Teilnahme an Forschungsprojekte und mögliche akademische Karriere

Fragen zur Stelle?

Weitere Auskünfte erteilt Ihnen gerne

PD Dr. med. Nicolas Brugger

FMH Kardiologie, FESC

Leitender Arzt Universitätsspital

Leiter Interventionelle Echokardiographie und TEE

Gerne erwarten wir Ihre vollständige Online-Bewerbung
www.inselgruppe.ch/jobs, 16139



© Rob Lewis

«Vieles ist wieder möglich nach einer Hirnverletzung. Wichtig ist der Support.»

Daniel Albrecht, Ex-Skirennfahrer



FRAGILE SUISSE

Hirnschlag, Schädel-Hirn-Trauma, Hirntumor: Eine Hirnverletzung kann alle treffen.

Hilfe für Menschen mit Hirnverletzung und Angehörige.
Helfen auch Sie! PC 80-10132-0



Da für alle.

Weil einer von zwölf einmal in seinem Leben auf die Hilfe der Rega angewiesen ist.

Gönner werden:
[rega.ch/goenner](https://www.rega.ch/goenner)

rega

Kostenlose Anzeige



Le Service médical régional (SMR Rhône) de l'Office cantonal AI du Valais est un centre de compétences médical de l'assurance-invalidité (AI). Il travaille également en faveur de l'Office AI pour les assurés résidant à l'étranger.

Suite au départ à la retraite du titulaire du poste, nous recherchons pour une entrée en fonction à convenir

Médecin Responsable du Service Médical Régional Rhône (SMR) 80 – 100%

Vos tâches

Vous êtes responsable de la conduite stratégique et opérationnelle du SMR. En collaboration avec vos deux chefs de groupe (francophone et germanophone) vous gérez une équipe d'environ 20 médecins de diverses spécialisations ainsi que le secrétariat médical. Vous garantissez que les prestations pour les offices AI soient fournies de manière efficiente et selon une unité de pratique. Vous assurez la supervision et la qualité des prestations fournies. Dans des situations complexes, vous prenez position sous l'angle médical. Vous participez également à diverses commissions et collaborez à des projets.

Votre profil

Une expérience professionnelle avérée de plusieurs années en milieu hospitalier ou en cabinet avec un titre de spécialiste FMH est requise. Vous bénéficiez également d'une solide expérience dans la conduite et la gestion d'une équipe. Vous avez de l'intérêt pour le domaine des assurances et de la réadaptation professionnelle. Vous maîtrisez les outils informatiques de base (MS Office). De langue maternelle française ou allemande, vous possédez de bonnes connaissances de l'autre langue.

Votre personnalité

Vous êtes une personne dynamique et proactive, avec un grand sens de la communication. Votre leadership naturel vous permet de gérer avec succès votre équipe. Vos excellentes compétences relationnelles vous facilitent le travail en équipe interdisciplinaire. Vous disposez de très bonnes capacités d'analyse, de synthèse et de décision. Organisé/e et résistant/e au stress, vous savez fixer et gérer les priorités avec efficacité.

Notre offre

- une activité variée avec un challenge médico-social intéressant
- un taux d'activité à convenir
- une formation spécifique et des possibilités de formation continue
- des conditions de travail modernes, incluant le télétravail
- lieu de travail: Sion (Valais)

Mme Sophie Chevolet, Responsable RH, répondra volontiers à vos questions (Tél. 027 324 96 45).

Nous nous réjouissons de recevoir votre dossier de candidature complet sous format PDF par e-mail: candidatures@vs.oai.ch jusqu'au **vendredi 26 janvier 2024**.

Délai pour offres et demandes d'emploi:
14 jours avant parution



FACHÄRZTIN / FACHARZT INNERE MEDIZIN

In der Medizinischen Klinik mit drei Bettenstationen (80 Betten), einer Medizinischen Aufnahme-Station, dem Medizinischen Ambulatorium und einer Palliative Care-Station arbeiten 28 Assistenz- und über 25 Kaderärztinnen und -ärzte aus allen Spezialgebieten der Inneren Medizin inkl. Neurologie.

Sie behandeln medizinische Patient:innen aus dem gesamten Spektrum der Inneren Medizin, arbeiten sowohl auf den Bettenstationen wie auch im Notfallzentrum, auf der Aufnahme-Station und im Ambulatorium. Sie übernehmen die Betreuung und Weiterbildung von Assistenzärztinnen und -ärzten und bringen sich aktiv in die Weiterbildung ein.

Stellenantritt 1.4.2024 oder nach Vereinbarung.

Das wartet auf Sie

- Option auf eine langfristige Zusammenarbeit mit Entwicklungsmöglichkeiten
- Möglichkeit, sich während zwei Wochen pro Jahr im Ultraschall bei erfahrenen Tutor:innen weiterzubilden
- Breites internistisches Patientengut
- Schnelle und direkte Kommunikation mit allen Spezialist:innen der Klinik
- Ein prozessoptimiertes Spital mit exzellentem Klinikinformationssystem

So werden Sie Teil unseres Teams

- Facharzttitel Allgemeine Innere Medizin oder kurz vor Abschluss
- Erfahrung im Schweizer Gesundheitswesen
- Einsatzfreude und Flexibilität
- Gute Vorbildung in der Sonografie ist von Vorteil
- Interesse an Teaching

Bei Fragen steht Ihnen Herr Dr. med. Thomas Zehnder, Chefarzt Medizin, Telefon: +41 (0)58 636 27 44 zur Verfügung.

Jetzt online bewerben
unter www.spitalstsag.ch/jobs.

spitalstsag



Für das neue Ärztezentrum in Sulgen (TG) suchen wir per 1.1.25 **Fachärzte Allgemeine Innere Medizin (40–100%)**. Profitieren Sie von der **grossen Erfahrung** der übergebenden Hausärzte, der Möglichkeit, **Mithaber/in** zu werden und der Chance, Ihr persönliches **Ärztezentrum aktiv gestalten** zu können. Das Ärztezentrum wird von den beiden Gemeinden Sulgen (TG) und Erlen (TG) aktiv gefördert.

Wenn Sie sich flexibel und selbstbestimmt entfalten möchten, sollten wir uns unbedingt kennen lernen. Sebastian Ruffer, s.ruffer@praxamed.ch, +41 76 422 03 26

176705-1-2

Zur Verstärkung unserer seit bald 50 Jahren bestehenden Praxis suchen wir einen

Allgemeinarzt in Weiterbildung

oder mit abgeschlossener Facharztausbildung in Teil / Vollzeitstellung ggf auch Partnerschaft möglich.

Praxisübernahme ohne Good Will. Andere Fachärzte mit Allgemein Med. Interesse sind willkommen.

Auf unserer Homepage www.ambu-wiesendamm.ch finden Sie mehr Informationen zu unserer Praxis.

Bei Interesse senden Sie Ihre Bewerbungsunterlagen an andreas.uhl@hin.ch

Ambulatorium Wiesendamm, 4057 Basel

167752-46/49/1-2

Ambulatorium
Wiesendamm

WIR SUCHEN

IHRE KOMPETENZ FÜR DIE GESUNDHEIT

FÜR DAS LKH VILLACH

Ärztin/Arzt für Allgemeinmedizin für die Abteilung Frauenheilkunde und Geburtshilfe



BEWERBEN SIE SICH JETZT ONLINE!

Nähere Informationen zu den aktuellen Stellenausschreibungen finden Sie unter karriere.kabeg.at

SCHAUT GUT AUS!

IHRE ZUKUNFT IN DEN
KÄRNTNER LANDESKLINIKEN

KABEG
IHRE GESUNDHEIT
UNSERE KOMPETENZ

175959-1-2



Swissmedic ist die Schweizerische Überwachungsbehörde für Arzneimittel und Medizinprodukte. Sie gewährleistet, dass nur qualitativ einwandfreie, sichere und wirksame Heilmittel in der Schweiz in Verkehr gebracht werden.

Möchten Sie am Puls neuester medizinischer Erkenntnisse und Entwicklungen arbeiten und sich als wissenschaftlich orientierte/r Mediziner/in in ein neues, spannendes Tätigkeitsgebiet einbringen? Für unsere Abteilung **Clinical Assessment** suchen wir einen

Clinical Assessor m/w (80-100%)

Ihre neue Herausforderung

Als Expertin/Experte erwartet Sie eine wissenschaftlich anspruchsvolle Aufgabe an einer hochinteressanten Schnittstelle des Gesundheitswesens. Sie begutachten die klinische Dokumentation von Arzneimittel-Entwicklungsprogrammen im Rahmen von Zulassungs-, Änderungs- und Überprüfungsverfahren. Dabei arbeiten Sie interdisziplinär in Case-Teams und stehen im Austausch mit externen Fachspezialisten.

Ihr Profil

Nach dem Abschluss Ihres Studiums in Humanmedizin haben Sie Ihre klinische Ausbildung in einem der folgenden Fachbereiche **Onkologie** oder **Hämatologie** absolviert, besitzen idealerweise einen Facharztstitel oder weisen eine äquivalente Qualifikation auf. Neben einer soliden klinischen Erfahrung bringen Sie zusätzlich Grundkenntnisse in den Methoden der klinischen Forschung oder der pharmazeutischen Industrie mit. Sie können eigenverantwortlich und fokussiert arbeiten und verfügen über eine hohe Sozialkompetenz. Ausserdem erfassen Sie komplexe Zusammenhänge rasch und arbeiten gerne interdisziplinär. Sie kommunizieren adressatengerecht in Deutsch/Französisch und in Englisch und setzen Ihre redaktionellen Fähigkeiten gerne beim Verfassen von Evaluationsberichten ein.

Wir bieten Ihnen

Eine abwechslungsreiche und anspruchsvolle Tätigkeit, in welche Sie Ihr Wissen und Ihre Erfahrung einbringen können. Sie werden über ein massgeschneidertes Einarbeitungsprogramm intensiv betreut und sorgfältig an Ihr neues Betätigungsfeld herangeführt. Ein flexibles Jahresarbeitszeitmodell und Büroäumlichkeiten in unmittelbarer Nähe vom Hauptbahnhof Bern sind Bestandteile attraktiver Anstellungsbedingungen.

Fühlen Sie sich angesprochen? Dann zögern Sie nicht, Ihre Bewerbungsunterlagen an uns zu senden.

Für telefonische Auskünfte steht Ihnen Dr. Ulrich Rohr, Einheitsleiter Clinical Assessment oder Pascale Le Stanc, Personalverantwortliche gerne zur Verfügung (Telefon +41 58 462 02 11).

Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung.

Swissmedic
Personal und Organisation
Ref. CA
Hallerstrasse 7
3012 Bern

pascale.lestanc@swissmedic.ch

175965-1-2



Swissmedic ist die Schweizerische Zulassungs- und Aufsichtsbehörde für Arzneimittel und Medizinprodukte. Das Institut gewährleistet, dass in der Schweiz nur qualitativ hochstehende, sichere und wirksame Heilmittel in Verkehr gebracht werden.

Die Abteilung Arzneimittelsicherheit begutachtet unerwünschte Arzneimittelwirkungen, klärt vermutete Risiken ab und setzt engagiert Massnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit um. Die Einheit Risk Management befasst sich mit internationalen Sicherheitsdaten; von der Planung der Überwachung neu zugelassener Medikamente über die Begutachtung der periodischen Sicherheitsberichte bis zu den Massnahmen bei dringenden Arzneimittelrisiken.

Für die **Abteilung Arzneimittelsicherheit** suchen wir per sofort oder nach Vereinbarung einen

Vigilance Assessor/in

Risk Management 80 -100%

Ihre neue Herausforderung

Als Vigilance Assessor/in Risk Management erwartet Sie eine wissenschaftlich und regulatorisch anspruchsvolle Herausforderung.

In Ihrer Funktion innerhalb der Einheit Risikomanagement begutachten Sie internationale Sicherheitssignale, Risikomanagementpläne und periodische Berichte zur Sicherheit von Arzneimitteln (PSUR/PBRER). Im Rahmen des wissenschaftlichen Verfahrensmanagements setzen Sie risikominimierende Massnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit um. Sie erstellen Publikationen zu sicherheitsrelevanten Informationen, hierzu gehört vor allem die Aufbereitung von Informationen für Fachleute und Öffentlichkeit. Sie arbeiten in interdisziplinären Teams mit anderen Abteilungen oder auch mit internationalen Partnerbehörden zusammen.

Ihr Profil

Sie haben ein Hochschulstudium der Humanmedizin oder einer vergleichbaren Disziplin (Pharmazie / Naturwissenschaften / Veterinärmedizin) erfolgreich abgeschlossen. Idealerweise konnten Sie Ihr Wissen einige Jahre in der Klinik oder der pharmazeutischen Industrie (bevorzugt Erfahrung im Bereich Arzneimittelsicherheit oder Vigilance) erweitern. Eine abgeschlossene Facharztausbildung ist von Vorteil. Kenntnisse in klinischer Pharmakologie, (Pharmako-)Epidemiologie sowie des regulatorischen Umfelds erleichtern Ihnen die Arbeit.

Sie arbeiten eigenverantwortlich und risikoorientiert. Sie erfassen komplexe Zusammenhänge rasch und arbeiten gerne interdisziplinär. Zudem sind Sie entscheidungsfreudig, initiativ und belastbar, können sich durchsetzen.

Dabei kommunizieren Sie klar und adressatengerecht in Deutsch und in einer weiteren Amtssprache (F/I) sowie in Englisch.

Wir bieten Ihnen

In einem fachlich interessanten Umfeld an der Schnittstelle von Medizin, Pharmakologie und Gesundheit bieten wir Ihnen eine selbständige, interessante und verantwortungsvolle Tätigkeit. Attraktive Anstellungsbedingungen, ein Arbeitsort in unmittelbarer Nähe zum Hauptbahnhof Bern und die Möglichkeit, einen Teil des Pensums im Homeoffice auszuüben, gehören integrierend zu dieser spannenden Tätigkeit dazu.

Fühlen Sie sich angesprochen? Dann freuen wir uns auf Ihr vollständiges Bewerbungsossier. Für telefonische Auskünfte stehen Ihnen gerne Frau Dr. Stephanie Storre, Einheitsleiterin Risk Management oder Jessica Geyer, Personalfachfrau zur Verfügung (Telefon +41 58 462 02 11).

Swissmedic
Personal und Organisation
Ref. VA RM
Hallerstrasse 7
3012 Bern

bewerbung@swissmedic.ch

176132-1-2

Séminaires et événements

17.01.2024–18.01.2024

Lucerne Course in Clinical Echocardiography

The Lucerne Course in Clinical Echocardiography is organized by the Swiss Society of Cardiology (SGK/SSC).

Verkehrshaus Luzern, Lidostrasse 5, 6006 Luzern, Schweiz
Kontakt: Nathalie Brand-Erlach
echokurs@swisscardio.ch

17.01.2024 | 08.45–18.00 Uhr

Achtsame Körperwahrnehmung und Emotionsregulation

Der Workshop vermittelt über Theorie und Selbsterfahrung einen Einblick in die achtsame Körperwahrnehmung und wie diese emotionsregulierend wirkt.

Praxis, Reflexion und klinische Fallbeispiele werden eng miteinander verbunden.

Zwischenraum (Thea Rytz), Mauerrain 5, 3012 Bern, Schweiz
Kontakt: Nicole Eisele
seminare@ikp-therapien.com

18.01.2024–19.01.2024

AGLA Kurs klinische Lipidologie

Der AGLA Kurs klinische Lipidologie vermittelt kompakt die Grundlagen des Lipidstoffwechsels und des aktuellen Wissensstands in dieser Fachdisziplin zur Diagnostik, Therapie, Langzeitbehandlung, sowie den nationalen und internationalen Empfehlungen.

Universitätsspital Zürich, Gloriastrasse 31, 8006 Zürich, Schweiz
Kontakt: Arbeitsgruppe Lipide und Atherosklerose (AGLA) der Schweizerischen Gesellschaft für Kardiologie (SGK)
registration@medworld.ch

19.01.2024–21.01.2024 | 09.00–18.00 Uhr

Seminar 8 - Frauenleiden und die Wechseljahre / Die Ernährung in der Schwangerschaft und Stillzeit

Wir besprechen im Wesentlichen alle Frauenleiden und die natürliche und diätetische Möglichkeiten zu deren Heilung. Die optimale Nahrung in der Schwangerschaft und Stillzeit, welche sich wesentlich auf die Entwicklung des Kindes auswirkt.

Lassalle-Haus, Bad Schönbrunn, 6313 Menzingen, Schweiz
Kontakt: Sieglinde Kliemen
akademie@bircher-benner.com

20.01.2024–27.01.2024

63. Winterlehrgang in St. Anton am Arlberg in Österreich

Zusatzbezeichnung Sportmedizin

Gebäude der Touristeninformation, 1. OG, Dorfstraße 8, 6580 Sankt Anton am Arlberg, Österreich
Kontakt: Silvie Schmidt-Saloff
info@sportarztverband-hessen.de

21.01.2024–23.01.2024

Lucerne Cardiovascular Course 2024

This specific course is intended to cover the therapeutic approach and the whole range of surgical techniques in type A aortic dissection. The course enables training on life-like models with pulsatile flow.

Vascular International Training Centre, 1, 6060 Sarnen, Schweiz
Kontakt: Vascular International
info@vascular-international.org

21.01.2024–23.01.2024

Lucerne Fundamentals in Vascular Surgery 2024

The Lucerne/Sarnen Fundamentals in Vascular Surgery Techniques workshop provides an excellent hands-on experience on uniquely realistic pulsatile models to perform basic open surgical techniques, arterial repair and distal bypass surgery.

Vascular International Training Centre, 1, 6060 Sarnen, Schweiz
Kontakt: Vascular International
info@vascular-international.org

22.01.2024–26.01.2024

Travellers' Health

The course will prepare you to give relevant health information to travellers and to assess travel-related problems occurring during travel and after their return with a special focus on tropical diseases.

Swiss Tropical and Public Health Institute (Swiss TPH), Kreuzstrasse 2, 4123 Allschwil, Switzerland
Kontakt: Evelyne Brodmann
courses@swisstph.ch

22.01.2024 | 08.00–21.00 Uhr

SGML24 – Laser & Procedures Zurich

The SGML24 Laser & Procedures will take for the third time at the Kunsthaus Zürich, which with 300 participants is one of the largest European laser congresses. You can expect 9 hours of lectures on laser medicine.

Kunsthaus Zürich, Heimplatz 1, 8001 Zürich, Schweiz
Kontakt: Adam Jasinski
akademie@hautwerk.ch

24.01.2024–26.01.2024

Lucerne European Vascular Master Class 2024

The masterclass workshop provides excellent hands-on experience on pulsatile realistic models to perform open straight forward and complex aortic repair, endovascular aortic reconstruction, carotid endarterectomy and distal bypass surgery.

Vascular International Training Centre, 1, 6060 Sarnen, Schweiz
Kontakt: Vascular International
info@vascular-international.org

25.01.2024 | 18.00–20.00 Uhr

Schnittstellen- und Nahtstellen-Medizin – Fortgeschrittene Tumore: Wann sind welche Therapien angezeigt?

Interdisziplinäre Fortbildung für Fachärzt:innen aus den Bereichen Innere Medizin / Hausarztmedizin und für Spezialist:innen der Onkologie, Gastroenterologie und Viszeralchirurgie.

Stadtspital Zürich Triemli, Birmensdorferstrasse, Zürich, Schweiz
Kontakt: Stadtspital Zürich Triemli
registration@medworld.ch

27.01.2024

ÖGGH Onko Wintersymposium 2024

Billrothhaus / Gesellschaft der Ärzte, Frankgasse 8, 1090 Wien, Österreich
Kontakt: Information / Sponsoring: ÖGGH-Fortbildungen, Frau Lisa Jandrnitsch
fortbildungen@media.co.at

27.01.2024–30.01.2024

24th International Meeting – Integrated Management of Acute and Chronic Cardiovascular Diseases

Austria Trend Congress Hotel Innsbruck, Rennweg 12a, 6020 Innsbruck, Österreich
 Kontakt: Tagungssekretariat: Congress and Study Concept GesmbH, Frau Mag. Franziska Beckmann
cconcept@chello.at

30.01.2024–02.02.2024

28. Jahreskongress der Österreichischen Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie

Kur- und Kongresszentrum Bad Hofgastein, Tauernplatz 1, 5630 Bad Hofgastein, Österreich
 Kontakt: Frau Irina Berger
andreas.kolk@i-med.ac.at

01.02.2024–02.02.2024

Lebertransplantationskurs 2024

Austria Trend Hotel Congress, Rennweg 12a, 6020 Innsbruck, Österreich
 Kontakt: Information / Kontakt / Sponsoring: ÖGGH Fortbildungen, Frau Lisa Jandrinitich
oeggh.fortbildungen@media.co.at

01.02.2024 | 18.00–21.00 Uhr

Funktionelle Medizin des Bewegungssystems

Die Spiraldynamik Ausbildung für Ärzte.

Kontakt: Florian Binzer
akademie@spiraldynamik.com

01.02.2024–03.02.2024

26. Internationales Endoskopie Symposium Düsseldorf

Maritim Hotel Düsseldorf, Maritim-Platz 1, 40468 Düsseldorf, Deutschland
 Kontakt: COCS GmbH - Congress Organisation C. Schäfer
endo@cocs.de

01.02.2024–02.02.2024

Expertises médicales – module 1

La formation est subdivisée en cinq modules de deux jours chacun, répartis sur 2 ans, visant à l'obtention d'un certificat. Le Module 1 doit être visité en premier et le Modul 5 en dernier. Plus d'informations vous trouverez sur notre site web.

Hôtel Alpha-Palmiers, Rue du Petit-Chêne 34, 1003 Lausanne, Schweiz
 Kontakt: Administrative Office Swiss Insurance Medicine
info@swiss-insurance-medicine.ch

02.02.2024–03.02.2024

Interdisziplinäre JAKADEMIE by Galapagos

Die Referentinnen und Referenten werden Ihnen von klinischen Studien, von Mono- und Kombinationstherapie bis zu Analysen der Registerdaten die aktuellsten Daten präsentieren und wir werden viel Zeit zum Diskutieren haben.

Scandic Hotel, Wilhelm-Leuschner-Straße 44, 60329 Frankfurt am Main, Deutschland
 Kontakt: Elvira Sommerfeld
jakademie@wikonet.de

08.02.2024 | 09.15–17.00 Uhr

Diagnostikkurs in medizinischer Parasitologie: Malaria

Neben biologischen, epidemiologischen und klinischen Aspekten von Malaria-Erregern ist der Hauptteil des Kurses der Differentialdiagnostik der Plasmodien gewidmet. Eine Blinddiagnose am Ende des Kurses ermöglicht die Selbstüberprüfung.

Schweizerisches Tropen- und Public Health-Institut (Swiss TPH), Kreuzstrasse 2, 4123 Allschwil, Schweiz
 Kontakt: Ursina Mory
courses@swisstph.ch

14.02.2024–17.02.2024

WIT 2024 – 42. Wiener Intensivmedizinische Tage

AKH Wien, Währinger Gürtel 18, 1090 Wien, Österreich
 Kontakt: Tagungssekretariat: Campus GmbH
office@wit-kongress.at

14.02.2024–16.02.2024

34. Symposium Intensivmedizin + Intensivpflege

Das Symposium Intensivmedizin + Intensivpflege Bremen 2024 findet zum 34. Mal statt. Es ist das größte verbandsunabhängige Treffen

von Intensivmedizinern und -pflegern, Verwaltungsfachleuten und Industrievertretern.

Messe und Congress Centrum Bremen, Findorffstraße 101, 28215 Bremen, Deutschland
 Kontakt: Claudia Burgess
service@intensivmed.de

15.02.2024–17.02.2024

Fortbildung Klinische Onkologie 2024

Kongresszentrum Einstein, Berneggstrasse 2, 9000 St. Gallen, Schweiz
 Kontakt: Svenja Bischof
events.onkologie@kssg.ch

16.02.2024 | 09.00–18.00 Uhr

Don't Stop the Waves – Learn to Surf: Wie Achtsamkeit und Mitgefühl die Emotionsregulation fördern

In diesem Seminar werden sie vertraut mit einer Vielzahl formeller und informeller Achtsamkeits- und Mitgefühlspraktiken, die auf Erkenntnissen der wissenschaftlichen und budhistischen Psychologie beruhen.

Marriott Hotel Zürich, Neumühlequai 42, 8006 Zürich, Schweiz
 Kontakt: Nicole Eisele
seminare@ikp-therapien.com

19.02.2024 | 09.15–18.30 Uhr

Embodiment: Körperliche Ressourcen aufbauen auf Basis des Zürcher Ressourcenmodells ZRM®

In dieser Fortbildung erleben Sie die Wirkung der Körperhaltung und -bewegung auf die Psyche und erfahren, wie Sie diese massgeschneidert beeinflussen können.

IKP Zürich, Kanzleistrasse 17, 8004 Zürich, Schweiz
 Kontakt: Nicole Eisele
seminare@ikp-therapien.com



Votre manifestation manque?
 Entrez-la sur events.emh.ch

Votre manifestation doit se démarquer?
 Nous serons ravis de vous aider.
events@emh.ch

FMH SERVICES

Insertionen aufzugeben auf www.fmhjob.ch oder gegen eine Erfassungspauschale bei: FMH Consulting Services, Tel. 041 244 60 60, E-Mail: mail@fmhjob.ch.

Chiffre-Anfragen sind zu richten an E-Mail: mail@fmhjob.ch.

Konditionen auf www.fmhjob.ch.

Les annonces sont à passer sur www.fmhjob.ch ou chez: FMH Consulting Services, tél. 021 922 44 35, e-mail: mail@fmhjob.ch.

Les réponses relatives à des annonces sous chiffre sont à adresser à e-mail: mail@fmhjob.ch.

Conditions sur www.fmhjob.ch.

Praxismarkt
Marché des cabinets
Mercato studi medici

AG – Moderne und elegante Praxis für Gynäkologie und Geburtshilfe zu Übergeben – Langjährig etablierte Praxis in attraktiver Lage und perfekter ÖV Anbindung in einer Kleinstadt am Rhein. Ertragsstarke, modern und hochwertig eingerichtete, digital geführte Praxis. Eigenlabor, zwei Sonogeräte und Option auf Belegbetten vor Ort. Sehr gut eingearbeitete und freundliche MPA. Ein gleitender Übergang zur Einarbeitung wäre möglich. Ich würde mich über Ihre schriftliche Kontaktaufnahme freuen. Kontakt unter Chiffre I-41494.

AG – Praxisräume zu vermieten – Praxisräume in einem neuwertigen Gebäude in der Nähe von Lenzburg demnächst zu vermieten. Die ca 260 m² grossen Räume sind komplett ausgebaut und können mit vorhandener Einrichtung (ca 13 Jahre alt in sehr gutem Zustand) übernommen werden. Geeignet sind die Räume für verschiedene Fachrichtungen für Einzel/Doppel- oder Mehrfachpraxis. Je nach Fachrichtung können auch medizinische Geräte übernommen werden. In den Räumlichkeiten befindet sich seit 13 Jahren eine Arztpraxis, die Kartei umfasst ca 10'000 Patienten. Geeignet sind diese Räume vor allem für Allgemeinmedizin, Kindermedizin, Neurologie, Ophthalmologie oder ORL. Kontakt unter Chiffre I-41440.

BE – Ertragsstarke, helle und moderne Hausarztpraxis im Emmental an einen oder zwei Nachfolger kostenlos zu übergeben – In einer ländlichen Zentrums-Gemeinde mit viel Sonnenschein inmitten der wunderbaren Hügellandschaft des Emmentals ist per Sommer 2024 eine äusserst attraktive Praxis für Allgemeine Innere Medizin mit überdurchschnittlich vielen Patienten an einen Nachfolger (m/w) zu übergeben. Können Sie sich eine selbstständige Tätigkeit auf dem Land und doch in Stadt- und Spitalnähe vorstellen? Wir freuen uns auf Ihre Kontaktaufnahme unter Ref. 231 5056: FMH Consulting Services AG, Frau V. Rossi, Burghöhe 1, 6208 Oberkirch, E-Mail: viera.rossi@fmhconsulting.ch, Tel. 041 244 60 60.

BE – Etablierte Landarztpraxis mit Selbstdispensation und elektronischer KG in der Agglomeration von Thun – In einer ländlichen Gemeinde mit leicht erhöhter Lage und wunderschöner Landschaft östlich von Thun ist per Ende 2024 eine gepflegte Praxis für Allgemeine Innere Medizin an einen Nachfolger (m/w) zu übergeben. Die rollstuhlgängige Praxis mit traumhaftem Blick ins Grüne befindet sich an ruhiger, zentrumsnaher Lage. Es erwarten Sie: dankbare Patienten, sehr gut geregelter Notfalldienst und nicht zuletzt attraktive Verdienstmöglichkeiten. Wir freuen uns auf Ihre Kontaktaufnahme unter Ref. 231 2186: FMH Consulting Services AG, Frau V. Rossi, E-Mail: viera.rossi@fmhconsulting.ch, Tel. 041 244 60 60.

BL – Übergabe Arztpraxis / Gemeinschaftspraxis – in BL (Vorortgemeinde BS). Nach Absprache gut gepflegte Praxis günstig abzugeben. Gemeinschaftspraxis räumlich möglich (7 Zimmer). Sehr gute Bus-/Tramverbindung, mit Parkplätzen (+ für Personal Tiefgarage). Kontakt unter Chiffre I-41379.

BS – Nachfolge / Praxisübernahme in einer Ärzteteilgemeinschaft – Gesucht wird auf Herbst des kommenden Jahres 2024 oder nach Vereinbarung eine Kollegin / ein Kollege zur Übernahme meiner Praxis in einer langjährig etablierten Ärzteteilgemeinschaft in Basel. Die Gemeinschaft besteht aus drei Ärzten und einer Ärztin mit internistisch-hausärztlicher und bei mir zusätzlich rheumatologischer Tätigkeit. Wir sind vier selbstständige Praxen, vertreten uns aber in der gut eingespielten Praxis-Gemeinschaft mit seltenem Personalwechsel gegenseitig und haben grosse Patientenzustämme aus dem Breite-Quartier und ganz Basel. Gemeinsam finanziert werden allgemeine

Kosten wie Miete und Infrastruktur. Wir verfügen über grosszügige Räumlichkeiten sowie ein digitales Röntgen, neues Ultraschallgerät, modernes EKG und Spirometrie und ein ausgebautes Praxislabor. Ideal wäre die Praxisübernahme durch eine engagierte/n, selbstständige/n und doch teamfähige/n Kollegin/Kollegen, welche im Vollzeitpensum arbeiten möchte, aber auch ein Jobsharing mit z. B. je 60%-Pensum wäre gut möglich und willkommen. Kontakt E-Mail: martin.altermatt@hin.ch.

FR – Cabinet de gynécologie à remettre à Villars-sur-Glâne – Après plusieurs années d'activité en cabinet et pour cause de départ à la retraite, nous cherchons pour printemps 2025 ou avant un ou plusieurs gynécologues reprenant l'activité au cabinet. Le cabinet est très bien situé dans un centre commercial et près des transports publics. Les locaux sont spacieux, lumineux et tranquilles. Ils sont facilement accessibles aux personnes à mobilité réduite. Sur ses 250 m² le cabinet dispose d'une réception, salle d'attente, 2 salles de consultation, salle de soins, laboratoire et un OP type cabinet. La surface peut facilement accueillir deux à trois médecins en même temps. Le personnel du cabinet se réjouit de pouvoir travailler avec vous. Si possible vous disposer déjà d'une admission à pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins pour le canton de Fribourg ou vous êtes aptes à la recevoir. Etes-vous intéressé et souhaitez-vous plus d'informations, sans engagement de votre part? Veuillez nous contacter par mail et en mentionnant la réf. 231 3958 à: FMH Consulting Services AG, Monsieur Olivier Dousse, tél. 021 922 44 35, e-mail: olivier.dousse@fmhconsulting.ch.

Ostschweiz – Sehr attraktive und topmoderne Hausarztpraxis für mehrere Ärzte/Ärztinnen im Wahlkreis Wil zu übergeben – Für eine bestens gelegene und seit Jahren etablierte Hausarztpraxis in einer hausärztlich unterversorgten Region im Wahlkreis Wil suchen wir auf diesem Wege eine/n oder mehrere Nachfolger/Innen. Aufgrund des grossen Ausbaupotentials könnte man in der Praxis bis zu 3 Ärzte/Ärztinnen unterbringen. Das neu ausgebaute Praxiszentrum (sechs Sprechzimmer), welches im Sommer 2020 bezogen wurde, ist top modern eingerichtet und technisch auf dem neuesten Stand. Die Praxis verfügt unter anderem über eine vollelektronische Administration und ein digitales Röntgen. Der grosse und treue Patientenzustamm sowie die sehr gute Zusammenarbeit des ärztlichen und nichtärztlichen Teams sind weitere Pluspunkte dieses attraktiven Angebots. Falls wir Ihr Interesse geweckt haben, melden Sie sich bitte unter der Referenz-

nummer 1115 bei Federer & Partners, Unternehmensberatung im Gesundheitswesen AG, Mitteldorfstrasse 3, CH-5605 Dottikon, www.federer-partners.ch, E-Mail: janick.merkofer@federer-partners.ch.

SG – Praxisteil in Rapperswil zu übergeben / Nachfolge in Ärztegemeinschaft – Ab 1. Juli 2024 oder nach Vereinbarung werden infolge beruflicher Neuorientierung eines der beiden Gesellschafter Praxisräume in grosszügiger moderner Hausarztpraxis frei. Selbständig? Teilzeit? Im Angestelltenverhältnis mit Umsatzbeteiligung? Arbeitspensum frei wählbar. Auch Assistenzärzte/-innen in Weiterbildung (Lehrpraktiker-Ausweis vorhanden) sind herzlich willkommen. Denkbar ist auch ein Zusammengehen mit Fachärzten aus z.B. Psychiatrie, Neurologie, Rheumatologie. Unser offener Geist bietet Raum für individuelle Medizin. Wir freuen uns auf Deine Kontaktaufnahme unter E-Mail: christian.boesch@hin.ch.

SG – Als Hausärztinnen / Allgemeininternisten im Toggenburg leben und selbständig arbeiten – Meine Nachfolger/in(nen) erwartet eine grosszügige moderne Praxis (230 m²) mit kleinem erfahrenem Team und wachsendem Patientenstamm. POC Labor, Funktionsdiagnostiken. Notfalldienst in Zusammenarbeit mit nahegelegenen Spital. Gute Anbindung an ÖV, obligatorische Schulen vor Ort, sehr hoher Natur- und Freizeitwert. Interessenten/-innen mit entsprechender MEBEKO Anerkennung und Interesse an ländlicher Grundversorgung richten Ihre Anfragen an Brenner Treuhand AG, E-Mail: benjamin.gaemperli@brennertreuhand.ch.

SZ – Wollen Sie eine medizinisch unterversorgte Region verarzten? – Neue Praxisräume mit modernster Infrastruktur in Siebnen. Es gibt sie noch, die medizinisch unterversorgten Regionen und Ortschaften in der Schweiz. Dazu gehört Siebnen SZ. Der Marktflöcken mit über 9'000 Einwohnern und nur drei Hausärzten. An diesem Standort an 1A-Lage vermieten wir eine neu erstellte Praxis-Infrastruktur. Das Betriebskonzept sieht vor, dass nebst den Allgemeinpraktiker/innen auch Spezialärzte/-innen ihre medizinischen Leistungen anbieten können. Spezialgebiete wie Orthopädie, Pädiatrie, Gynäkologie, Kardiologie können angeboten werden. Insgesamt umfasst die Praxis 7 Untersuchungszimmer, sowie Röntgen- & Praxis-OP-Raum, Labor, Mediraum, Personalaufenthaltsraum etc. Unsere Zusammenarbeit mit dem erfahrenen Praxisentwickler und -Betreiber Enzian Health Group AG öffnet Ihnen die Tür für Ihre massgeschneiderte Betriebs- und Eigentumsstruktur. Siebnen ist das Regionalzentrum der March. Das engere Einzugsgebiet von Siebnen im Umkreis von 4 km umfasst 18'000 Einwohner. Das medizinische Angebot liegt weit hinter dem Marktpotenzial in diesem Bereich. Es gibt bis dato weder eine Praxisgemeinschaft noch eine Gruppenpraxis in Siebnen. Haben wir Sie angesprochen? Dann sollten wir uns kennenlernen. Weitere Informationen zum Konzept und Marktpotenzial erhalten Sie von Leo Jaeggi, Tel. 079 916 80 77, E-Mail: mail@leojaeggi.ch und auf www.fmhjob.ch. Wir freuen uns auf Ihre Kontaktaufnahme.

VD – Remise successive d'un cabinet de neurologie en ville de Lausanne – Médecin neurologue cherche pour son cabinet proche du centre Lausanne une succession. La remise progressive est planifiée pour une période dès fin 2025 ou plus tard. Il s'agit d'un cabinet double (partage des frais) bien établi et en pleine activité. Sur ses 150 m² le cabinet dispose d'une réception, salle d'attente, 2 bureaux de consultation et 2 salles d'examen, salle doppler, toilettes. De plus, il dispose de 2 places de parc réservés au cabinet. L'accessibilité en bus est très fa-

cile. La patientèle est fidélisée aussi grâce à la compétence et la loyauté des assistantes médicales expérimentées et appréciées. Vous reprenez un cabinet et son organisation qui fonctionne très bien. Travail assuré dès le premier jour. Si possible vous disposer déjà d'une admission à pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins pour le canton de Vaud ou vous êtes aptes à la recevoir. Etes-vous intéressé et souhaitez-vous plus d'informations? Veuillez nous contacter par écrit et en mentionnant la réf. 231 2196 à: FMH Consulting Services, Monsieur Olivier Dousse, tél. 021 922 44 35, e-mail: olivier.dousse@fmhconsulting.ch.

ZH – Praxisteil in Zürich zu übergeben – In rheumatologisch-internistischer Gemeinschaftspraxis in Zürich-Höngg werden infolge beruflicher Neuorientierung eines der Gesellschafter ab dem 01.04.2024 zwei bis drei gut eingerichtete Räume frei (12–25m²). Die Praxis ist mit öffentlichen Verkehrsmitteln sehr gut erschlossen. Offene und Tiefgaragenparkplätze sind in unmittelbarer Nähe – ebenso eine Physiotherapie und eine Apotheke. Sehr gut geeignet für Grundversorger, da nach Pensionierung mehrerer Hausärzte/-innen in diesem Stadtteil diesbezüglich Nachholbedarf besteht. Denkbar wäre auch ein Zusammengehen mit Neurologen, Chiropraktoren, Psychiatern, Gutachtern, Ergotherapeuten oder Ernährungsberatern. Gemeinsam genutzt werden können Empfang, Wartezimmer, Teeküche, Labor und digitales Röntgen. Die Krankengeschichten werden digital geführt. Kontaktadresse, E-Mail: rzh@hin.ch.

Praxispartner Angebote
Offres de partenaires de cabinet
Offerte di partner di studio medico

SZ – Kardiologe (m/w) mit eidg. Titel (3-jährig Tätig in CH) – In Kantonshauptort d. Zentralschweiz, 50–100%. Attraktive Entschädigung inkl. Umsatzbeteiligung. E-Mail: michael.pieper@gmx.ch, Tel. 077 445 84 24.

Stellenofferten
Offres d'emploi
Offerte di posti

AG – Hausarzt/-ärztin in Suhr – Die Ärztegemeinschaft Suhr bietet: Hausarztmedizin mit effizienten Abläufen, gutes Einkommen, flexible Arbeitsmodelle, wöchentliche Fortbildung, zentrale Lage, grosses Freizeitangebot in der Umgebung. Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung als Facharzt/-ärztin - Assistent/in - Praxispartner/in. www.arzt-suhr.ch; E-Mail: ivo.bugmann@hin.ch; E-Mail: juergen.martin@hin.ch.

AG – Fachärztin/Facharzt für Allgemeine Innere Medizin (50–100%) in Buchs AG – Wir suchen als weitere Verstärkung für unsere schnell wachsende hausärztliche Gruppenpraxis eine/n Fachärztin/Facharzt für Allgemeine Innere Medizin. Eine Beteiligung an der Praxis ist bei Interesse im Verlauf möglich. Unsere moderne, ärzteigene Praxis mit einem stabilen Team befindet sich in Buchs AG an zentraler Lage. Wir bieten in unserer Praxis das ganze Spektrum der Hausarztmedizin an und haben eine attraktive Ferien- und Fortbildungsregelung sowie eine zeitgemässe Entlohnung. Haben Sie Interesse? Dann melden Sie sich unverbindlich bei unserem ärztlichen Leiter Dr. med. Dominik Weber (E-Mail: d.weber@hin.ch oder Tel. 062 822 00 50). Weitere Informationen finden Sie auch auf unserer Homepage www.aerztezentrum-buchs.ch.



«Ich habe viele Fragen rund um die Gründung und Führung einer Arztpraxis – wie helfen Sie mir?»

Besuchen Sie eines der Seminare der FMH Services und lassen Sie sich sowohl bei der Gründung wie auch bei der Führung Ihrer Praxis durch unsere Fachspezialisten unterstützen.

«Créer et gérer mon propre cabinet suscite de nombreuses questions. Comment m'aidez-vous?»

FMH Services propose des séminaires à ce sujet, ainsi que le soutien d'experts compétents.



*Wir sind für Sie da!
Nous sommes là pour vous!
René Häller*

CONSULTING

FMH Consulting Services AG

Burghöhe 1
6208 Oberkirch
Tel. 041 244 60 60

Avenue d'Ouchy 66
1006 Lausanne
Tél. 021 922 44 35

mail@fmhconsulting.ch
www.fmhconsulting.ch

FMH Services – La plus grande organisation de services du corps médical

AG – Facharzt/-ärztin Dermatologie – Wir suchen eine/n Dermatologen/-in für unsere erfolgreiche Praxis in Aarau. Wir bieten ein breites Spektrum an Patienten, interdisziplinäre Zusammenarbeit mit anderen Fachärzten und eine vielseitige Infrastruktur. Unter www.arzthaus.ch finden Sie weitere Informationen. Wir würden uns über Ihre schriftliche Bewerbung und ein Kennenlernen freuen. Senden Sie bitte Ihre vollständigen Unterlagen an Martin Olsson. E-Mail: job@arzthaus.ch. Tel. 079 771 53 90.

BE – Sonnige Aussichten – Skifahren – Fondue – Matterhorn – Wir suchen per sofort oder nach Vereinbarung eine erfahrene Kollegin / einen erfahrenen Kollegen als Facharzt/-ärztin Allgemeine Innere Medizin FMH (ärztliche und/oder leitende Tätigkeit), welche/r in unserem Medizinischen Zentrum in Naters / Brig (ab Spiez: 31 Minuten, ab Thun: 40 Minuten, ab Bern: 1 h 4 Minuten), in fixem Teilzeitpensum 20–40% und/oder 100% mitarbeiten möchte. Unser topmodernes Zentrum verfügt über Ultraschall, Röntgen, Labor, Infusionen, etc. und ist mit den neusten Technologien und Geräten ausgestattet (www.medsr.ch). Wir würden uns über eine weitere Kollegin / einen weiteren Kollegen aus dem Kanton Bern sehr freuen. Für allfällige Fragen steht Ihnen Dr. med. Hermann Schmidt, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH (Tel. 078 626 83 06) ab 19.00 Uhr gerne zur Verfügung. Wir freuen uns über Ihre vollständigen Bewerbungsunterlagen per E-Mail an hr@medsr.ch. Diskretion zugesichert.

BE – Fachärztin/Facharzt Allgemeine Innere Medizin 40–100% – Unser neues modernes und familiäres Ärztehaus in der Berner Vorortsgemeinde Ittigen (www.ah-papiermuehle.ch) sucht Sie als Ärztin/Arzt (mit Facharzt/-ärztin Allgemeine Innere Medizin). Unser hochmotiviertes Team bestehend aus verschiedenen Ärztinnen/Ärzten (für Kinder und Erwachsene) und medizinischen Praxisassistentinnen betreut die Patienten mit viel Herz und Engagement. Wir freuen uns enorm auf Ihre Bewerbung per E-Mail: ah-papiermuehle@hin.ch oder Ihren Anruf (Sarah Hüsler, Tel. 079 510 23 22).

BL – Hausärztin/Hausarzt (evtl. Praxisassistent, evtl. Subspezialität) ab 30–40%: – Wir suchen zur Entlastung für eine stadtnahe lebhaft Hausarztpraxis nach Vereinbarung eine/n neue/n Kollegin/Kollegen im Anstellungsverhältnis. Wir bieten das ganze Spektrum einer Hausarztpraxis. Die Praxis ist optimal gelegen und modern eingerichtet (elektronische Krankengeschichte, volldigitales Röntgen, Labor, Selbstdispensation, grosse Lungenfunktion). Interessentinnen/Interessenten melden sich bitte unter E-Mail: m.hosch@hin.ch.

BL – Hausärztin/Hausarzt im Grünen – Die Hausarztpraxis am Gartenweg ist eine allgemeinmedizinische, digitalisierte, ärzteigene Gruppenpraxis in Gelterkinden. Wir fördern Eigenverantwortung, Kreativität und Weiterentwicklung. Ein eigenes Sprechzimmer steht zur Verfügung. Digitales Röntgen, Sonographie (Supervisor). Geregelt Arbeitszeiten. Lage in der Natur. Sehr gute Verkehrsanbindung, Gratisparkplätze. Dr. med. D. Handschin, Gartenweg 12, 4460 Gelterkinden, Tel. 061 981 20 40, E-Mail: dhandschin@hin.ch.

BS – Fachärztin/Facharzt Allgemeine Innere Medizin 40–70% in Basel – Moderne, unabhängige Hausarztpraxis mit grosszügigen, hellen Räumlichkeiten auf dem Bethesda Areal sucht per 01.05.2024 oder n.V. Fachärztin/Facharzt zur Schwangerschaftsvertretung (Team: 3 Ärzte / 4 MPAs). In Anschluss wäre eine längere Zusammenarbeit oder ein Einstieg in die Praxis (Infra-

strukturnutzung, selbstständige/r Partnerin/Partner) möglich. Wir suchen eine/n Kollegin/Kollegen mit Interesse und Engagement für die Hausarztmedizin. Das Arbeitspensum ist frei wählbar (40–70%). Wir haben eine hervorragende Arbeitsatmosphäre und flache Hierarchien. Sonographie mit Möglichkeit zur Supervision vorhanden. Für Rückfragen steht Ihnen Dr. med. Joris Budweg unter E-Mail: dr.budweg@hin.ch jederzeit zur Verfügung. Weitere Informationen unter www.hausarztzentrum-bethesda.com.

GL – Praxisassistent Allgemeine Innere Medizin 50–100% – Wir suchen eine Praxisassistentin für Allgemeine Innere Medizin. Anstellungsbeginn/-dauer gemäss gegenseitiger Absprache ab Sommer 2024. Wir sind eine SIWF zertifizierte Weiterbildungsstätte für den/die Facharzt/-ärztin Allgemeine Innere Medizin. In unserer modern eingerichteten Praxis (Labor, Röntgen, Ultraschall, Endoskopie) mit grossem, breitgefächertem Patientstamm finden Sie ein äusserst interessantes und vielseitiges Betätigungsfeld in der Grundversorgung. Telefonische Auskünfte sind möglich und erwünscht. Einen Eindruck erhalten Sie auch auf unserer Homepage: www.aerztenetstal.ch. Ihre schriftliche Bewerbung richten Sie bitte an Ärzte Netstal AG, Tschuoppstrasse 39, 8754 Netstal, Tel. 055 640 63 63, E-Mail: aerztenetstal@hin.ch.

LU – Suche Fachärztin/-arzt Innere / Allgemeine Medizin – Für unsere gut etablierte Allgemeinartzpraxis nahe bei Luzern, suchen wir zur Zusammenarbeit nach Vereinbarung eine/n junge/en Fachärztin/-arzt. Wir sind ein top motiviertes engagiertes und eingespieltes Team. Es erwartet Sie eine moderne Praxis mit zeitgemässer Einrichtung (digitales Röntgen, grosses Labor, Sonographie, Ergometrie, Apotheke, EKG, Laser, elektronische KG, etc.) Sie verfügen über ein abgeschlossenes Medizinstudium mit Facharztbildung zum Allgemeinmediziner oder Internist und bringen Erfahrung im ambulanten Bereich mit. Zu Ihren Stärken gehören eine routinierte Arbeitsweise sowie die Fähigkeit auf Menschen einzugehen. Sie sprechen fließend Deutsch und verfügen über weitere Sprachkenntnisse, dann möchten wir Sie gerne kennenlernen. Falls Sie Interesse an einer lebhaften und vielseitigen Tätigkeit haben, dann zögern Sie nicht, uns Ihre Bewerbung zuzusenden. Kontaktinformationen, E-Mail: buchhaltung@praxisdrwuest.ch, Tel. 041 320 11 52.

LU – Gesucht Ärztin/Arzt 40–100% in moderne Gruppenpraxis in Willisau – Wir sind eine ärzteigene und vielseitige Gruppenpraxis im Zentrum des Luzerner Hinterlandes. Die Praxis liegt wenige Gehminuten vom Bahnhof entfernt und momentan arbeiten sechs Ärztinnen und Ärzte in verschiedenen Teilzeit-Pensen bei uns. Zur Ergänzung unseres Teams suchen wir per sofort oder nach Vereinbarung eine Fachärztin/Facharzt für Allgemeine Innere Medizin (oder vergleichbare Ausbildung) 40–100%. Spätere Beteiligung an der Praxis möglich. Wir sind ein hochmotiviertes und aufgestelltes Team und bieten attraktive Anstellungsbedingungen. Die Praxis ist neu eingerichtet und hat modernste Infrastruktur. Was erwarten wir von Ihnen: Sie sind eine patientenorientierte motivierte Persönlichkeit mit hoher sozialer Kompetenz und etwas klinischer Erfahrung. Sie arbeiten gerne im Team und haben einen Schweizer Facharzt/-ärztin Titel oder eine vergleichbare Ausbildung. Kontakt: Hausärzte Willisau, Dr. med. Alexander von Kiparski, Allgemeine Innere Medizin FMH, Präsident Aerztenetz Luzern Land, Hausärzte Willisau, Menzbergstrasse 14a, 6130 Willisau, Tel. 041 972 66 99, E-Mail: ha-willisau@hin.ch, www.ha-willisau.ch.

LU – Leitende Ärztin / Leitender Arzt (alle) 80–100% für Gruppenpraxis in Luzern-Paulusplatz – Sie wollen 100% Medizin? Dafür stehen wir. Unsere Haus-

ärzte und Hausärztinnen betreuen ihre Patienten ganzheitlich, arbeiten in interprofessionellen Teams und entscheiden ganz im Sinne einer optimalen medizinischen Versorgung. Nun sucht unser motiviertes Team in Luzern nach Vereinbarung Sie als Leitende Ärztin / Leitender Arzt mit Facharzt/-ärztin Titel Allgemeine Innere Medizin und Flair für Personalführung und Betriebswirtschaft. Mehr zur Stelle erfahren Sie auf www.sanacare.ch/aerzte. Oder rufen Sie uns an: Claudia de Rossi, Regionenleiterin (Tel. +41 44 318 60 00, E-Mail: claudia.derossi@sanacare.ch) oder Michèle Bouvard, Personalverantwortliche (Tel. +41 52 264 05 05, E-Mail: personal@sanacare.ch).

LU – Facharzt Allgemeine Innere Medizin (alle) 60–100% für Gruppenpraxis in Luzern-Löwen-center und Paulusplatz – Sie wollen 100% Medizin? Dafür stehen wir. Als Hausarzt/-ärztin bei Sanacare betreuen Sie Ihre Patienten ganzheitlich, arbeiten in interprofessionellen Teams und entscheiden ganz im Sinne einer optimalen medizinischen Versorgung. Nun suchen unsere motivierten Teams in Luzern Sie als Arzt/Ärztin mit Facharzt/-ärztin Titel Allgemeine Innere Medizin bzw. Prakt. Arzt/Ärztin. Mehr zu den Stellen erfahren Sie auf www.sanacare.ch/aerzte. Oder rufen Sie uns an: Michèle Bouvard, Personalverantwortliche (Tel. +41 52 264 05 05, E-Mail: personal@sanacare.ch).

SG – neurologie-rapperswil.ch – Leitende/r Ärztin/Arzt. Für unsere seit ca. 20 Jahren etablierte Praxis mit Eröffnung in neuen Praxisräumlichkeiten suchen wir eine/n Fachärztin/Facharzt. Sie werden in enger Zusammenarbeit mit dem Team der Neurologie Männedorf AG den Standort Rapperswil leiten. Neben einem vielfältigen Spektrum neurologischer Diagnostik und Therapie bieten wir eine Memory Clinic an. Wir legen viel Wert auf Kollegialität und Teamarbeit, ebenso auf eine qualitativ hochwertige neurologische Versorgung. Fähigkeitsausweise für EEG, EMG und Ultraschall diagnostik von Vorteil. Zur Orientierung finden Sie uns <https://neurologie-rapperswil.ch>. Senden Sie Ihre Unterlagen gern an E-Mail: sven.richter@hin.ch.

SG – Facharzt/Fachärztin Psychiatrie und Psychotherapie – Wir suchen eine/n Psychiater/in für unsere erfolgreiche Praxis in St. Gallen. Wir bieten ein breites Spektrum an Patienten, interdisziplinäre Zusammenarbeit und ein hervorragendes Team, und würden uns über Ihre schriftliche Bewerbung freuen. Senden Sie bitte Ihre vollständigen Unterlagen an Martin Olsson, E-Mail: job@arzthaus.ch. Unter www.arzthaus.ch finden Sie weitere Informationen oder melden Sie sich unter Tel. 079 771 53 90.

SG – Facharzt/-ärztin AIM 50–100% – 'xundart', das Ärzte-eigene Netzwerk in der Region Toggenburg - Wil - Uzwil - Flawil wird im Sommer 2024 im früheren Spital Wattwil eine Hausarzt-Gruppenpraxis eröffnen. Wir suchen Kolleginnen und Kollegen mit Pioniergeist und Gestaltungsvermögen. Schlägt Ihr Herz für eine vielfältige verantwortungsvolle Grundversorgung? Wir freuen uns auf Ihre Nachricht. Für Fragen und Bewerbungen E-Mail: info@xundart.ch.

SZ – Facharzt Allgemeine Innere Medizin (alle) 60–100% für Gruppenpraxis in Schwyz – Patientenwohl statt Umsatzmaximierung? Diese Prioritäten teilen wir. Sanacare hat sich zu 100% der zeitgemässen, unabhängigen Hausarztmedizin verschrieben und betreibt schweizweit 13 Gruppenpraxen. Nun sucht unser motiviertes Team in Schwyz nach Vereinbarung Sie als Arzt/Ärztin (mit Facharzt/-ärztin Titel Allgemeine Innere Medizin oder Prakt. Arzt/Ärztin). Mehr zur Stelle erfahren Sie auf:

www.sanacare.ch/aerzte. Oder rufen Sie uns an: Chantal Tromp, Leitende Ärztin (Tel. +41 41 818 20 10, E-Mail: chantal.tromp@sanacare.ch) oder Michèle Bouvard, Personalverantwortliche (Tel. +41 52 264 05 05, E-Mail: personal@sanacare.ch).

TG – Kaderärztin/Kaderarzt (a) Allgemeine Innere Medizin – Ihre Hauptaufgabe als 'Kaderarzt/Kaderärztin Allgemeine Innere Medizin' in der Rehaklinik Dussnang ist eine umfassende Abklärung, sowie Betreuung von internistischen-geriatrischen, muskuloskelettalen rheumatologischen und orthopädischen Patienten im stationären Umfeld. Eigenverantwortliche medizinische Versorgung unserer Reha-Patienten/-innen, die Bereitschaft zur interdisziplinären Zusammenarbeit im Reha-Team und die Gewährleistung einer hohen Behandlungsqualität runden das Aufgabenprofil ab. Voraussetzung für diese Stelle ist der Facharzt/Fachärztin FMH Allgemeine Innere Medizin (alternativ: MEBEKO-Anerkennung). Sie verfügen über Erfahrung in der Rehabilitation von internistisch komplexen Patienten/-innen und über gute mündliche und schriftliche Deutschkenntnisse. Für nähere Informationen wenden Sie sich an Stephan Schlamp Tel. +41 71 978 63 71.

TG – Kaderärztin/Kaderarzt (a) physikalische Medizin und Rehabilitation – Als 'Kaderarzt/-ärztin in der physikalischen Medizin und Rehabilitation' in der Rehaklinik Dussnang ist Ihre Hauptaufgabe eine umfassende Abklärung, sowie Betreuung von internistischen-geriatrischen, muskuloskelettalen rheumatologischen und orthopädischen Patienten im stationären Umfeld. Eigenverantwortliche medizinische Versorgung unserer Reha-Patienten/-innen, die Bereitschaft zur interdisziplinären Zusammenarbeit im Reha-Team und die Gewährleistung einer hohen Behandlungsqualität runden das Aufgabenprofil ab. Voraussetzung für diese Stelle ist der Facharzt/Fachärztin FMH Allgemeine Innere Medizin (alternativ: MEBEKO-Anerkennung). Sie verfügen über Erfahrung in der Rehabilitation von internistisch komplexen Patienten/-innen und über gute mündliche und schriftliche Deutschkenntnisse. Für nähere Informationen wenden Sie sich an Stephan Schlamp Tel. +41 71 978 63 71.

Zentralschweiz – Fachärztin/Facharzt für ORL gesucht – Für eine HNO-Praxis in der Zentralschweiz suchen wir nach Vereinbarung eine/n Facharzt/-ärztin ORL, vorzugsweise mit spezieller Hals- und Gesichtschirurgie in einem Pensum von 40–70%. Sie profitieren in den modernen, grosszügigen Praxisräumlichkeiten mit modernster medizintechnischer Ausstattung von attraktiven Konditionen sowie der hervorragenden Zusammenarbeit mit dem langjährig eingespielten ärztlichen und nichtärztlichen Praxisteam. Eine spätere Beteiligung/Übernahme ist nach bewährter Zusammenarbeit ebenfalls möglich. Falls Sie dieses attraktive Angebot anspricht, freuen wir uns über Ihre schriftliche Kontaktaufnahme unter der Referenznummer 2815 bei: Federer & Partners, Unternehmensberatung im Gesundheitswesen AG, Mitteldorfstrasse 3, CH-5605 Dottikon, www.federer-partners.ch, E-Mail: janick.merkofer@federer-partners.ch.

ZG – Leitende Ärztin / Leitender Arzt Allgemeine Innere Medizin – Wir suchen eine/n Leitende Ärztin / Leitenden Arzt Allgemeine Innere Medizin für unsere erfolgreiche Praxis am Bahnhof in Zug. Wir bieten interdisziplinäre Zusammenarbeit und gute Anstellungsbedingungen. Unter www.arzthaus.ch finden Sie weitere Informationen. Wir erwarten Führungserfahrung, Teamarbeit und Freude im Beruf. Gerne beantwortet

Martin Olsson Ihre Fragen unter Tel. 079 771 53 90. Wir freuen uns auf Ihre schriftliche Bewerbung an E-Mail: stellensuche@arzthaus.ch.

ZH – Facharzt/-ärztin Neurologie – Wir suchen eine/n Facharzt/-ärztin für Neurologie für unsere erfolgreiche Praxis im Zentrum von Zürich. Wir bieten interdisziplinäre Zusammenarbeit mit unseren Hausärzten und Spezialisten und gute Anstellungsbedingungen. Unter www.arzthaus.ch finden Sie weitere Informationen. Gerne beantwortet Martin Olsson Ihre Fragen unter Tel. 079 771 53 90. Wir freuen uns auf Ihre schriftliche Bewerbung an E-Mail: job@arzthaus.ch.

ZH – Winterthur: Hausärztin/Hausarzt 50–80% – Für unsere schöne Hausarztpraxis (zu dritt in Teilpensum) im zentralen und ruhigen Inneren Lind-Quartier suchen wir aufgrund einer Pensum-Reduktion eine/n Hausärztin/-arzt per 1./2. Quartal 2024 oder nach Absprache. Uns ist eine wohlwollende Zusammenarbeit und Freude an patientenorientierter Medizin wichtig. Hohe Flexibilität bzgl. Arbeitsgestaltung und Ferien möglich, sehr gut geregelter NF-Dienst. Für den Einstieg ist eine Praxisassistenz (als Weiterbildung anrechenbar bis 1 Jahr) möglich. Wir freuen uns auf Ihre Kontaktaufnahme unter: Hausarztpraxis Nelkenstrasse, Nelkenstrasse 3, 8400 Winterthur, E-Mail: nelken3@hin.ch.

ZH – Facharzt/Fachärztin Psychiatrie und Psychotherapie – Wir wollen unsere erfolgreiche Praxis am Löwenplatz in Zürich mit einem Psychiater (m/w) verstärken. Wir bieten ein breites Spektrum an Patienten und interdisziplinäre Zusammenarbeit in einem guten Team. Wir erwarten Kollegialität und Freude im Beruf und freuen uns auf Ihre Bewerbung an Dr. med. Isis Amitirigala: E-Mail: job@arzthaus.ch. Unter www.arzthaus.ch finden Sie weitere Informationen.

ZH – Facharzt/-ärztin Gynäkologie – Wir suchen eine Fachärztin für Gynäkologie für unsere erfolgreiche und zentral gelegene Praxis im Zentrum von Zürich. Wir bieten ein breites Spektrum an Patienten, interdisziplinäre Zusammenarbeit mit anderen Fachärzten und eine vielseitige Infrastruktur. Wir würden uns über Ihre schriftliche Bewerbung und ein Kennenlernen freuen. Senden Sie bitte Ihre vollständigen Unterlagen an Martin Olsson, Tel. 079 771 53 90, E-Mail: job@arzthaus.ch. Unter www.arzthaus.ch finden Sie weitere Informationen.

ZH – Winterthur - Fachärztin/Facharzt Kinder- und Jugendmedizin 60–100% – Unser Monvia Zentrum Winterthur sucht per Januar 2024 eine/n Pädiater/in, mit breiter Berufserfahrung sowie Erfahrung im Schweizer Gesundheitssystem. Ein grosses engagiertes Team unterstützt Sie bei Ihrer Arbeit, damit Sie und Ihre kleinen Patienten sich bei uns gut aufgehoben fühlen. Wir legen Wert auf unsere Monvia Kultur und ein gutes Miteinander im Team. Mehr Informationen auf www.monvia.ch/jobs oder senden Sie Ihren CV direkt an Lydia Arent (Leitende Ärztin), E-Mail: personal@monvia.ch.

ZH – Facharzt/-ärztin Gynäkologie & Geburtshilfe in moderner Praxis in Zürich – An einer gut etablierten und zentralen Lage vis-à-vis vom lebhaften Bahnhof Zürich-Oerlikon entsteht im 2024 ein gynäkologisches Kompetenzzentrum mit Grundversorgung und Spezialisierungen in den Bereichen Endometriose sowie Blasen- und Beckenbodenerkrankungen. Zur Stärkung unseres Teams suchen wir eine Fachärztin für Gynäkologie (40–100%). Unser Angebot: selbständige, spannende Tätigkeit und attraktive Honorierung. Spezielle Vereinbarungen und flexible Arbeitszeitmodelle

möglich. Ihr Profil: teamfähige Persönlichkeit mit fundiertem Fachwissen, Freude an der Arbeit mit einer modernen Einrichtung. Ihre schriftliche Bewerbung mit Unterlagen senden Sie bitte an: Herrn Dr. K. Baki, E-Mail: kbaki@permanence-oerlikon.ch.

ZH – Facharzt/-ärztin Gastroenterologie – Wir wollen unsere erfolgreichen Praxen im Zentrum von Zürich und Aarau mit einem Facharzt für Gastroenterologie (m/w) verstärken. Wir bieten interdisziplinäre Zusammenarbeit: Die internen Hausärzte überweisen und Sie endoskopieren und untersuchen in den Praxen. Der Verdienst ist umsatzabhängig. Gerne beantwortet Martin Olsson Ihre Fragen unter Tel. 079 771 53 90. Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung an E-Mail: job@arzthaus.ch.

ZH – Facharzt Allgemeine Innere Medizin (alle) 80–100% für Gruppenpraxis in Zürich-Wiedikon – Patientenwohl statt Umsatzmaximierung? Diese Prioritäten teilen wir. Sanacare hat sich zu 100% der zeitgemässen, unabhängigen Hausarztmedizin verschrieben und betreibt schweizweit 13 Gruppenpraxen. Nun sucht unser motiviertes Team in Zürich-Wiedikon nach Vereinbarung Sie als Arzt/Ärztin (mit Facharzt/Fachärztin Allgemeine Innere Medizin oder Prakt. Arzt). Mehr zur Stelle erfahren Sie auf: www.sanacare.ch/aerzte. Oder rufen Sie uns an: Dr. med. Roland Moser, Leitender Arzt (Tel. +41 44 451 04 10, E-Mail: roland.moser@sanacare.ch) oder Michèle Bouvard, Personalverantwortliche (Tel. +41 52 264 05 05, E-Mail: personal@sanacare.ch).

ZH – Winterthur: Hausärztin/Hausarzt 50–100% in Gruppenpraxis – Unabhängige, moderne Gruppen-Grundversorgerpraxis im Rosenbergquartier in Winterthur bietet spannenden und finanziell risikolosen Einstieg in das Hausarzt-/Hausärztinnenleben. Stellenantritt nach Vereinbarung. Sie bringen Empathie für unsere Patientinnen und Patienten aller Altersklassen, Kollegialität und eine fundierte Ausbildung in Allgemeiner Innerer Medizin mit. Sie suchen eine Dauerstelle in Hausarztmedizin. Sie erhalten volle Unterstützung in einer eigenverantwortlichen Tätigkeit in Teil- oder Vollzeit mit einem gut eingespielten Team. Als Lehrärzte können wir die Weiterbildung zur Fachärztin/Facharzt Allgemeine Innere Medizin bis zu einem Jahr anbieten. Wir freuen uns auf ihre Kontaktaufnahme an Dr. med. Christoph Bovet, Schaffhauserstr. 115, 8400 Winterthur, E-Mail: christoph.bovet@hin.ch, www.aerzte-am-rosenberg.ch.

ZH – Facharzt Allgemeine Innere Medizin (alle) 80–100% für Gruppenpraxis in Zürich-Oerlikon – Patientenwohl statt Umsatzmaximierung? Diese Prioritäten teilen wir. Sanacare hat sich zu 100% der zeitgemässen, unabhängigen Hausarztmedizin verschrieben und betreibt schweizweit 13 Gruppenpraxen. Nun sucht unser motiviertes Team in Zürich-Oerlikon nach Vereinbarung Sie als Arzt/Ärztin (mit Facharzt/Fachärztin Allgemeine Innere Medizin bzw. Prakt. Arzt). Mehr zur Stelle erfahren Sie auf: www.sanacare.ch/aerzte. Oder rufen Sie uns an: Dr. med. Claudia de Rossi, Leitende Ärztin (Tel. +41 44 318 60 00, E-Mail: claudia.derossi@sanacare.ch) oder Michèle Bouvard, Personalverantwortliche (Tel. +41 52 264 05 05, E-Mail: personal@sanacare.ch).

ZH – Facharzt/-ärztin Allgemeine Innere Medizin 50–100% – Wir suchen zur Verstärkung unseres Ärzteteams in Hinwil per 1.1.2024 oder nach Vereinbarung eine/n Facharzt/-ärztin Allgemeine Innere Medizin FMH. Wir bieten eine moderne Infrastruktur (digitales Röntgen, Ultraschall, Labor), sehr attraktive Anstellungsbedingungen mit Umsatzbeteiligung, einen grossen Patientenstamm sowie ein top-motiviertes Praxisteam. Berufsanfänger/-innen, Assistenzärzte/-innen kurz vor der Fach-

FMH Services – La plus grande organisation de services du corps médical

arztprüfung oder Wiedereinsteiger/innen sind gerne willkommen. Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung per E-Mail an: aerzte.hinwil@hin.ch.

ZH – Facharzt/Fachärztin Dermatologie – Für unsere moderne Praxis (500 m²) mitten im Zürcher Seefeld suchen wir eine/n sympathische/n Dermatologin/-en mit Freude an Teamarbeit, gerne mit FA. Pensum 30–100%. Erfahrung in Dermatochirurgie von Vorteil. Wir bieten das ganze Spektrum der Dermatologie, inkl. Laser, ästhetische Medizin, Allergologie u.a. an. Anerkannte Weiterbildungsstätte (C). Weitere Informationen: www.decamed.ch. Wir freuen uns auf Ihre Kontaktaufnahme per E-Mail: jobs@decamed.ch.

ZH – Facharzt/-ärztin Allgemeine Innere Medizin – Permanence Marktplatz-Oerlikon ist eine etablierte Institution für dringende Konsultationen mit verhältnismässig kurzer Präsenzzeit an zentraler Lage vis-à-vis vom lebhaften Bahnhof Zürich-Oerlikon. www.permanence-oerlikon.ch. Zur Stärkung unseres eingespielten Teams suchen wir eine/n Fachärztin/-arzt für Allgemeine Innere Medizin (40–100%). Unser Angebot: selbständige, spannende Tätigkeit, attraktive Honorierung, spezielle Vereinbarungen für Teilzeit möglich, Weiterbildungsanerkennung in FMH Allgemeine Innere Medizin gemäss Art. 43 WBO (1 Jahr). Ihr Profil: teamfähige Persönlichkeit mit fundiertem Fachwissen, Freude an der Arbeit mit modernen Hilfsmitteln. Ihre schriftliche Bewerbung mit Unterlagen senden Sie bitte an: Herrn Dr. K. Baki, Permanence Marktplatz Oerlikon, Querstrasse 15, 8050 Zürich, E-Mail: kbaki@permanence-oerlikon.ch.

ZH – Facharzt/-ärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe 40–60% – Das SIHLMED Zentrum für Integrative Medizin ist eine ambulante Institution für die allgemeine, internistische Grundversorgung. Zusätzlich bieten wir Pädiatrie, Gynäkologie und Psychiatrie, sowie ein Therapiekonzept mit Psychotherapie und Körpertherapie an. Zur Ergänzung unseres Teams suchen wir eine/n Facharzt/-ärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe. Sie verfügen über eine integrative Zusatzausbildung oder Behandlungsansätze und haben Freude an der Arbeit in einem dynamischen Team und der integrativen Zusammenarbeit? Dann freuen wir uns auf Ihre Bewerbung an E-Mail: angela.wyss@sihlmed.ch. Weitere Informationen finden Sie unter www.sihlmed.ch.

ZH – Facharzt/-ärztin für Allgemeine Innere Medizin (40–80%) und Facharzt/-ärztin für Gynäkologie (30–60%) – ab sofort oder nach Vereinbarung. Für unsere sehr gut laufende mediX Praxis in Dübendorf suchen wir eine weitere Fachärztin/Facharzt für Allgemeine Innere Medizin sowie für Gynäkologie. In unserer schönen und hellen Praxis im Zentrum von Dübendorf finden Sie ein motiviertes und sehr gut eingespieltes Team von 3 Ärzten und 4 MPAs sowie 2 Lernenden. Wir bieten ein modernes Arbeitsumfeld in einer kollegialen Atmosphäre, 40 Stunden Arbeitswoche, 5 Wochen Ferien, 1 Woche bezahlte Weiterbildung pro Jahr sowie wöchentliche QZ-Fortbildungen und eine überdurchschnittlich attraktive Vergütung sowie sehr gute Sozialleistungen. Wiedereinsteiger und Teilzeitarbeitende sind bei uns willkommen. Die Praxis gehört dem Ärztenetz mediX Zürich. Wir sind unabhängig von Krankenkassen und privaten Investoren oder Grossverteilern. Haben Sie Freude an patientenorientierter, evidenzbasierter Medizin und einem kollegialen Austausch? Schätzen Sie ein Arbeitsklima, welches durch gegenseitigen Respekt, Wertschätzung sowie Hilfsbereitschaft geprägt ist? Weitere Informationen finden Sie unter www.medix-praxis-duebendorf.ch. Wir freuen

uns auf Ihre Kontaktaufnahme per E-Mail oder Telefon. Dr. med. Margarete Schäublin, Leitende Ärztin, mediX Praxis Dübendorf, Tel. 044 802 10 00, E-Mail: margarete.schaublin@medix.ch.

Assistentenstellen Postes d'assistants Posti per medici assistenti

ZH – Assistenzarzt/-ärztin FMH Allgemeine Innere Medizin – Die mediX Gruppenpraxis ZH-Wipkingen sucht per sofort oder nach Vereinbarung eine/n Assistenzarzt/-ärztin FMH Allgemeine Innere Medizin. (Anstellung für 12 Monate, idealerweise im letzten Jahr der Weiterbildung). Pensum 80–100%. In unserer Gruppenpraxis arbeiten 33 Ärztinnen und Ärzte verschiedener Fachrichtungen unter einem Dach. Wir wünschen uns eine/einen Ärztin/Arzt, die/der den interdisziplinären Austausch schätzt und Freude an der patientenorientierten Medizin hat. Es erwartet Sie eine moderne Praxis und ein gut eingespieltes Team von erfahrenen Hausärzten. Wir freuen uns auf Ihre Kontaktaufnahme per E-Mail an: florian.christmann@medix.ch. www.medixgruppenpraxis.ch.

Praxisvertretungen Remplacements Sostituti in studio medico

ZH – Praxisvertretung in Pädiatriepraxis – Auf Grund eines Sabbaticals Pädiater/in gesucht in Kinderarztpraxis im Grossraum Zürich für 3 Wochen im August 2024 (60–90%). Kontakt unter Chiffre I-41361.

ZH – Facharzt gesucht per sofort oder nach Vereinbarung – Allgemeinarztpraxis (3 Ärzte, 1 Ärztin), Agglomeration Stadt Zürich sucht ab sofort oder nach Vereinbarung: Facharzt (m/w) für Allgemeinmedizin oder Innere Medizin 50–80% oder praktischer Arzt (m/w) für kürzere (2-4 Monate) oder längere Zeit. Flexibles Arbeitsmodell: angestellt, selbständig, Wiedereinstieg. Möglichkeit zum Aufstocken des Pensums, usw. Wir freuen uns sehr auf Ihre Kontaktaufnahme. Tel. 044 842 30 70, Frau Barone oder auf E-Mail: zentrumspraxisregensdorf@hin.ch.

Praxisgesuche Recherches de cabinets Ricerche di studi medici

Ophthalmologische Praxis in der Deutschschweiz gesucht – Für ein sehr gut ausgebildetes Augenärzte-Ehepaar suchen wir in der Deutschschweiz eine augenärztliche, im Idealfall ophthalmochirurgische Praxis, zur Übernahme. Unsere Mandanten sind bezüglich dem Übernahmepunkt flexibel, auch eine sukzessive Übernahme käme in Frage. Da primär eine alternierende Tätigkeit angestrebt wird, wäre auch eine Einzelpraxis für unsere Mandanten von Interesse. Falls Sie eine ophthalmochirurgische Praxis besitzen und die Praxisnachfolge bei Ihnen anstehen würde, freuen wir uns sehr über Ihre schriftliche Kontaktaufnahme unter der Referenz-Nr. 2945 bei: Federer & Partners Unternehmensberatung im Gesundheitswesen AG, Mitteldorfstrasse 3, 5605 Dottikon, E-Mail: janick.merkofer@federer-partners.ch.

Stellengesuche Ärzte Demandes d'emploi médecins Ricerche di posti per medici

Endokrinologie/Diabetologie – Facharzt/Fachärztin, erfahren, deutschsprachig, sucht Option zur Mitarbeit/Vertretung. Kontakt unter Chiffre G-3107.

FMH SERVICES

«Was muss ich beim Sprung in die Selbständigkeit beachten?»

Der Weg in die Selbständigkeit ist komplex und zeitintensiv. Profitieren Sie vom Know-How der Experten der FMH Services und sparen Sie damit Zeit.



Wir sind für Sie da!
Gregor Dietrich

CONSULTING

FMH Consulting Services AG
Burghöhe 1
6208 Oberkirch
Tel. 041 244 60 60
mail@fmhconsulting.ch
www.fmhconsulting.ch

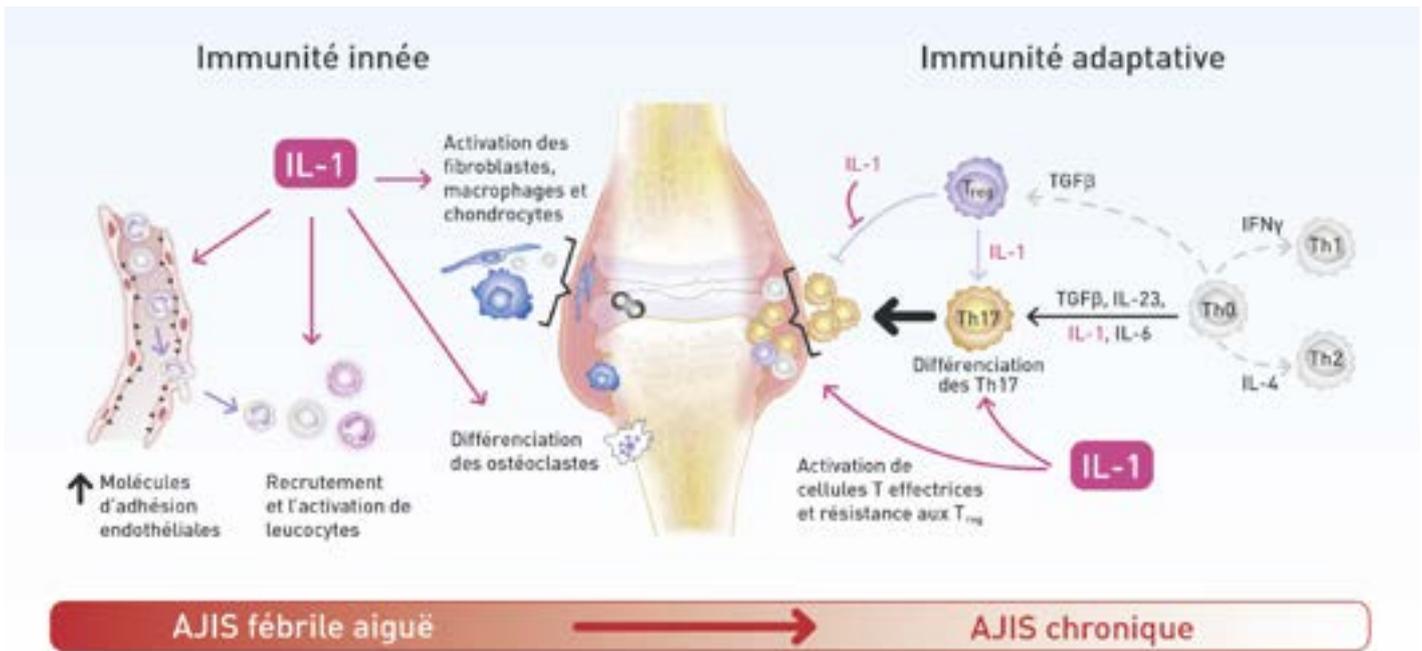


Figure: Le modèle biphasique de l'arthrite juvénile idiopathique systémique (AJIS). L'interleukine 1 (IL-1) joue un rôle central dans l'immunité innée adaptative qui détermine le développement de l'AJIS [fig. adaptée d'après Nigrovic PA et al. *Arthritis Rheumatol.* 2014 [21], © *Arthritis Rheumatology*].

«Window of Opportunity» de la maladie de Still: fait ou mythe?

Maladies rhumatismales En rhumatologie, le concept de «Window of Opportunity» prône l'importance d'un traitement ciblé précoce pour empêcher la progression de la maladie destructrice. À l'occasion du congrès annuel 2023 de la Société suisse de rhumatologie (SSR), des expertes et experts ont discuté de la pertinence clinique de ce concept thérapeutique en cas de la maladie de Still.

Dr Torsten Seppmann

Medical Lead Rare Diseases Austria & Switzerland

En cas de maladies rhumatismales, quand faut-il débuter un traitement et procéder à une escalade thérapeutique pour empêcher une éventuelle destruction et des maladies secondaires? Dans quelle mesure les personnes adultes atteintes de rhumatismes profitent-elles d'un début précoce de traitement? De telles questions se

trouvaient au cœur du symposium «Revisiting the Window of Opportunity in Rheumatic Disease» lors du congrès annuel de la SSR à Interlaken. Une attention particulière était accordée à la maladie de Still. Notamment caractérisé par des poussées de fièvre récurrentes, une éruption cutanée de couleur saumon et de l'arthrite, il est classé en deux formes

selon l'âge: la maladie de Still de l'enfant, ou arthrite juvénile idiopathique systémique (AJIS), et la maladie de Still de l'adulte (MSA).

«Window of Opportunity» – intervention ciblée dans la phase précoce

Les maladies rhumatismales sont caractérisées par une nature progressive et souvent douloureuse. Le concept thérapeutique de la «Window of Opportunity» a été examiné en détail dans le cadre de la recherche rhumatologique pour comprendre si la progression des différents tableaux cliniques pouvait être stoppée. Le concept décrit une phase précoce limitée dans le temps, durant laquelle des traitements ciblés ont le potentiel de modifier durablement l'évolution de la maladie. Il repose sur l'hypothèse que le développement de la maladie est jalonné d'étapes irréversibles après lesquelles les objectifs thérapeutiques optimaux, tels qu'une rémission durable, ne peuvent plus être atteints.

Polyarthrite rhumatoïde: débats autour de la fenêtre thérapeutique adéquate

Les opposants de la «Window of Opportunity» argumentent que le concept ne fait que confirmer l'hypothèse de la simple traitabilité, c'est-à-dire le postulat que les stades précoces de la maladie sont plus faciles à traiter que les stades avancés. Prouver la présence d'une véritable «Window of Opportunity» nécessite l'évidence qu'un traitement précoce a réellement des effets durables sur l'évolution de la maladie [1].

Dans le cas de la polyarthrite rhumatoïde (PR), au cœur des débats autour du concept des «Windows of Opportunity», les études suggèrent certes un effet positif des traitements précoces, mais celui-ci est marginal [2]. Comme des facteurs rhumatoïdes de type immunoglobuline M (FR IgM) ou des autoanticorps anti-peptides cycliques citrullinés (autoanticorps anti-CCP) peuvent être mis en évidence chez de nombreuses personnes atteintes de RP longtemps (en moyenne quatre ans et demi) avant la survenue des premiers symptômes [3], il est probable que la maladie se trouve déjà à un stade avancé au moment du diagnostic [4]. Tenant compte du fait qu'une durée de symptômes prolongée est associée à un mauvais pronostic de rémission durable sans traitement [2], la véritable «Window of Opportunity» pourrait être très éloignée de la manifestation symptomatique de la PR [4].

Indépendamment de l'existence d'une «Window of Opportunity», des arguments convaincants sont en faveur d'une intervention rapide et ciblée en rhumatologie. Il semble, d'une part, plus facile d'éteindre de petites flammes que de grands incendies. D'autre part, un traitement précoce limite l'utilisation de stéroïdes et d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), qui sont souvent seulement considérés comme des mesures thérapeutiques provisoires.

La maladie de Still, un continuum: AJIS et AOSD revisités

Tandis que la PR se manifeste souvent par une évolution chronique insidieuse, la maladie de Still présente typiquement des symptômes tels que poussées de fièvre, fréquemment accompagnées d'une éruption cutanée de couleur saumon et d'arthrite [5, 6]. Alors que les patientes et pa-

tients atteints de PR peuvent être exempts de symptômes pendant longtemps au début, les signes marqués de la maladie de Still occasionnent souvent une consultation médicale.

Comme déjà mentionné au début, les deux formes de la maladie de Still, AJIS et MSA, se distinguent par l'âge des personnes concernées lors de la survenue des premiers symptômes. Tandis que l'AJIS touche les enfants, est définie par une arthrite apparaissant avant la 16^e année de vie et de la fièvre pendant plus de deux semaines [5], la MSA survient après 16 ans et peut aussi présenter des épisodes fébriles plus courts sans arthrite concomitante [6]. Au premier abord, les deux tableaux cliniques semblent être deux entités distinctes.

De récentes données indiquent toutefois qu'en termes de poussées de fièvre récurrentes, d'éruption cutanée et d'arthrite, les deux formes se différencient moins qu'il ne l'a été supposé jusqu'à présent [7]. Elles présentent en outre des taux similairement accrus de marqueurs biologiques (tels qu'interleukine 18, ferritine, D-dimères et interleukine 6) [8-10]. Ces découvertes ont amené les expertes et experts de la European Alliance of Associations for Rheumatology (EULAR) à conclure que l'AJIS et la MSA pouvaient simplement être deux manifestations différentes dans le continuum de la même maladie – la maladie de Still [11-14].

La «Window of Opportunity» de la maladie de Still: les anti-IL-1 comme clé du succès?

Des considérations historiques indiquent qu'un nombre significatif de personnes atteintes de la maladie de Still présentent une évolution chronique de la maladie. D'actuels résultats d'études offrent une lueur d'espoir: contrairement au cas de la PR, une intervention précoce par des inhibiteurs de l'interleukine 1 (inhibiteurs de l'IL-1) a permis d'obtenir des succès thérapeutiques remarquables en présence de la maladie de Still [15]. Certaines données d'études suggèrent même qu'il pourrait en effet y avoir une fenêtre thérapeutique idéale pour cette maladie. Il a ainsi été montré qu'en débutant le traitement par des inhibiteurs de l'IL-1 dans les trois premiers mois après la survenue de la maladie, une rémission pouvait être obtenue chez 92% des patientes et patients atteints d'AJIS. En revanche, si le traitement n'est initié qu'entre le troisième et le sixième mois, le taux de réussite baisse considérablement à 37% [16].

Mais pourquoi la maladie de Still devrait-il avoir une «Window of Opportunity» alors que cela n'est pas le cas de la PR? Une raison théorique pourrait reposer sur la symptomatique des deux tableaux cliniques: tandis que la maladie de Still s'exprime dès la phase précoce par des symptômes tels que fièvre, éruption cutanée et arthrite [5, 6], les symptômes de la PR ne se manifestent généralement qu'à un stade chronique avancé [3].

Une autre explication théorique pourrait se trouver dans la biologie des deux maladies. Ainsi, des données indiquent qu'un excédent d'IL-1 est peut-être un facteur clé



Dr Torsten Seppmann
Medical Lead Rare Diseases Austria & Switzerland,
Novartis Pharma Schweiz AG
[torsten.seppmann\[at\]novartis.com](mailto:torsten.seppmann[at]novartis.com)

dans le processus d'apparition de l'AJIS (fig. 1, [17-19]). Une étude expérimentale sur des animaux a permis de montrer que l'absence totale d'antagonistes du récepteur de l'IL-1 causait une arthrite chez les souris [17-19]. Il est intéressant de noter que la surproduction initiale d'IL-1 n'était pas responsable de l'arthrite progressive, mais qu'il s'agissait d'une réaction auto-immune en aval par les lymphocytes T auxiliaires de type 17 (lymphocytes Th17) [17-19]. Ces résultats ont créé la base du modèle biphasique de la maladie de Still, qui pourrait également expliquer le concept de la «Window of Opportunity» de la maladie de Still [20-22].

Dans ce modèle, l'IL-1 influence, dans une première phase, une multitude de cellules (telles que cellules endothéliales, leucocytes, macrophages et ostéoclastes), ce qui entraîne une arthrite aiguë [21]. Lors d'une deuxième phase avancée de la maladie, l'IL-1 incite la formation de lymphocytes Th17 qui stimulent la production d'IL-17 et favorisent ainsi une chronicisation de l'arthrite [20-22]. Des données actuelles indiquent qu'une inhibition précoce de l'IL-1 empêche la formation de cellules exprimant l'IL-17 et pourrait stopper la chronicisation de la maladie [20-22].

Néanmoins, comme il n'existe jusqu'à présent aucune étude clinique sur ces suppositions, le «modèle biphasique de la maladie de Still» demeure hypothétique. Pour continuer d'améliorer la qualité de vie des patientes et patients

atteints de maladies rhumatismales, il reste à espérer que la recherche de l'approche thérapeutique optimale se poursuive.

Annonce

PERENTEROL® 250 Saccharomyces boulardii



DEPUIS
LA DÉCOUVERTE
DE S. BOULARDII²

La diarrhée associée aux antibiotiques (DAA) est un signal qui révèle plus qu'il n'y paraît!

Perenterol®: protège et régénère la flore intestinale en cas de DAA³

- Réduit de 51 % le risque d'une DAA chez les adultes⁴
- À base de levure, peut être administrée en même temps que les antibiotiques (naturellement non sensible)
- Recommandé par les Guidelines internationales^{5,6}

QUAND VOUS REMETTEZ UN ANTIBIOTIQUE, PENSEZ À PERENTEROL®



Le seul⁷ probiotique remboursé contre la diarrhée^{*}

Références : 1. Francino MP. Antibiotics and the Human Gut Microbiome: Dysbioses and Accumulation of Resistances. *Front Microbiol.* 2016; 6: 1543. 2. Moré MI, et al. *Saccharomyces boulardii* CNCM I-745® supports regeneration of the intestinal microbiota after diarrheic dysbiosis – a review 2015 *Clinical and Experimental Gastroenterology* 8:237-255. 3. McFarland LV. Systematic review and meta-analysis of *Saccharomyces boulardii* in adult patients. *World J Gastroenterol* 2010;16(18):2202-2222. 4. Szajewska H, Kolodziej M. Systematic review with meta-analysis: *Saccharomyces boulardii* in the prevention of antibiotic-associated diarrhoea. *Aliment Pharmacol Ther* 2015;42(7):793-801. 5. Szajewska H, et al; ESPGHAN Special Interest Group on Gut Microbiota and Modifications. Probiotics for the Management of Pediatric Gastrointestinal Disorders: Position Paper of the ESPGHAN Special Interest Group on Gut Microbiota and Modifications. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2023 Feb 1;76(2):232-247. doi: 10.1097/MPG.0000000000003633. 6. Guarner F, et al. World Gastroenterology Organization. *World Gastroenterology Organisation Global Guidelines: probiotics and prebiotics* February 2023. <https://www.worldgastroenterology.org/guidelines/probiotics-and-prebiotics/probiotics-and-prebiotics-english>. 7. Liste des spécialités (octobre 2023).

Une copie des références individuelles est disponible sur demande.

PERENTEROL® C : *Saccharomyces boulardii*. I : diarrhées, y c. prévention lors d'antibiothérapie ou d'une alimentation par sonde. **PO :** avant les repas ; adultes, enfants : 1^{er} jour 250 mg 2x/jour, puis 250 mg 1x/j. (250 mg 2x/jour sur prescription médicale); antibiothérapie jusqu'à 1 g/jour; suite à une alimentation par sonde : jusqu'à 2 g/jour. **CI :** Hypersensibilité au *Saccharomyces boulardii* ou à l'un des excipients ; Allergie à la levure ; Patients dans un état critique, immunodéficience, cathéter veineux central. **PR :** assurer une réhydratation suffisante ; ne pas ouvrir sachets/capsules dans la chambre du patient ; attention particulière requise lors de la manipulation du produit en présence des patients porteurs d'un cathéter, afin d'éviter toute contamination des microorganismes transmise par les mains ou aéroportée ; ne pas mélanger avec un liquide ou un aliment trop chaud, glacé ou alcoolisé. **EI :** rarement ballonnements et cas isolés de constipation ; très rarement réactions cutanées allergiques, dyspnée, réactions anaphylactiques et choc anaphylactique ; très rares cas de fongémie et cas isolés de sepsis, principalement chez des patients porteurs de cathéter veineux central, patients dans un état critique ou immunodéprimés. **IA :** le principe actif *S. boulardii* est sensible aux médicaments antifongiques ; peut évtl. donner des résultats faussement positifs lors d'analyses microbiologiques des selles. **GA :** rien ne suggère un risque pour le fœtus ou l'enfant. **P :** Perenterol 250 pdr sachet 10*1im. (LS septembre 23), 20*1im. (LS septembre 23), 10x20*1im. (LS septembre 23), caps 6, 10*1im. (LS septembre 23), 20*1im. (LS septembre 23), 10x20*1im. (LS septembre 23) (D). [Février 2021]. Pour de plus amples renseignements, veuillez consulter le site <http://www.zambon.ch>.

Information destinée aux spécialistes.

Zambon Suisse SA, Via Industria 13 – CH-6814 Cadempino, www.zambonpharma.com/ch



Les patientes et patients souffrant de troubles rhumatismaux sont de plus en plus nombreux en raison de l'évolution démographique.

Assurer la prise en charge et la qualité

Coopération Lors du congrès annuel 2023 de la Société Suisse de Rhumatologie (SSR), une grande table ronde a été consacrée aux moyens de compenser la baisse du nombre de rhumatologues malgré l'augmentation et le vieillissement de la population. Dans cette entrevue, deux experts et une patiente donnent un aperçu passionnant des problèmes existants dans cette discipline et esquissent des solutions pour l'avenir.

Dr méd. Markus Meier

Médecin de famille/modérateur/journaliste spécialisé, Dr. Meier Medien

Quel est, selon vous, le plus grand problème pour assurer la prise en charge des patientes et patients rhumatologiques?

Andrea Möhr: En tant que patiente, je m'inquiète du fait que de nombreux rhumatologues vont quitter la vie active dans les années à venir et que trop peu de nouveaux médecins vont les remplacer. Parallèlement, la population augmente et vieillit. Cela aggrave encore la situation.

Michael Andor: Le principal problème est le manque de temps. Pour la prise en charge de patientes et patients pré-

sentant des affections chroniques complexes, parfois confuses, le temps est le facteur critique qui détermine la qualité du traitement. En rhumatologie, nous voyons souvent des patientes et patients avec de nombreux examens préalables différents et de longs antécédents. Souvent, l'examen clinique ne peut pas être axé sur un problème local, mais doit couvrir une certaine étendue de la médecine interne afin d'englober également les maladies systémiques.

Michael Gengenbacher: La rhumatologie a de multiples facettes et nécessite une approche globale et holistique.

Celle-ci requiert des ressources en temps. Les patientes et patients souffrant de troubles rhumatismaux sont de plus en plus nombreux en raison de l'évolution démographique. En parallèle, le nombre de médecins spécialistes formés stagne. Le risque de ne plus pouvoir répondre aux besoins des malades augmente donc. Une approche interprofessionnelle des multiples problématiques dans un modèle biopsychosocial peut être complétée de manière optimale par l'activité directe auprès de la patiente ou du patient des nouveaux groupes professionnels des Physician Associates, c.-à-d. des professions focalisées sur les soins et le traitement. Ainsi, une prise en charge rhumatologique de haute qualité dans un cadre hospitalier et ambulatoire sera possible à l'avenir également.

«La pénurie de personnel qualifié ne pourra être compensée que par une promotion conséquente de la relève médicale.»

Quelles sont vos craintes concernant la prise en charge des patientes et patients rhumatologiques?

Michael Andor: Les patientes et patients rhumatologiques, comme de nombreuses autres personnes atteintes de maladies chroniques, sont tributaires de visites chronophages et sont donc menacés par la pénurie de personnel qualifié et par les modifications tarifaires telles que les forfaits ambulatoires. Dans un système où les ressources humaines sont insuffisantes et les ressources financières limitées, ils seront les premiers touchés par la pénurie de soins qui menace.

Andrea Möhr: Ma plus grande crainte est que les patientes et patients rhumatologiques ne puissent plus être soignés de manière adéquate parce qu'il faut attendre trop longtemps pour un rendez-vous et que la ou le médecin ne peut pas prendre assez de temps. Je crains que cela ne prolonge la durée de mes souffrances et que, dans le pire des cas, j'en garde des séquelles à long terme. En Allemagne, des personnes atteintes de maladies rhumatismales m'ont déjà parlé de délais d'attente de plusieurs mois. Je ne veux pas vivre cela ici.

Michael Gengenbacher: Je n'ai pas de craintes ou d'appréhensions. Je m'appuie sur des études et des retours d'expérience portant sur des modèles déjà établis à l'étranger, ainsi que sur ma propre expérience dans mon activité hospitalière et ambulatoire. J'observe en outre un changement d'attitude à cet égard. Il y a cinq à dix ans, ces sujets suscitaient une forte réticence, le plus souvent de la part du corps médical. Ce n'est plus le cas aujourd'hui.

Quelles sont les solutions que vous envisagez à cet égard et quelles sont vos autres propositions?

Michael Gengenbacher: Il existe des groupes professionnels dans le domaine des soins et du traitement qui peuvent suivre une spécialisation en s'appuyant sur leur activité clinique. Outre ces possibilités de formation postgraduée, nous devrions également créer des filières de formation pour d'autres nouveaux groupes professionnels ainsi que pour les titulaires d'une maturité spécialisée. La formation comprend une base générale de connaissances médicales, d'économie

de la santé et de recherche, ainsi que des connaissances supplémentaires dans des formations médicales modulaires. La Haute École des Sciences Appliquées de Zurich (ZHAW) et l'Hôpital cantonal de Winterthour sont des précurseurs qui prouvent que cela est possible de manière structurée. Chaque société de discipline médicale doit réfléchir à la manière dont cette interprofessionnalité peut être intégrée de manière optimale dans le processus diagnostique et thérapeutique.

Andrea Möhr: En tant que personnes atteintes de maladies rhumatismales, nous devrions également faire notre part pour soulager les rhumatologues. Nous pouvons par exemple nous informer sur notre maladie, nous faire conseiller par les ligues contre le rhumatisme et les coordinateurs/-trices en médecine ambulatoire spécialement formés ou suivre des cours. Nous apprenons ainsi à mieux comprendre la maladie, à agir de manière plus réfléchie et à avoir notre mot à dire dans les décisions thérapeutiques. Je trouve particulièrement précieuses les informations fournies sur le site internet et dans les brochures de la Ligue suisse contre le rhumatisme, qui sont rédigées dans un langage simple.

Michael Andor: En rhumatologie également, la pénurie de personnel qualifié ne pourra être compensée que par une promotion conséquente de la relève médicale, une augmentation des compétences des professionnels de la santé, notamment des assistantes et assistants médicaux, la numérisation et l'implication des organisations de patients. Citons par exemple la Ligue suisse contre le rhumatisme ou la Société suisse de la spondylarthrite ankylosante.

Quelles répercussions cela aura-t-il sur la qualité de la prise en charge des patientes et patients?

Michael Gengenbacher: La prise en charge globale des patientes et patients, graduée en fonction des compétences, sera à l'avenir interdisciplinaire et interprofessionnelle. La qualité de la prise en charge s'en trouvera améliorée, car toutes les facettes du processus de traitement seront prises en compte et les spécialistes pourront se concentrer sur leurs compétences principales.

Andrea Möhr: Les rhumatologues pourront se concentrer sur les problématiques médicales centrales. Les patientes et patients bien informés pourront compter sur une meilleure qualité de vie malgré leur maladie rhumatismale.



Andrea Möhr

Patiente rhumatologique et membre du Conseil consultatif des patients de la Ligue suisse contre le rhumatisme.



Dr méd. Michael Gengenbacher

Directeur médical et médecin-chef des divisions Appareil locomoteur et Médecine interne chez Zurzach Care, et membre de la commission Physician Associates de la FMH.



Dr méd. Michael Andor

Rhumatologue chez Rheumatologie im Zürcher Oberland à Uster et membre du Comité de la SSR (tarifs, qualité).

Point fort: Rhumatologie

Michael Andor: Correctement mises en œuvre, les mesures susmentionnées devraient conduire à une amélioration de la qualité pour les malades, car chaque intervention sera réalisée avec une utilisation optimale des ressources. Avec l'aide d'outils numériques, certaines visites pourraient être effectuées plus tard ou en premier lieu par des professionnels de la santé et seulement en cas de besoin ou en second lieu par un médecin.

«La rhumatologie a de multiples facettes et nécessite une approche globale et holistique.»

Que souhaitez-vous pour l'avenir?

Michael Andor: J'espère qu'il y aura plus de places de formation pour les futurs rhumatologues dans les cabinets ambulatoires et que les assistantes et assistants médicaux bénéficieront d'une vaste formation postgraduée en «chronic care management».

Andrea Möhr: Je souhaite que les rhumatologues et les médecins de famille attirent activement l'attention de leurs patientes et patients sur les offres des ligues contre le rhumatisme et des organisations de patients ou des coordonnateurs/-trices en médecine ambulatoire formés en rhumatologie

et qu'ils les encouragent à être eux-mêmes actifs.

Michael Gengenbacher: Nous avons besoin d'une vision commune des objectifs, de la volonté de nous engager activement dans cette voie et de la confiance mutuelle dans la capacité à organiser ce processus. L'interaction entre les différents spécialistes est la garantie d'un système qui fonctionne à l'avenir.

Correspondance

www.markusmeier.com

Annonce

POTASSIUM HAUSMANN®
ION
L'ION POSITIF PUISSANT
en cas d'hypokaliémie

- Pour une substitution efficace en cas de déficit potassique^{1,2}
- Seule substitution de potassium par voie orale pour l'adulte à être prise en charge par les caisses-maladie^{1,2,3}
- Deux formes galéniques adaptées à la situation métabolique^{1,2}

Plus «d'énergie»
pour les
choses importantes
de la vie!

Références

1) Information professionnelle Potassium Hausmann® comprimés effervescents sous www.swissmedinfo.ch 2) Information professionnelle KCl Retard Hausmann® comprimés retard sous www.swissmedinfo.ch 3) www.spezialtaetenliste.ch
Nous mettons à disposition toutes les références sur demande.

KCl retard Hausmann®, comprimé retard. C: préparation potassique acidifiante. Comprimé retard 745,5 mg de chlorure de potassium correspondant à 10 mmol de potassium resp. 391 mg de potassium. I: substitution de potassium en cas de déficit potassique avec tendance à l'alcalose ou avec une alcalose métabolique hypochlorémique concomitante, p. ex. lors d'abus de laxatifs; déficience potassique consécutive au traitement salidiurétique ou abus (oedème, hypertension, cirrhose hépatique ou autres atteintes hépatiques), particulièrement chez les patients sous médication digitalique. PO: doses journalières > 30 mmol en 2-4 prises. Entretien: adultes: 40-80 mmol/j; max. 150 mmol/j. Traitement: adultes: 70-100 mmol/j; max. 150 mmol/j. Prévention: adultes: 30-50 mmol/j; max. 150 mmol/j. Comprimés retard à prendre après les repas, sans les croquer, avec beaucoup de liquide. Aucune donnée n'est disponible pour les enfants. CI: hyperkaliémie, insuffisance rénale, oligurie, hypoaldostérionisme, déshydratation sévère, ulcères gastro-duodénaux, brûlures profondes, en association aux diurétiques d'épargne potassique, transit gastro-intestinal ralenti ou inhibé, en association aux anticholinergiques. PR: avec les patients souffrant d'insuffisance cardiaque. Les préparations potassiques peuvent potentialiser les symptômes de la maladie de Thomsen. Avant le traitement au potassium la diurèse doit être assurée. Lors de coma diabétique, le potassium ne doit être administré qu'après s'être assuré d'un traitement initial de la déshydratation, c'est-à-dire après reprise de la diurèse. EI: les affections gastrointestinales sont rares. Une hyperkaliémie peut apparaître chez les patients dont l'élimination rénale ou la distribution du potassium dans l'organisme est perturbée. IA: avec les médicaments pouvant engendrer une hyperkaliémie par rétention potassique (spironolactone, triamterène, amiloride, canrénone), inhibiteurs ACE, glycosides digitaliques, anticholinergiques. Gross/All: une thérapie potassique peut être prescrite pendant la grossesse. Les concentrations plasmatiques de la mère doivent rester sous surveillance. Lorsque la kaliémie de la mère est normale, l'allaitement est autorisé. Liste B. Informations détaillées: www.swissmedinfo.ch. Titulaire de l'autorisation: Doetsch Grether SA, 4051 Bâle. Mise à jour de l'information: décembre 2021.

Potassium Hausmann® comprimés effervescents. C: préparation potassique alcalinisante. Comprimé effervescent: 1685,9 mg de citrate de potassium et 1444 mg d'hydrogénocarbonate de potassium correspondant à 30 mmol de potassium resp. 1172,9 mg de potassium. I: substitution de potassium en cas de déficit potassique avec tendance à l'acidose ou avec une acidose métabolique déclarée concomitante. PO: doses journalières > 30 mmol en 2-4 prises. Entretien: adultes: 40-80 mmol/j; max. 150 mmol/j. Traitement: adultes: 70-100 mmol/j; max. 150 mmol/j. Prévention: adultes: 30-50 mmol/j; max. 150 mmol/j. Dissoudre les comprimés effervescents dans 1-2 dl d'eau, à avaler lentement, lors des repas. Aucune donnée n'est disponible pour les enfants. CI: hyperkaliémie, insuffisance rénale, oligurie, hypoaldostérionisme, déshydratation sévère, ulcères gastro-duodénaux, brûlures profondes, en association aux diurétiques d'épargne potassique. PR: avec les patients souffrant d'insuffisance cardiaque. Les préparations potassiques peuvent potentialiser les symptômes de la maladie de Thomsen. Avant le traitement au potassium la diurèse doit être assurée. Lors de coma diabétique, le potassium ne doit être administré qu'après s'être assuré d'un traitement initial de la déshydratation, c'est-à-dire après reprise de la diurèse. EI: les affections gastrointestinales sont rares. Une hyperkaliémie peut apparaître chez les patients dont l'élimination rénale ou la distribution du potassium dans l'organisme est perturbée. IA: avec les médicaments pouvant engendrer une hyperkaliémie par rétention potassique (spironolactone, triamterène, amiloride, canrénone), inhibiteurs ACE, glycosides digitaliques. Gross/All: une thérapie potassique peut être prescrite pendant la grossesse. Les concentrations plasmatiques de la mère doivent rester sous surveillance. Lorsque la kaliémie de la mère est normale, l'allaitement est autorisé. Liste B. Informations détaillées: www.swissmedinfo.ch. Titulaire de l'autorisation: Doetsch Grether SA, 4051 Bâle. Mise à jour de l'information: décembre 2021.

DG
DOETSCH GRETHER
PHARMA • OTC • CONSUMER CARE

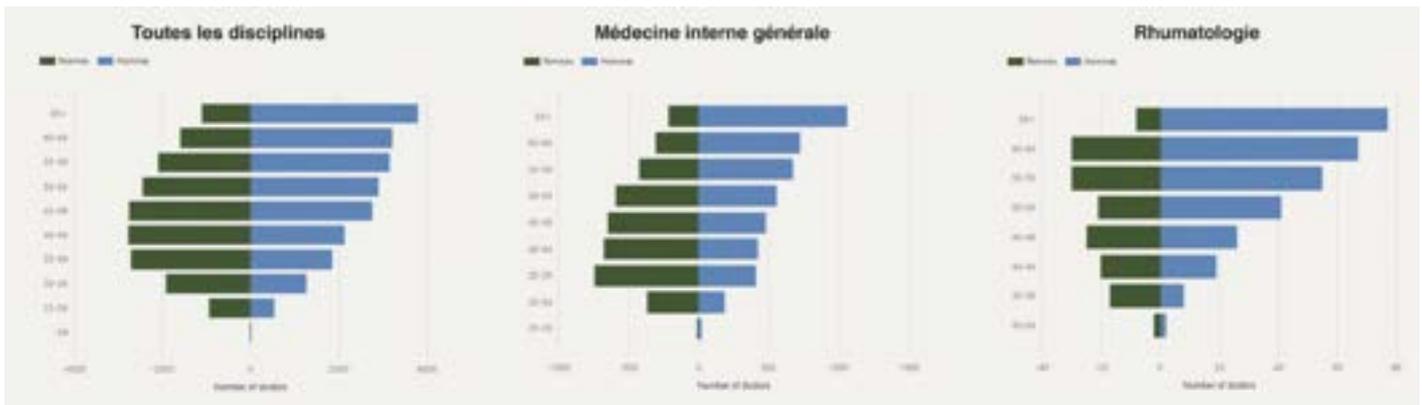


Figure: Médecins en exercice par structure d'âge. Statistique médicale de la FMH 2022.

Le suivi rhumatologique est-il assuré en Suisse?

Avenir En raison du manque de personnel qualifié, la prise en charge rhumatologique actuelle en Suisse ne pourra plus être garantie à l'avenir. Cet article résume la situation actuelle et expose les efforts déjà entrepris pour que les personnes atteintes de maladies rhumatismales puissent continuer à l'avenir de bénéficier de soins et d'une prise en charge rapides, durables et de grande qualité.

Daniel Aeberli

Situation démographique actuelle

En Suisse, environ deux millions de personnes, jeunes et âgées, femmes et hommes, sont touchées par le rhumatisme. Selon la Statistique médicale de la FMH 2022, 448 rhumatologues exercent en Suisse, dont 73% ont plus de 50 ans et 41% plus de 60 ans [1]. Leur âge moyen est de 56 ans. Par rapport à la médecine interne générale ou à l'ensemble des médecins suisses, il y a une augmentation disproportionnée des collègues âgés en rhumatologie.

Chaque année, environ 25 rhumatologues atteignent l'âge de la retraite, tandis que douze médecins en moyenne terminent leur formation postgraduée en rhumatologie. La part de femmes exerçant la rhumatologie est de 34%, celle des femmes parmi les médecins-assistants actuellement en formation de 67%. Selon l'Office fédéral de la statistique (OFS), les femmes sont généralement plus nombreuses que les hommes à travailler à temps partiel. S'y ajoute le phénomène du «tuyau percé» («Leaky Pipeline»), qui fait référence à la proportion décroissante de femmes à mesure que la position dans la hiérarchie académique s'élève, comme l'a

montré en 2021 une étude menée en Suisse et en Europe par le Prim. Dr Judith Sautner [2].

Attractivité de la formation postgraduée en rhumatologie

Alors que l'expérience montre que la rhumatologie bénéficie d'une très grande attractivité, en particulier pour les postes en bloc et les postes de rotation en médecine interne, de nombreux assistants et assistantes hésitent à choisir la formation postgraduée en rhumatologie. Un sondage mené en 2021 par la Société Suisse de Rhumatologie (SSR) dans le cadre de l'enquête «SSR-Quo-vadis» auprès des universités de Suisse montre toutefois que la formation postgraduée en rhumatologie est très appréciée pour son utilité, sa pratique clinique variée et le bon équilibre qu'elle offre entre vie professionnelle et vie privée. Les maladies auto-immunes systémiques, les maladies musculo-squelettiques inflammatoires et le modèle holistique de la rhumatologie suscitent également l'intérêt. Les raisons qui pèsent contre la spécialité sont une formation postgraduée trop longue et trop coûteuse et la

Point fort: Rhumatologie

part trop importante de maladies dégénératives et de patientes et patients souffrant de douleurs dans le quotidien clinique. En même temps, seules 20% des personnes interrogées opteraient pour une spécialisation en rhumatologie si cette dernière n'englobait plus que les maladies inflammatoires, comme en Allemagne et aux États-Unis.

Attractivité de l'activité de rhumatologie

Grâce à la formation très vaste dispensée jusqu'à présent en Suisse en rhumatologie inflammatoire et non inflammatoire, les rhumatologues praticiennes et praticiens font figure de sparring-partners des médecins de famille, au plus près de la médecine de premier recours. À la question de ce sur quoi la rhumatologie suisse devrait principalement se concentrer à l'horizon 2031, les collègues ayant participé à l'enquête «SSR-Quo-vadis», et surtout celles et ceux de moins de 45 ans, ont cité en premier lieu les troubles inflammatoires musculo-squelettiques (arthrites) et les maladies systémiques (vascularites, collagénoses), ainsi que les méthodes diagnostiques (échographie). Cette tendance en faveur des maladies inflammatoires, notamment chez les jeunes collègues, a été discutée en 2021 à l'occasion du congrès de la SSR à Lausanne, au sein d'une séance de grande envergure réunissant des médecins assistants et assistants, des médecins hospitaliers et des praticiennes et praticiens. Le consensus était de proposer à l'avenir également une «rhumatologie large» incluant le traitement des maladies dégénératives et de la douleur chronique et de la transmettre dans les établissements de formation postgraduée. En effet, la moitié des personnes atteintes de rhumatisme souffrent aussi de maladies dégénératives – une spécialisation supplémentaire ne tiendrait plus compte de cette situation.

Les maladies auto-immunes systémiques et musculo-squelettiques inflammatoires et le modèle holistique de la rhumatologie suscitent l'intérêt.**Assurer la prise en charge rhumatologique de demain**

En 2021, la SSR a assoupli les conditions d'obtention du titre de spécialiste en rhumatologie et a adapté le programme de formation postgraduée. Les exigences envers les établissements de formation postgraduée ont également été allégées et adaptées à l'évolution sociodémographique. Il a en outre été décidé qu'un changement de clinique n'était plus nécessaire et que toutes les années de formation postgraduée pouvaient être accomplies dans une clinique de catégorie A. Toutefois, ce dernier point est finalement revenu à «se tirer une balle dans le pied»: le nombre limité de postes de formation postgraduée en cliniques de catégorie A et la longue durée de fréquentation de ces établissements y ont créé un goulot d'étranglement. La SSR a par conséquent incité les cliniques de catégorie A à limiter le temps de formation postgraduée à deux ans par médecin-assistant ou médecin-assistante. En parallèle, elle a invité les cliniques de catégorie B et surtout les cabinets privés (catégorie C) à s'impliquer dans la formation postgraduée des futurs rhumatologues.

Lors de la rencontre de grande envergure de 2021, il a été suggéré que les cabinets participent à l'avenir davantage à l'enseignement dans le cadre de réseaux, afin d'être plus proches des personnes en formation postgraduée. En outre, il a été question de cursus de formation postgraduée communs à toutes les cliniques, ce qui permettrait de décharger les différents établissements de formation postgraduée et d'uniformiser la qualité et le contenu.

En 2021, la SSR a assoupli les conditions d'obtention du titre de spécialiste en rhumatologie et a adapté le programme de formation postgraduée.

Le succès de ces mesures se vérifiera d'ici sept à dix ans au plus tôt. En attendant, il est urgent de trouver des solutions à court et moyen terme.

Afin d'assurer à l'avenir la prise en charge rhumatologique en Suisse, la SSR vise à exploiter les synergies avec l'organisation de patients Ligue suisse contre le rhumatisme (LSR) et les Health Professionals in Rheumatology Switzerland (hpr Switzerland) et à renforcer la collaboration. Il s'agit ici de confier aux HPR des activités non médicales et de promouvoir les mesures de prévention et l'autonomisation des patientes et patients.

En résumé, on peut constater que la prise en charge rhumatologique est actuellement assurée en Suisse, à l'exception de quelques régions, mais que les personnes atteintes de maladies rhumatismales sont parfois déjà confrontées à des délais d'attente prolongés et à un blocage des admissions. À l'avenir, la prise en charge ne sera possible qu'en étroite collaboration et en exploitant les synergies avec les HPR, la LSR et les médecins de famille. La question de savoir dans quelle mesure il est pertinent que la rhumatologie suisse se concentre à l'avenir uniquement encore sur les affections rhumatismales inflammatoires doit être laissée ouverte. D'après ma propre expérience clinique de longue date, une large expertise est indispensable pour évaluer les patientes et patients atteints de maladies rhumatismales inflammatoires complexes, elle constitue un avantage socio-économique et est souhaitable pour la collaboration avec la médecine de premier recours.

**Références**

À consulter sous www.bullmed.ch ou via code QR



Prof Dr méd. Daniel Aeberli, EMBA
est médecin-chef à l'hôpital d'Emmental et président de la Société suisse de rhumatologie.



© Agenturgrafin / Dreamstime

Les douleurs bilatérales de l'épaule font partie des critères de classification obligatoires de la polymyalgie rhumatismale.

Polymyalgie rhumatismale: une maladie à part entière?

Controverse Lors du congrès annuel de la Société Suisse de Rhumatologie (SSR) 2023, le grand débat a porté sur la question de savoir si la polymyalgie rhumatismale (PMR) est une maladie à part entière. La question est d'autant plus d'actualité que de nouvelles approches thérapeutiques sont en discussion et déjà autorisées dans certains pays.

Prof. Dr méd. Dr rer. nat. Stephan Donat Gadola

Critères obligatoires

- Âge >50 ans
- Douleurs bilatérales de l'épaule
- Élévation de la VS et/ou de la CRP

En plus des critères obligatoires, au moins 4 (sans échographie) ou 5 (avec échographie) points supplémentaires:

	Points sans échographie (0 à 6)	Points avec échographie (0 à 8)
Raideur matinale >45 minutes	2	2
Douleur à la hanche ou mobilité réduite de la hanche	1	1
Pas de détection de facteur rhumatoïde ou d'anticorps anti-peptides cycliques citrullinés (CCP)	2	2
Pas d'autres douleurs articulaires hormis les douleurs à l'épaule et à la hanche	1	1
Au moins une articulation de l'épaule avec bursite sous-deltaïdienne et/ou ténosynovite du biceps et/ou synovite gléno-humérale (soit postérieure soit axillaire) et au moins une articulation de la hanche avec synovite et/ou bursite trochantérienne		1
Les deux articulations de l'épaule avec bursite sous-deltaïdienne, ténosynovite du biceps ou synovite gléno-humérale		1

Figure 1: Critères de classification de la polymyalgie rhumatismale de l'American College of Rheumatology (ACR) et de l'European League against Rheumatism (EULAR) [1].

Les études cliniques, par exemple les études pivots de phase 3, continuent d'utiliser les critères de classification de l'American College of Rheumatology (ACR) et de l'European League against Rheumatism (EULAR) publiés en 2012 pour le diagnostic de la PMR (figure 1). Ces critères comprennent des symptômes subjectifs, l'âge des patientes et patients, l'augmentation non spécifiée des paramètres de phase aiguë que sont la vitesse de sédimentation (VS) et la protéine C réactive (CRP), ainsi que des anomalies échographiques. Les critères obligatoires sont un âge >50 ans, des douleurs bilatérales de l'épaule et une augmentation de la VS et/ou de la CRP. La détection de facteur rhumatoïde ou d'anticorps anti-peptides cycliques citrullinés (CCP) n'exclut pas le diagnostic de PMR selon ces critères; si ces auto-anticorps font défaut, des points supplémentaires en faveur d'une PMR sont attribués.

Si ces critères sont appliqués sans faire preuve d'esprit critique, le diagnostic de PMR risque d'être posé trop souvent, exposant ainsi les personnes concernées à des risques thérapeutiques inutiles.

Diagnostic différentiels importants

Les douleurs bilatérales de l'épaule et/ou de la hanche chez les patientes et patients âgés sont des plaintes fréquentes dans la pratique quotidienne. Très souvent, la cause en est un syndrome douloureux sous-acromial bilatéral lié à une

tendinopathie des tendons supra-épineux, fréquemment associée à une bursite sous-acromiale chronique liée à une dysfonction scapulo-thoracique dans le cadre d'une hypercyphose thoracique. Ces patientes et patients présentent souvent aussi un déséquilibre sagittal pelvien avec des déséquilibres musculaires douloureux et des points gâchettes dans la région des muscles glutéaux, du muscle tenseur du fascia lata et du tractus ilio-tibial. Chez les patientes et patients âgés, il n'est pas rare que la VS excède la norme indiquée, et la CRP peut également être augmentée pour de nombreuses raisons différentes. Une autre cause fréquente de syndrome polymyalgique avec élévation de la VS et/ou de la CRP – et, d'après l'expérience de l'auteur, bien plus fréquente que la PMR – est la maladie des dépôts de pyrophosphate de calcium (PPC).

Ni l'échographie ni la TEP/TDM ne permettent de distinguer avec certitude la PMR des diagnostics différentiels susmentionnés.

Ni l'échographie ni la tomographie par émission de positons/tomodensitométrie (TEP/TDM) ne permettent de distinguer avec certitude la PMR des diagnostics différentiels susmentionnés – les anomalies ne sont pas spécifiques.

En revanche, ces méthodes d'imagerie peuvent livrer des indices spécifiques majeurs sur la présence d'une artérite à cellules géantes (ACG), qui est fortement associée à la PMR. Une polymyalgie compatible avec une PMR chez une personne souffrant d'ACG avérée a une probabilité relative-

Résumé pour vous par:

Congrès annuel SSR | 31.08.23 - 01.09.23 | Interlaken

ment élevée d'être l'expression d'une PMR associée à l'ACG. En cas de syndrome polymyalgique sans signe évident d'ACG ou en cas de tumeur, une TEP/TDM est clairement déconseillée.

Réponse rapide à de faibles doses de glucocorticoïdes

Un signe diagnostique majeur de la PMR, qui semble malheureusement avoir été quelque peu oublié, est sa sensibilité très élevée et rapide aux glucocorticoïdes. Dans la PMR classique, la polymyalgie ainsi que la fatigue et l'épuisement qui l'accompagnent souvent disparaissent presque complètement en un jour après la prise de 10 mg de prednisone. Les patientes et patients ont l'impression de renaître dès la première dose de prednisone. Ce critère a été reconnu comme un symptôme cardinal par le comité d'experts de l'ACR/EULAR en 2012 dans leurs «Provisional classification criteria for polymyalgia rheumatica», mais il n'a pas été retenu comme critère de classification. C'est dommage, car cette réponse remarquable et rapide à de faibles doses de prednisone est une caractéristique essentielle qui distingue la PMR des autres syndromes polymyalgiques, peut-être même la plus importante. Il y a deux raisons à cela: d'une part, la réponse rapide indique un mécanisme pathologique propre à la PMR et soutient ainsi le concept selon lequel la PMR est une maladie à part entière; d'autre part, la réponse rapide revêt une grande importance pour le traitement ini-

Il est recommandé de procéder à un examen rhumatologique précoce chez les patientes et patients présentant un syndrome polymyalgique en raison du vaste diagnostic différentiel. Une fois le diagnostic de PMR posé, le traitement à long terme incombe aux médecins de famille, avec réévaluation éventuelle en consultation de rhumatologie pour adapter le traitement.

Dans la PMR classique, 10 mg de prednisone font disparaître presque entièrement la polymyalgie, la fatigue et l'épuisement en un jour.

tial en cas de suspicion de PMR. En cas de PMR, qui, contrairement à l'ACG, ne représente pas de danger immédiat pour les malades et ne provoque pas de dommages à long terme connus (hormis les complications induites par le traitement), il est inutile, voire contre-productif, de commencer le traitement avec plus de 10 mg de prednisone par jour. Le critère très utile de la sensibilité aux glucocorticoïdes serait sinon compromis. En outre, le succès du traitement devrait être vérifié avec la patiente ou le patient dans les jours qui suivent le début du traitement, idéalement le lendemain de la première dose de prednisone. Une réponse spectaculaire de la polymyalgie à 10 mg de prednisone en 12 à 24 heures est un indice très fort en faveur du diagnostic de PMR. Par contre, selon l'expérience de l'auteur, une bonne réponse, de 50 à 75%, à 20 mg de prednisone par jour après trois à quatre jours plaide contre une PMR et plutôt en faveur d'une maladie des dépôts de PPC ou d'une autre maladie. Des doses plus élevées de prednisone rendent l'évaluation presque impossible et comportent un risque élevé de complications à long terme associées aux corticoïdes.

Les résultats des études cliniques sur la PMR ayant utilisé les critères ACR/EULAR 2012 pour l'inclusion des patientes et patients, sans autres critères supplémentaires, doivent donc être interprétés avec prudence.

Le grand débat lors du congrès de la SSR a d'ailleurs conclu à l'existence de la PMR en tant que maladie distincte.



Références

À consulter sous www.bullmed.ch ou via code QR



Prof. Dr méd. Dr rer. nat. Stephan Donat Gadola
Médecin-chef de la clinique de rhumatologie et de médecine de la douleur, Hôpital Bethesda, Bâle

Une neuroprothèse pour retrouver une marche fluide

Parkinson Jocelyne Bloch et Grégoire Courtine sont parvenus à supprimer les troubles locomoteurs d'un homme de 62 ans souffrant de la maladie de Parkinson en stimulant électriquement sa moelle épinière. Récit.

Julie Zaugg



Marc a 36 ans, en 1995, lorsqu'il apprend qu'il souffre de la maladie de Parkinson. En 2004, il reçoit un implant de stimulation cérébrale profonde (SCP) pour alléger les symptômes – tremblements, rigidité – provoqués par cette affection qui cause la mort des neurones productrices de dopamine impliquées dans le contrôle des mouvements. «À cette époque, je ne marchais plus, je ne bougeais plus, raconte cet architecte bordelais âgé aujourd'hui de 63 ans. La stimulation cérébrale m'a sauvé la vie.»

Le phénomène du «freezing»

Mais quelques années plus tard, il développe des troubles locomoteurs. Il n'avance plus que par petits pas asymétriques. Lorsqu'il se retrouve devant une porte ou un ascenseur, il se met à piétiner, à faire du surplace, un phénomène appelé «freezing». Il perd aussi fréquemment l'équilibre et chute, jusqu'à deux ou trois fois par jour.

Ces déficits apparaissent chez 90% des personnes souffrant de la maladie de Parkinson à un stade avancé. «Or, les traitements à disposition, qu'il s'agisse de la SCP ou des stratégies de remplacement de la dopamine, ne sont pas efficaces contre les problèmes de la marche», note Jocelyne Bloch, professeure associée à la Faculté de biologie et de médecine de l'Université de Lausanne (UNIL).

Cela a amené la chercheuse, associée au neuroscientifique et professeur à l'EPFL Grégoire Courtine, à s'intéresser non pas aux parties du cerveau affectées par la perte des neurones productrices de dopamine mais aux régions de la moelle épinière responsables de l'activation des muscles de la jambe. L'approche avait déjà été testée: les deux scientifiques, cofondateurs du Centre de recherche NeuroRestore, ont permis à des personnes paralysées de retrouver l'usage de leurs jambes grâce à des impulsions électriques délivrées à leur moelle épinière.

Les six «points chauds»

Ils ont commencé par développer, en collaboration avec le neuroscientifique Erwan Bezard, affilié au CNRS et à l'Université de Bordeaux, un modèle qui décompose les problèmes locomoteurs engendrés par la maladie de Parkinson: amplitude des pas réduite, cadence ralentie, posture exces-

sivement fléchie et mouvements du tronc entravés. Cela leur a permis d'identifier six «points chauds» dans la région lombaire de la moelle épinière, responsables de l'activation des muscles qui produisent la marche, selon un papier paru dans Nature Medicine [1].

Ce modèle a ensuite été testé sur des primates, puis dès 2021 sur Marc. «Nous lui avons implanté un champ d'électrodes juste au-dessus de la moelle, à l'endroit précis que nous souhaitions stimuler», a expliqué Jocelyne Bloch lors d'une conférence de presse au mois de novembre dernier à Lausanne. Un générateur d'impulsions électriques, connecté aux électrodes, a également été placé sous la peau de son abdomen.

La procédure en elle-même n'est pas lourde. La difficulté vient de la localisation précise des six «points chauds» et de l'élaboration d'un protocole pour les activer. «Nous avons créé un modèle algorithmique personnalisé en fonction des problèmes de Marc», note Grégoire Courtine. Celui-ci prévoit de le stimuler davantage à droite pour corriger son asymétrie, d'induire plus de flexion, d'extension et de propulsion chez lui et de cibler ses muscles fessiers pour accroître sa stabilité.

Il retrouve son autonomie

Il manquait cependant une pièce au puzzle: un dispositif qui détecte les intentions de marche de Marc, afin de les synchroniser avec les impulsions électriques de la neuroprothèse. Il a donc été équipé de capteurs attachés à ses jambes qui «captent la succession d'événements composant chaque pas et transmettent ces informations à la neuroprothèse», explique Jocelyne Bloch. Cela permet au dispositif de fonctionner en circuit fermé, sans que le patient ne doive lui donner des impulsions conscientes.

L'appareillage a été testé d'abord sur Marc couché, puis debout. «Dès qu'on l'allume, les problèmes de marche sont corrigés», souligne Grégoire Courtine. Son équilibre s'améliore, ses pas s'allongent et il ne connaît plus d'épisodes de «freezing». Une vidéo le montre en train de naviguer dans un parcours fait de cadrans de porte, de virages abrupts et de corridors étroits, sans trébucher, ni se figer sur place. Après deux mois d'entraînement, il a pu ramener le dispositif



© AFP2023 Gabriel MONNET

Au premier plan, Marc, le patient ayant retrouvé ses fonctions locomotrices. Au second plan, Jocelyne Bloch de l'UNIL et Grégoire Courtine de l'EPFL.

chez lui – agrémenté d'une tablette et d'une montre intelligente pour le contrôler. «Je l'éteins durant la nuit et lorsque je passe de longues périodes assis, pour éviter les picotements dans les jambes», glisse Marc.

Grâce à la neuroprothèse, il a retrouvé son autonomie. «Je peux marcher jusqu'à cinq kilomètres sans m'arrêter, entrer tranquillement dans un ascenseur et même monter des escaliers, ce qui était autrefois impossible, dit-il. Cela me procure un bien-être incroyable.»

Certaines réserves demeurent

Il reconnaît que le dispositif n'est pas parfait. «Il faut penser à tout ce que l'on fait, détaille-t-il. Un moment de déconcentration et on chute.» Jocelyne Bloch évoque de son côté les fluctuations exhibées par Marc au fil de la journée. «Selon son état de fatigue, les médicaments qu'il prend et même juste après une cigarette, ses troubles locomoteurs changent d'intensité, nécessitant des réglages constants de la neuroprothèse.»

Des essais cliniques seront initiés sur six nouveaux patients dès 2024, grâce à un don d'un million de dollars de la Fondation Michael J. Fox. En partenariat avec la société Onward Medical, Jocelyne Bloch et Grégoire Courtine tra-

vailent en outre à la mise au point d'une version commerciale de la neuroprothèse. L'objectif est notamment de développer des chaussures connectées pour détecter les intentions de marche.

À terme, les deux chercheurs espèrent pouvoir remplacer ces capteurs externes par un implant cérébral. «On pourrait utiliser l'implant de stimulation cérébrale profonde, présent chez une part importante des patients souffrant de la maladie de Parkinson, pour détecter leurs intentions motrices directement dans le cerveau», explique Grégoire Courtine. Un «pont digital» qui rendrait le dispositif réellement autonome.



Référence

À consulter sous www.bullmed.ch ou via code QR

Enjeux et challenges des services cloud

Numérisation Les services de stockage cloud permettent de réduire les efforts et les coûts informatiques. Mais qu'en est-il de la protection et de la sécurité des données? Comment les professionnels de la santé peuvent-ils s'assurer de la protection des données sensibles?

Torsten Kahlstadt



ous arrive-t-il de stocker vos documents personnels sur Google Drive, OneDrive, Dropbox, iCloud ou autre? Certes, stocker des données sous cette forme présente de nombreux avantages. On peut, par exemple, accéder à ses informations quel que soit le lieu et depuis n'importe quel appareil, aucun autre matériel n'est nécessaire et finies les sauvegardes manuelles! Sans surprise, les solutions cloud s'imposent de plus en plus dans le milieu professionnel.

Des données de santé dans le cloud?

La loi sur la protection des données considère les informations relatives à la santé comme particulièrement sensibles, nul besoin de vous l'expliquer à vous, professionnels de la santé. Par conséquent, il faut soigneusement protéger ces données contre toute utilisation abusive et contre l'accès par des tiers. Cela vaut également pour le stockage ou l'échange de données via un cloud. Ce n'est ni mauvais ni interdit. Toutefois, il est indispensable d'examiner minutieusement les différentes solutions cloud et les éventuels risques avant utilisation. En effet, déléguer les responsabilités, un des avantages du cloud, rime malheureusement avec perte de contrôle. En plaçant des données dans un cloud, il est difficile de contrôler ce qui se passe ensuite: où sont-elles stockées? Qui peut les consulter et les traiter?

Garantir la sécurité des données

Le stockage des données sensibles doit respecter trois points fondamentaux: les données doivent être protégées contre le vol, le traitement non autorisé et les fuites; elles doivent être sécurisées contre les accès non autorisés et les cyberattaques; enfin, les exigences légales et d'autres réglementations en vigueur doivent être respectées. Les solutions de «cloud computing» dans le secteur de la santé doivent en tenir compte. Ainsi, une multitude de critères entrent en jeu pour choisir le service cloud adapté. En voici quelques exemples: le fournisseur doit utiliser un bon pare-feu pour les applications web, effectuer des sauvegardes régulières et disposer d'une gestion des accès bien pensée et assortie des restrictions appropriées.

Attention aux certifications

Vérifier et comparer un catalogue de critères pour différents prestataires s'avère complexe et onéreux. Pour se faire une

idée de la qualité et du sérieux d'un fournisseur, les certifications sont, à mon avis, révélatrices. Vérifiez si les politiques et procédures de sécurité du fournisseur reposent sur des normes de sécurité généralement reconnues comme la norme ISO 27001 ou le NIST (National Institute of Standards and Technology). Si tel est le cas, le niveau de sécurité est déjà bon. De plus, je vous recommande de lui demander s'il tient compte des exigences de la loi sur la protection des données (LPD), des dispositions d'exécution inscrites dans l'ordonnance sur la protection des données (OPD) et du règlement général sur la protection des données (RGPD).

Autres pays, autres mœurs

Tous les pays n'accordent pas la même importance à la protection et à la sécurité des données. Aux États-Unis, par exemple, le Patriot Act et la loi FISA (Foreign Intelligence Surveillance Act) rendent la garantie d'une protection des données conforme aux exigences européennes ardue. Les entreprises, y compris les fournisseurs de services cloud, sont soumis à la juridiction du pays de leur siège social. Si vous ne voulez pas passer en revue les directives de protection des données des autres pays, je vous recommande d'utiliser la solution de stockage d'un fournisseur suisse, qui permet de conserver en tout temps vos données dans votre pays.

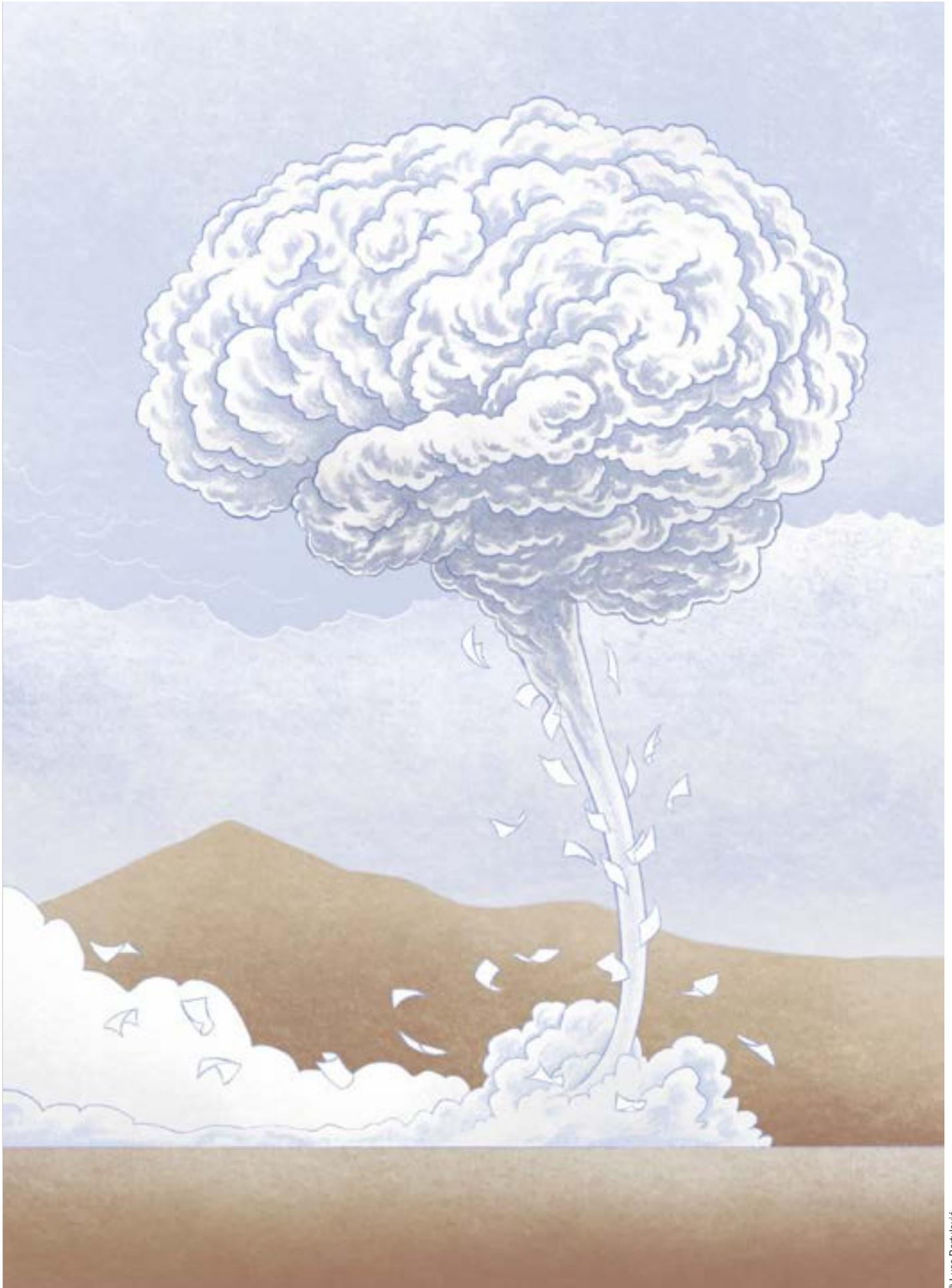
Prudence est mère de sûreté

Ce qui vaut pour la protection et la sécurité des données est vrai pour le stockage dans le cloud: la prudence est essentielle. Utiliser des solutions gratuites sans vérifier au préalable ce qui se passe avec les données téléchargées n'est assurément pas une bonne idée. Restez conscient de la sensibilité des données de santé et choisissez votre solution cloud avec soin. Si vous n'êtes pas sûr de vous, un spécialiste en informatique peut vous aider.



Torsten Kahlstadt

est Senior Information Security Officer & Audit Manager chez HIN. Il intervient régulièrement sur les questions de sécurité numérique et de protection des données dans le Bulletin des médecins suisses.



Oui, Docteur!



Rahel Gutmann
Rédactrice Bulletin des
médecins suisses

Une de mes connaissances qui a travaillé dans un home pour personnes âgées me racontait, un sourire aux lèvres, que les dames étaient toujours en pleine forme quand le médecin passait pour la visite médicale. Plus de maux de dos ni de jambes enflées, et à chaque question, elles répondaient par un «Oui, Docteur» résigné. Il semblerait que cette réaction, que j'ai déjà observée chez moi aussi, soit fréquente chez les femmes qui ne veulent pas déplaire, pas déranger, pas faire de vagues. Avec la conséquence qu'on finit par dire oui à tout, ou presque. «Oui, tout va bien», «Oui, je m'en occupe», «Oui, j'accepte de repousser le délai», même si cela ne nous arrange pas du tout.

Les statistiques semblent montrer qu'après cet engagement initial librement consenti, il a fallu dire oui à beaucoup d'autres choses non choisies.

Dans ce type de situation, nous avons certainement toutes et tous entendu des milliers de fois qu'il faut connaître ses besoins et poser des limites, et pourtant on n'y arrive pas toujours. On peut se sentir frustré lorsqu'on se rend compte qu'on a de nouveau accepté quelque chose qu'on aurait voulu refuser. Si cela se produit trop souvent, cela peut nous épuiser et impacter notre santé psychique. Et si nos limites sont régulièrement dépassées et nos ressources épuisées, c'est le burn-out assuré. Les personnes qui exercent dans le domaine de la santé sont particulièrement à risque.

Selon une étude menée par des collaboratrices et collaborateurs de l'Institut d'anesthésiologie de l'Hôpital universitaire de Zurich auprès de 22 services d'anesthésiologie de Suisse alémanique, 59% des 389 médecins et 52% des 287 infirmières et infirmiers interrogés présentaient un risque élevé de burn-out, respectivement 18 et 9% remplissaient tous les critères d'un épuisement professionnel [1]. L'enquête annuelle de la FMH sur l'environnement de travail des médecins dresse le même constat. Dans le domaine des

soins somatiques aigus, 83% des personnes interrogées font part d'une péjoration de leur santé physique et psychique et 69% ont noté une augmentation du nombre de démissions pour cause de surmenage [2].

Derrière ces chiffres, il y a des femmes et des hommes qui, à un moment de leur vie, ont dit oui: «Oui, je veux mettre mes connaissances et compétences au service des patientes et des patients.» Je tiens à les en remercier et à exprimer ma gratitude et ma reconnaissance pour leur travail.

Mais les statistiques semblent aussi montrer qu'après cet engagement initial librement consenti, il a fallu dire oui à beaucoup d'autres choses non choisies: «Oui, je peux assumer ce tour de garde», «Oui, j'accepte de prendre plus de patients», «Oui, je suis d'accord de faire partie de ce groupe travail». Les circonstances sont telles dans le système de santé, qu'y travailler implique de devoir assumer et accepter énormément de choses, même à contrecœur. Il est clair que personne ne souhaite laisser ses collègues ou les patients en plan en pleine période de pénurie de personnel.

En cette nouvelle année, j'aimerais vous encourager à prendre soin de vous. À marquer une pause quand vous remarquez que dire oui en permanence vous épuise, à vous demander comment vous allez et si vous voulez vraiment assumer cette tâche supplémentaire. Pour une fois, la réponse pourrait être «Non, Docteur!». Apprendre à poser une limite pour soi et les autres afin de préserver sa santé physique et psychique. Je vous souhaite beaucoup de force et de résilience et une belle année 2024.



Références

À consulter sous www.bullmed.ch ou via code QR



JHaS



Junge Haus- und Kinderärztinnen Schweiz
Jeunes médecins de famille suisses
Giovani medici e pediatri di famiglia svizzeri
Swiss Young Family Doctors

Forum Fribourg

19. & 20. April 2024 / 19 & 20 avril 2024



JHaS

13. Kongress *Congrès*

PROGRAMM PROGRAMME

www.jhascongress.ch

info@jhascongress.ch

ADMIS AUX CAISSES

Streuli
pharma

COLCTAB®

Traitement de premier recours
dans toutes les indications admises.



Goutte¹



Péricardite²



Maladie périodique^{3*}



comprimé
sécable

COLCTAB® 1 mg comprimés sécables. Mise en garde importante : Index thérapeutique étroit. Le médicament doit être conservé de manière inaccessible à des tierces personnes. Un surdosage peut entraîner une intoxication irréversible avec une issue fatale. **C :** Colchicinum 1 mg. **I :** crise de goutte aiguë, prophylaxie de la crise de goutte ; péricardite aiguë et récurrente; prévention des crises aiguës de la fièvre méditerranéenne familiale (FMF) et d'une amyloïdose éventuelle. **P :** Crise de goutte aiguë: 1 mg ; après 2 heures suivi de 0,5 mg ; toutes les 2 heures à nouveau 0,5 mg si nécessaire. Dose maximale 2 mg en 24 h. Ne pas dépasser la dose totale de 6 mg par attaque. Prophylaxie des crises de goutte : 0,5-1 mg pendant un max. de 6 mois. Péricardite : 2x 0,5 mg patients > 70 kg ou 1x 0,5 mg patients ≤70 kg au moins 6 mois de péricardite récurrente et au moins 3 mois de péricardite aiguë. FMF : 1 – 1,5 mg Posologies particulières : veuillez consulter le site www.swissmedinfo.ch. **CI :** Grossesse/allaitement ; affection hépatique et rénale ; polymorbidité, modifications de la formule sanguine, désir d'enfant ; insuffisance cardiaque et gastro-intestinale ; inhibiteurs de la glycoprotéine P ; inhibiteurs forts du CYP3A4. **PC :** analyses sanguines régulières. Polymédication. **IA :** inhibiteurs de la glycoprotéine P ; inhibiteurs puissants ou substrats du CYP3A4 ; cyclosporine A, inhibiteurs calciques, interféron-alpha, statines, le jus de pamplemousse, glucocorticoides, phénytoïne, théophylline, valproate, phénobarbital. **EI :** malaise gastro-intestinal, diarrhée, leucopénie, alopecie, faiblesse musculaire, rhabdomyolyse, atteinte hépatique et rénale. Mort après surdosage. Swissmedic : A. Mise à jour de l'information : septembre 2019. Titulaire de l'autorisation Streuli Pharma SA, 8730 Uznach. Pour de plus amples informations veuillez consulter le site www.swissmedinfo.ch.

* Déjà à partir de 5 ans. **1** Directive EULAR, Richette P, et al. 2016 updated EULAR evidence-based recommendations for the management of gout. Ann Rheum Dis 2017;76:29–42. **2** à titre d'add-on aux AINS. ESC Guidelines for the diagnosis and management of pericardial diseases. European Heart Journal (2015) 36, 2921–2964. **3** Ozen S, et al. EULAR recommendations for the management of familial Mediterranean fever. Ann Rheum Dis 75:644-651. 2016. Les références sont volontiers mises à disposition sur demande.

streuli-pharma.ch