

# BULLETIN DES MÉDECINS SUISSES & SWISS MEDICAL FORUM

Numéro 6  
7 février 2024



**12 Marché du travail**  
Vers un personnel soignant  
«temporaire»?

16 **Réseaux sociaux**  
Influenceurs en santé:  
argent, pouvoir et dérives

28 **Direction de l'ISFM**  
Deux nouveaux visages  
à la vice-présidence

40 **Stroke Units et Centers**  
Le point sur les critères de  
certification actuels



Wish you  
were here

Not  
Here

**BETMIGA™. ÉVIDEMMENT !**

**Traitement symptomatique de l'hyperactivité vésicale (HAV) s'accompagnant d'une augmentation de la fréquence mictionnelle, d'une urgence mictionnelle et/ou d'une incontinence urinaire d'urgence.**

Catégorie de remise : B. Admis par les caisses-maladie.  
Pour de plus amples informations, veuillez consulter l'information professionnelle Betmiga™ sur [www.swissmedinfo.ch](http://www.swissmedinfo.ch).



Astellas Pharma SA  
Richtiring 28, CH-8304 Wallisellen  
Switzerland, [www.astellas.ch](http://www.astellas.ch)

Date of preparation 11/2023, MAT-CH-BET-2023-00113



**Betmiga™**  
mirabegron

# Changement de génération



**Sandra Ziegler**  
Dre phil. II, MS,  
directrice des EMH  
sandra.ziegler[at]emh.ch

Après 15 ans de succès au service de la formation prégraduée, postgraduée et continue du corps médical suisse, le changement de génération se profilait à l'Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue (ISFM). Au mois de novembre dernier, l'élection des Dres méd. Nathalie Koch et Barbara Schild en tant que vice-présidentes de l'ISFM a marqué le début de ce processus. «Ce choix marque également le début du renouvellement et du rajeunissement de notre organisation», écrit Monika Brodmann, présidente de l'ISFM, dans son analyse de la semaine en page 24. Dans les pages suivantes, vous aurez en outre l'occasion de faire plus ample connaissance avec les deux nouvelles vice-présidentes de l'ISFM.

Les jeunes générations apportent nécessairement du changement. Si elles ont sans aucun doute contribué à la raréfaction des postes fixes dans les soins infirmiers, la charge de travail de plus en plus lourde et la pénurie de personnel qualifié ont également joué un rôle déterminant dans cette évolution. Les institutions qui dépendent du personnel soignant sont donc confrontées à de nombreux défis. Vous découvrirez comment elles réagissent à cette tendance à partir de la page 12.

La pénurie de main-d'œuvre qualifiée et l'augmentation de l'espérance de vie font que, parmi les baby-boomers, les médecins sont de

plus en plus nombreux à vouloir rester en activité au-delà de l'âge de la retraite. En Suisse, 21% des chirurgiennes et chirurgiens actifs ont plus de 60 ans, 9,8% plus de 65 ans et 4,8% plus de 70 ans. Mais ces personnes sont-elles encore suffisamment en forme pour exercer leur métier? La Société suisse de chirurgie (SGC/SSC) a élaboré un outil d'évaluation qui donne un bilan de leurs capacités. Plus de détails en page 32.

Les derniers profils d'exigences et lignes directrices pour les Stroke Units et Stroke Centers en Suisse ont été publiés il y a douze ans. Une adaptation au contexte actuel et aux connaissances les plus récentes étaient donc nécessaires. La collaboration interprofessionnelle, qui progresse rapidement dans ce domaine, a fait l'objet d'une attention particulière lors de la révision. Dans le Swiss Medical Forum, en page 40, vous en apprendrez plus sur ces exigences que doivent remplir les Stroke Units et les Stroke Centers.

Annonce

# Canephron®



Canephron® (Petite centaurée, racine de livèche, feuilles de romarin). Cat. D.  
Préparation urologique à base de plantes. Pour des informations détaillées, voir [www.swissmedinfo.ch](http://www.swissmedinfo.ch).

Biomed AG, Überlandstrasse 199, CH-8600 Dübendorf. © Biomed AG. 12/2023. All rights reserved.

**BioMed®**



# Explorer. S'informer.

Inscrivez-vous dès maintenant sur [swisshealthweb.ch](https://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

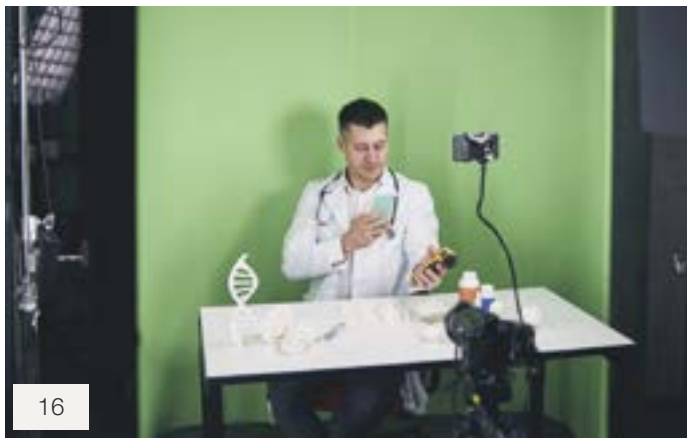


12

## Vers un personnel soignant «temporaire»?

**Marché du travail** Compte tenu de la charge de travail croissante, les soignantes et soignants sont de plus en plus nombreux à refuser les postes fixes. Si le travail temporaire n'a pas bonne presse dans les institutions, cette nouvelle tendance aura néanmoins permis de faire bouger les choses.

Andrea Söldi



16

## Docteur et influenceur

**Réseaux sociaux** En quelques mois, des professionnels de santé deviennent des stars de Youtube, Instagram ou Tiktok. Ils y expliquent maladies et traitements, lèvent le voile sur leur quotidien ou abordent la santé avec humour. Mais il s'agit également d'argent, de pouvoir et, parfois, de faits médicaux douteux.

Daniel Saraga



72

## Violence à l'encontre du personnel médical

**Droit** Coups de poing, coups de pied, insultes ou encore menaces font partie du quotidien de nombreux établissements de santé en Suisse. Mais ce que beaucoup de professionnels de la santé ignorent, c'est que les violences ou les menaces exercées à leur encontre peuvent relever de l'infraction «violence ou menace contre les fonctionnaires». Katja Gfeller et Sascha Bättig font le point sur le cadre juridique.

Katja Gfeller; Sascha Bättig

Annonce

Admis aux caisses dans la liste B<sup>1</sup>

# Prostaplant®-F

Sabal WS® 1473 · Urtica WS® 1031

## La solution convaincante au double mécanisme d'action<sup>2</sup>

### Soulagement des troubles à la suite d'une hyperplasie bénigne de la prostate<sup>1</sup>

www.swissmedicinfo.ch | www.schwabepharma.ch

Références

1. www.swissmedicinfo.ch 2. Koch E. et al. Pharmakologische Wirkungen von Sabal- und Urticaextrakten als Grundlage für eine rationale Therapie der BPH. Der Urologe (B) 1994; 34: 90-95. 07/20  
Toutes les références peuvent être demandées à Schwabe Pharma.

Indication équivalente à celle de la tamsulosine<sup>1</sup> ✓

Sans altération de la sexualité<sup>1</sup> ✓



Schwabe  
Pharma AG

From Nature. For Health.

02/23

## Sommaire

3	<b>Éditorial de Sandra Ziegler</b> Changement de génération	28	<b>ISFM</b> Engagées avec force et conviction pour la formation médical
8	<b>CONTENU ÉDITORIAL</b>	31	<b>Nouvelles du corps médical</b>
8	<b>Actualités</b>	32	<b>ORGANISATIONS</b>
8	<b>À la page</b> «Le carnet papier n'est plus suffisant»	32	<b>Société suisse de chirurgie</b> Les performances diminuent-elles avec l'âge?
12	<b>À la une</b> Vers un personnel soignant «temporaire»?	37	<b>SWISS MEDICAL FORUM</b>
16	<b>Article de fond</b> Docteur et influenceur	38	<b>Weekly Briefing de Lars C. Huber et Martin Krause</b>
20	<b>Forum</b> Perception et mouvement	40	<b>Actuel</b> Stroke Units et Stroke Centers en Suisse
21	<b>Communications</b>	50	<b>Commentaire</b> Time is brain!
70	<b>Savoir</b> Comment réduire le nombre d'animaux de laboratoire?	52	<b>Le cas particulier</b> Masses pulmonaires avec une découverte surprenante
72	<b>Cabinet malin</b> Violence à l'encontre du personnel médical	66	<b>POINT FORT: UROLOGIE</b>
74	<b>Le mot de la fin de Rouven Porz</b> Le silence est d'or	66	Place centrale de la douleur
23	<b>FMH</b>	68	Résultats fonctionnels après un traitement focal
24	<b>Analyse de la semaine du Comité central</b> L'ISFM planifie la formation médicale du futur	55	<b>SERVICES</b>
26	<b>FMH Actuel</b> Renouvellement du Comité directeur de l'ASQM en 2024	55	<b>Offres et demandes d'emploi</b>
		61	<b>FMH Services</b>
		75	<b>Séminaires et événements</b>

## Impressum

## Bulletin des médecins suisses

Organe officiel de la FMH, l'association professionnelle des médecins suisses  
Contact: +41 61 467 85 55, redaktion.saez@emh.ch, www.bullmed.ch

**Rédaction:** Rahel Gutmann, Carole Scheidegger, Lucas Vallois, Sarah Bourdely, Laura Jovanovic, Bahador Saberi, Christelle Grisnaux, Anja Kemmer (assistante de rédaction), Dominique Fischer (rédaction Point fort).  
Vous trouverez les membres de l'Advisory Board en ligne sur [www.bullmed.ch](http://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](http://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](http://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).

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](http://www.emh.ch/fr)

**Annances:** Philipp Lutzer, tél. +41 61 467 85 05, [philipp.lutzer@emh.ch](mailto:philipp.lutzer@emh.ch)

**Marché de l'emploi et annonces par rubrique:** Régie des annonces, tél. +41 61 467 85 71, [stellenmarkt@emh.ch](mailto: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](mailto:mail@fmhjob.ch), [www.fmhjob.ch](http://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](mailto:dlim@fmh.ch)

**Autres abonnements:** Service à la clientèle EMH, [abo@emh.ch](mailto: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](http://www.vsdruk.ch)

**Photos:** toutes les photos sont mises à disposition, sauf indication contraire. Photo de couverture: © Monkey Business Images / Dreamstime

# Sans calcul compliqué?

La solution: 1 x par jour, 12 mmol\*, 100% citrate<sup>1,2,3</sup>

MAGNESIUM

Diasporal®

12 mmol\*

# Mg

Magnésium  
une seule prise en  
l'espace de 24 heures



La performance,  
droit au but.

- 1 x prise quotidienne<sup>1,2,3</sup>
- 12 mmol<sup>1\*</sup>
- admis par les caisses-maladie<sup>4</sup>

3 Li Lithium 6.94	4 Be Béryllium 9.0122	
11 Na Sodium 22.990	12 Mg Magnésium 24.305	
19 K Potassium 39.098	20 Ca Calcium 40.078	21 Sc Scandium 44.956



admis par les caisses-maladie<sup>4</sup>

\* conformément à la recommandation posologique autorisée

## Références

1) Information professionnelle Magnésium-Diasporal® 300 sous [www.swissmedinfo.ch](http://www.swissmedinfo.ch), consulté en septembre 2023 2) Information professionnelle Magnésium-Diasporal® 100 CitraCaps sous [www.swissmedinfo.ch](http://www.swissmedinfo.ch), consulté en septembre 2023 3) Information professionnelle Magnésium-Diasporal® 300 sans sucre sous [www.swissmedinfo.ch](http://www.swissmedinfo.ch), consulté en septembre 2023 4) Liste des spécialités de l'OFSP sur [www.spezialitaetenliste.ch](http://www.spezialitaetenliste.ch), état en septembre 2023. Nous mettons à disposition toutes les références sur demande.

Résumé de l'information aux professionnels: Magnésium-Diasporal® 100 CitraCaps, capsules / Magnésium-Diasporal® 300, granulés / Magnésium-Diasporal® 300 sans sucre, granulés. **Principe actif:** Magnesium ut Magnesii citras; 100 mg de magnésium (= 4,0 mmol) par capsule resp. 301 mg de magnésium (= 12,4 mmol) par sachet. **Indication:** Prophylaxie et traitement des troubles du rythme à caractère tachycardique, en cas de maladie coronarienne, hyperexcitabilité neuromusculaire, syndrome tétanique, contractures musculaires, myosite ossifiante, prophylaxie des récurrences des urolithiases oxalocalciques, pré-éclampsie, éclampsie, carences en magnésium, lors de besoins accrus en magnésium. **Posologie:** Adultes et adolescents dès 12 ans 1 x 3 capsules resp. 1 sachet par jour. Durée du traitement: au moins 6 semaines. **Contre-indications:** Insuffisance rénale aiguë ou chronique, prédisposition à la lithiase phospho-ammonico-magnésienne; excisicose. **Précautions:** En cas de troubles bradycardiques de la conduction intracardiaque, en cas d'insuffisance rénale. **Interactions:** Tétracyclines, fluorures, cholécalférol. **Grossesse/Allaitement:** peut être administré. **Effets indésirables:** occasionnels: des selles molles. **Présentation:** Emballage de 120 capsules resp. 20 et 50 sachets; Liste: B; remboursé; Doetsch Grether SA, 4051 Bâle; mise à jour de l'information: août 2017. Pour des informations détaillées, voir [www.swissmedinfo.ch](http://www.swissmedinfo.ch).



© Maglana / Dreamstime

Cliquer au lieu de feuilleter: le carnet de santé de Pédiatrie Suisse doit devenir numérique.

À la page

## «Le carnet papier n'est plus suffisant»

**Numérisation** Le carnet de santé accompagne tous les jeunes parents. Il contient toutes les étapes clés de la santé d'un enfant, de la naissance à l'adolescence. Susanne Stronski, membre du comité de Pédiatrie Suisse et présidente de l'association Carnet de santé numérique, nous explique pourquoi le format papier doit suivre la voie de la numérisation.

Propos recueillis par Rahel Gutmann

**Susanne Stronski, depuis 1994, le carnet de santé de Pédiatrie Suisse est distribué en format papier aux nouveaux parents. Est-ce un concept à succès?**

Plus de 90% des nouveau-nés et leurs parents reçoivent un carnet de santé. Il est distribué dans les hôpitaux, les maisons de naissance, lors des accouchements à domicile et a été l'un des premiers «dossiers du patient» en 1994. L'un des objectifs, lors de son introduction, était de promouvoir l'autogestion auprès des parents. Dans le même temps, le carnet de santé assure la continuité de la prise en charge des enfants et des jeunes, évite les doublons et constitue un outil transdisciplinaire. Car il est présent aussi bien lors de la visite chez la sage-femme que chez le pédiatre.

**Pourquoi vouloir le numériser maintenant?**

Le thème de la numérisation est sur la table depuis longtemps. Le carnet papier n'est plus suffisant à l'heure actuelle. Que se passe-t-il par exemple si les parents se séparent? Le

carnet reste alors chez l'un pendant que l'autre se rend au cabinet médical avec l'enfant. En outre, il existe de nombreuses recherches sur les pratiques numériques des parents et leur gestion de l'information. Julia Dratva, coresponsable de ce projet à la Haute école des sciences appliquées de Zurich (ZHAW), détaille notamment ces comportements. Aujourd'hui, les parents sont connectés et vont chercher leurs informations sur Internet, sur des sites web qui leur sont dédiés, auprès des services de santé ou des cliniques. Alors pourquoi, en tant que société spécialisée, ne proposons-nous pas quelque chose de comparable sous la forme d'un site web et d'une application?



**Dre méd. Susanne Stronski**

Spécialiste en pédiatrie, Master of Public Health, membre du comité de Pédiatrie Suisse, présidente de l'association Carnet de santé numérique.



### Cela semble évident. Pourtant, il est jusqu'à présent difficile de trouver des financeurs pour ce projet.

C'est malheureusement vrai. C'est dans cette optique que nous avons fondé, fin 2021, l'association Carnet de santé numérique, soutenue par Pédiatrie Suisse, la ZHAW et le Collège de médecine de premier recours. Cette année, nous travaillons intensivement à l'obtention de fonds et sommes en discussion avec quelques organisations. La difficulté est que nous ne pouvons pas demander de financement pour la recherche, bien que tout le monde soit très intéressé par les données de notre projet.

### Que voulez-vous dire?

Actuellement, beaucoup de choses bougent pour rassembler les données hospitalières sur la santé des enfants et des adolescents. Mais celles-ci sont loin de couvrir l'ensemble de la population pédiatrique. Nous manquons de données provenant du secteur ambulatoire. Le carnet de santé numérique pourrait ici combler une lacune, car il comprendrait également les données des enfants «en bonne santé».

### Une interface avec le dossier électronique du patient (DEP) est-elle également prévue?

Nous visons une interface qui permettrait de transférer les données du carnet de santé vers le DEP. Il est important pour moi de noter que le carnet de santé ne fait pas concurrence au DEP.

### Y a-t-il des exemples à l'étranger dont vous pouvez vous inspirer?

Oui, par exemple aux Pays-Bas, où il existe déjà une application correspondante. Lors d'un congrès, nous avons échangé nos expériences. Il apparaît que les pères néerlandais s'impliquent davantage dans la version numérique. En outre, l'application renvoie également à d'autres informations sur la santé pour les enfants et les adolescents.

### Est-ce également prévu ici?

Pour l'instant, notre objectif est de mettre sur pied un projet pilote d'ici la fin de l'année. Par la suite, nous souhaitons également relier l'application à des sources externes crédibles. Nous pourrions ainsi mettre à la disposition des parents une sorte de guide. Une sélection d'informations dont ils savent qu'elles sont fiables. De mon point de vue, cela fait partie des tâches d'une société spécialisée.

### Cette année, vous réaliserez une enquête sur les carnets de santé auprès de vos adhérents. Quel est le but de l'enquête?

Nous souhaitons utiliser l'enquête pour améliorer le contenu du carnet de santé. En revanche, il contiendra des questions sur la numérisation. L'un des enjeux du carnet de santé numérique consistera en l'interaction avec le système primaire des cabinets. Jusqu'à présent, les notes ont été saisies à la main, ce qui est facile.

### Et à l'avenir?

Comptons sur les parents. Ceux-ci utilisent aujourd'hui déjà diverses applications dans lesquelles ils peuvent, par exemple, indiquer la courbe de croissance de leur enfant. Ils n'auront donc aucun problème à saisir des données dans le carnet de santé numérique.

### Quoi de neuf?

## Nouvelle médecin adjointe au service de psychiatrie du CHVR



Dre méd.  
Agathe Greiser-Evain

**CHVR** La Dre méd. Agathe Greiser-Evain a été nommée médecin adjointe du service de psychiatrie et de psychothérapie ambulatoires du Centre Hospitalier du Valais Romand (CHVR). Agathe Greiser-Evain a terminé ses études de médecine à Genève en 2013. Après une année en chirurgie générale à l'Hôpital fribourgeois de Riaz, elle a commencé sa spécialisation en psychiatrie et psychothérapie au CHUV, où elle a été médecin-assistante et directrice adjointe de la clinique jusqu'en 2022. Elle a ensuite pris la fonction de médecin cheff de clinique adjointe au service Psychiatrie-psychothérapie de la personne âgée au sein du pôle de psychiatrie du CHVR. Dre méd. Greiser-Evain a obtenu son titre de spécialiste en 2023.

## Julian Cornelius dirige le nouveau cabinet Uroviva



Dr méd. Julian  
Cornelius

**Uroviva** Le Dr méd. Julian Cornelius a pris la direction du nouveau cabinet d'urologie d'Uroviva SA dans le canton d'Argovie. Le nouveau site se trouve dans les locaux de la clinique privée Villa im Park, où Julian Cornelius travaille depuis octobre 2023 en tant que médecin agréé. L'urologue s'est spécialisé dans le domaine de l'urologie à l'Hôpital cantonal de Lucerne et à la clinique universitaire d'urologie de l'Hôpital de l'Île à Berne. Outre l'urologie générale et l'uro-oncologie, il a une spécialisation clinique et scientifique dans l'urologie fonctionnelle, y compris les traitements mini-invasifs en cas d'hyperplasie de la prostate, ainsi que dans l'andrologie et la médecine sexuelle.

## Nouveau médecin-chef du service ORL en Valais



Dr méd. Bassel  
Hallak

**CHVR** Le Centre Hospitalier du Valais Romand (CHVR) a nommé le Dr méd. Bassel Hallak médecin-chef du service ORL. Il travaille au CHVR depuis 2013 en tant que médecin adjoint au service d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale. D'origine syrienne, Bassel Hallak est arrivé en France en 2004. En 2008, il a commencé à travailler à l'Hôpital cantonal de Fribourg puis a rejoint le Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) en 2010 pour trois ans afin de compléter sa formation en ORL. Titulaire de nombreux diplômes et formations complémentaires, il a été nommé Fellow de l'American College of Surgeons en 2023.

## Au cœur de la science

## La cause des malformations cardiaques

**Syndrome de Down** Le gène appelé Dyrk1a est responsable des malformations cardiaques qui affectent environ la moitié des personnes atteintes du syndrome de Down. C'est à cette conclusion qu'est parvenue une équipe de recherche britannique dirigée par Victor Tybulewicz du Francis Crick Institute de Londres. Les scientifiques ont comparé le tissu cardiaque d'embryons humains avec et sans trisomie 21 à différents modèles de souris. Ils ont ainsi découvert qu'une copie supplémentaire de Dyrk1a affectait l'activité des gènes qui contrôlent la division cellulaire pendant le développement cardiaque embryonnaire. De plus, la fonction des mitochondries était perturbée. Ces modifications étaient liées à une mauvaise séparation des cavités cardiaques, qui est à la base des malformations cardiaques du syndrome de Down. Dyrk1a est déjà associé aux troubles cognitifs et aux modifications faciales liés à la trisomie 21, mais son rôle dans le développement du cœur était inconnu.

doi.org/10.1126/scitranslmed.add6883

## La syphilis présente avant les colonisateurs

**ADN préhistorique** Des scientifiques des universités de Bâle et de Zurich ont découvert le patrimoine génétique de l'agent pathogène *Treponema pallidum* dans des os de personnes mortes au Brésil il y a 2000 ans. Il s'agit de la plus ancienne détection confirmée de l'agent pathogène. Cette découverte prouve que des personnes sont mortes de maladies similaires à la syphilis, appelées tréponématoses, bien avant la découverte de l'Amérique par Christophe Colomb. «Comme nous n'avons pas trouvé de syphilis transmise par voie sexuelle en Amérique du Sud, la théorie selon laquelle Christophe Colomb aurait rapporté la syphilis en Europe semble de moins en moins probable», explique la Prof. Dre méd. Verena Schüenemann, qui a dirigé l'étude. La comparaison de l'ADN avec les agents pathogènes contemporains montre que les agents pathogènes de la famille *Treponema pallidum* ont dû apparaître entre 12 000 et 550 av. J.-C. L'histoire de l'apparition de ces agents pathogènes remonte donc bien plus loin que ce que l'on pensait.

doi.org/10.1038/s41586-023-06965-x

## Divers

## Septicémie chez les enfants



© Nitipong Choosompop / Dreamstime

De nouvelles recherches améliorent le diagnostic de la septicémie chez les enfants.

**Diagnostic** Une équipe de recherche internationale, codirigée par l'Hôpital pédiatrique universitaire de Zurich (Kispi), a élaboré des critères basés sur des preuves pour diagnostiquer la septicémie chez les enfants. Les chercheurs ont analysé à l'aide de l'IA les données de plus de 3,5 millions d'enfants atteints de septicémie et ont utilisé des méthodes d'apprentissage automatique pour en déduire les critères. Ils ont ainsi développé le «Phoenix Sepsis Score». Celui-ci évalue rapidement et de manière fiable la gravité de la défaillance des organes chez les enfants atteints de septicémie.

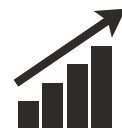
Pour leur étude (doi.org/10.1001/jama.2024.0179), les scientifiques ont utilisé des données provenant de pays en

développement d'Amérique du Sud, d'Afrique et d'Asie. Les nouveaux critères peuvent être utilisés dans les petits et grands hôpitaux ainsi que dans différents systèmes de santé dans le monde entier. «Pour la première fois, il existe des critères standardisés et basés sur l'évidence qui pourront améliorer durablement le dépistage précoce de cette maladie», explique le codirecteur, Dr méd. Luregn Schlapbach, professeur de médecine intensive pédiatrique à l'Université de Zurich et médecin-chef de la médecine intensive au Kispi.

Environ trois millions d'enfants meurent chaque année de septicémie. Un enfant sur trois qui survit à une septicémie souffre de séquelles à long terme.

## En chiffres

## Consommation de médicaments



En 2022, 55% de la population résidante suisse, âgée de 15 ans ou plus, a pris un médicament sur une période de 7 jours, indique l'enquête suisse sur la santé de l'Office fédéral de la statistique.

Si la part des personnes utilisant des analgésiques s'est accrue, passant de 12% en 1992 à 26% en 2022, celle des psychotropes s'est stabilisée à 9% depuis 2007.



Par ailleurs, 59% des femmes contre 51% des hommes avaient pris un médicament, et la consommation s'accroît avec l'âge: 86% chez les 75 ans ou plus.



© Elsa Nur Afiana / Dreamstime; Arkadi Bojaršinov / Dreamstime; Snegana Petrovskaya / Dreamstime

## Personnalité de la semaine

## Il a opéré un patient hypnotisé



Dr méd. Steven Maurer

**Baden** Ni anesthésie, ni analgésiques: le Dr méd. Steven Maurer, chef de clinique adjoint en orthopédie à l'Hôpital cantonal de Baden (KSB), a opéré un patient hypnotisé – une première au KSB. Une plaque métallique et des vis ont été retirées du tibia et du péroné gauches de cet homme de 55 ans. L'absence d'anesthésie était souhaitée, explique Dr Maurer: «La demande était très inhabituelle pour nous. J'en avais certes déjà entendu parler, mais je n'aurais jamais pensé pratiquer un jour une opération sur un patient hypnotisé.» Le KSB voulait répondre au souhait du patient: «Il était important pour moi que le patient ait eu un entretien d'information avec le service d'anesthésie et que les collègues aient estimé que le risque de complication était faible», précise Dr Maurer. Selon lui, il fallait s'attendre à des douleurs lors de l'opération. «Personnellement, je m'attends à des douleurs fortes pour une incision cutanée d'une dizaine de centimètres jusqu'à l'os du tibia et du péroné.»

Les chirurgiens du KSB avaient néanmoins préparé un plan d'urgence. «En cas de douleurs, nous aurions procédé à une anesthésie locale ou même interrompu l'opération.» Quarante minutes avant le début de l'opération, le patient s'est mis en transe grâce à des enregistrements audio,

indique le KSB. L'opération s'est déroulée sans problème, selon Dr Maurer. «J'ai perçu de temps en temps un léger gémissement de la part du patient, mais pas de tressaillement ou de retrait de la jambe. Il était très concentré sur l'hypnose.» Le suivi postopératoire s'est également déroulé sans problème. «Après sa première opération, il avait encore besoin de pas mal d'analgésiques. Cette fois, il y a complètement renoncé.» Une heure après l'opération, il a quitté l'hôpital, «à pied», comme l'indique le KSB.

Après cette expérience positive, Steven Maurer est ouvert à d'autres interventions mineures sur des patients hypnotisés. De plus, l'hypnose pourrait être utilisée en accompagnement d'une anesthésie locale afin de calmer le patient. Il voit toutefois un problème au niveau de la planification: «Un patient doit atteindre l'état de transe pour l'opération dans un certain délai, sinon tout le plan s'enraye. D'un point de vue économique aussi, c'est compliqué.» Pour les interventions plus importantes, notamment celles à dominante cardio-pulmonaire, l'hypnose serait une imprudence. «Je vois un avenir pour l'hypnose dans la médecine de la douleur et le traitement en ambulatoire.» Selon Dr Maurer, l'anesthésie classique reste toutefois indispensable.

## Repéré



© CreativeErdavors / Dreamstime

**Antibiorésistance** Lorsque les antibiotiques ne sont plus efficaces, le traitement contre les bactéries pathogènes devient plus difficile. Les personnes aux antécédents médicaux peuvent notamment être porteuses de germes résistants pendant de nombreuses années et souffrir d'infections à répétition. C'est ce que montre une étude récente de l'Université et de l'Hôpital universitaire de Bâle (doi.org/10.1038/s41467-023-44285-w).

# Vers un personnel soignant «temporaire»?

**Marché du travail** Compte tenu de la charge de travail croissante, les soignantes et soignants sont de plus en plus nombreux à refuser les postes fixes. Si le travail temporaire n'a pas bonne presse dans les institutions, cette nouvelle tendance aura néanmoins permis de faire bouger les choses.

Andrea Söldi

**B**ianca Kraus n'a rien contre les nuits de garde en général. Mais quand cette infirmière travaillait en salle de réveil à l'Hôpital universitaire de Zurich (USZ), on ne lui octroyait qu'un jour et demi de congé après un service de garde de cinq à six nuits et elle enchaînait souvent avec le service du matin. «Ça m'a épuisée», raconte cette femme de 37 ans, qui passait ses jours de congé à dormir.

## La part du travail temporaire dans le secteur de la santé a augmenté, mais reste inférieure à celle du marché du travail global.

C'est pourquoi elle a opté pour un emploi temporaire il y a quatre ans. Elle a d'abord conservé un poste fixe à 60% tout en intégrant le pool de remplacement de la clinique Hirslanden par une agence d'intérim. Depuis l'été dernier, elle n'envisage plus que le travail temporaire. «Dans de nombreux établissements, je suis confrontée à des équipes où le personnel change souvent et ne maîtrise pas toujours l'allemand. Les erreurs sont fréquentes.» Dans ces conditions, elle apprécie la diversité et ne souhaite plus s'investir outre mesure.

Bianca Kraus est sous contrat avec l'agence Carepeople. Au début, elle a noté ses disponibilités dans l'application. Elle a souvent proposé ses services pour des horaires tardifs ou de nuit. Elle a ainsi été engagée à la journée par plusieurs hôpitaux et alternait entre eux. Toutefois, elle constate, depuis un an environ, que les institutions préfèrent des intérimaires pour des périodes plus longues. Depuis octobre, elle travaille à l'Hôpital universitaire de Zurich dans le service de thérapie cellulaire – probablement jusqu'en mars.

### Plus présent dans d'autres secteurs

Le travail temporaire dans la santé est sujet à controverse. Depuis la pandémie et le manque accru de personnel, ce modèle s'est fortement répandu, mais selon les enquêtes de l'association des employeurs Swisstaffing, sa part de 2,2% est toujours inférieure à celle du marché du travail global, qui atteint 2,6%. On reproche souvent aux intérimaires, parfois exigeants concernant les horaires de travail, de ne prendre que le meilleur. Il ressort de cette critique que les employés fixes doivent combler les lacunes et que les intérimaires profitent de la situation précaire en réclamant des salaires indécents, raison de la hausse des coûts.

### Plus de travail pour le corps médical

La FMH se montre aussi critique envers cette pratique: «Les travailleurs temporaires ne sont pas familiarisés à la culture



© Monkey Business Images / Dreamstime

La possibilité de travailler en conciliant famille et loisirs encourage de nombreuses personnes à rester dans le secteur de la santé ou à le réintégrer.

de l'institution et ne se projettent pas dans une collaboration durable», explique la présidente Yvonne Gilli. Selon elle, avec une plus grande proportion de temporaires, il n'est guère possible d'établir une culture de travail commune et positive, basée sur la relation et la confiance.

Pour les médecins, en étroite collaboration quotidienne avec le personnel soignant, cette forme de recrutement entraîne plus de travail. Les engagements temporaires sont plus onéreux, ce qui a des répercussions négatives sur l'ensemble des employés, poursuit Yvonne Gilli. «Nous jugeons problématique le recours accru et permanent à des emplois temporaires.» L'association les considère comme une solution à court terme.

Certes, le travail temporaire existe aussi dans la profession médicale, poursuit la présidente, mais il est plus rare en raison des conditions cadres différentes. Alors que la plupart des infirmières et infirmiers ont terminé leur formation, la majorité des médecins employés dans les hôpitaux sont en formation continue pour leur spécialisation et sont donc plus disposés à faire des heures supplémentaires, développe Yvonne Gilli.

### Des améliorations pour les titulaires

Ce modèle ne plaît pas non plus aux hôpitaux. Il est certes déjà bien établi et reste judicieux, notamment pour compenser les fluctuations saisonnières, relate Caroline Johnson, porte-parole de l'Hôpital universitaire de Bâle (USB). Mais, depuis début 2023, ce phénomène a pris de l'ampleur. «Le travail temporaire concurrence de plus en plus les emplois fixes.» En raison d'expériences négatives et de pratiques peu sérieuses dans le recrutement, l'USB ne travaille désormais plus qu'avec un petit nombre d'entreprises et conclut avec elles un contrat qui règle la question des exigences et du devoir de formation continue.

En outre, l'hôpital a pu réduire le nombre d'intérimaires, les postes fixes suscitant un intérêt croissant, en grande partie grâce à l'amélioration des conditions de travail: par exemple, les services de nuit et de week-end, ainsi que les remplacements de dernière minute sont mieux rémunérés. L'USB a même créé son propre pool de remplacement.

## Plutôt que de payer des frais d'intérim, on devrait utiliser cet argent pour améliorer les conditions de travail des titulaires.

### Une ambiance dégradée

L'Hôpital cantonal de Lucerne (LUKS) tend à renoncer autant que possible aux emplois temporaires. Cependant, le bon fonctionnement du bloc opératoire repose encore sur l'intérim, contrairement aux soins intensifs et aux urgences. «Les services peu attrayants et le temps de formation supplémentaire reviennent souvent aux titulaires», déclare Michael Döring, responsable du département Santé et Social. Qui plus est, l'impact sur l'esprit d'équipe est clairement négatif. Le LUKS dispose d'un grand pool de soignantes et soignants, et a su rendre les postes fixes plus attrayants en mettant en place des allocations plus élevées, des jours de congé

supplémentaires, des partages de poste, des horaires de travail flexibles, des mi-temps et le droit de travailler à l'âge de la retraite.

### Une autre gestion du budget

L'Association Suisse des Infirmières et Infirmiers (ASI) s'insurge également contre la hausse des charges due aux frais de recrutement: «Nous préférerions que cet argent serve à améliorer les conditions de travail des titulaires», déclare la directrice adjointe Christina Schumacher. Les agences recrutent parfois les soignantes et soignants de manière agressive. L'un des inconvénients majeurs réside dans le fait que la continuité des soins infirmiers est plus difficile à assurer. «Les intérimaires ne connaissent généralement ni les procédures ni le savoir-faire spécifique», ajoute-t-elle. Les interventions courtes ne favorisent guère la qualité, en particulier dans les EMS: «Le manque de temps ne permet pas de s'occuper en détail de la situation des résidents et rend difficile l'établissement d'une relation avec eux.»

### Une chance pour se remettre en selle

Pendant ce temps, les agences de recrutement mettent, sans surprise, en avant les avantages du travail temporaire. «Avec nos modèles de travail flexibles, nous permettons aux professionnels formés de maintenir ou de trouver un emploi», souligne Petra Fischer, directrice adjointe de l'entreprise Careanesth. La possibilité de travailler en conciliant famille et loisirs encourage de nombreuses personnes à rester dans le secteur de la santé ou à le réintégrer.

Du reste, les modèles de travail autonome sont plus stables et la contrainte du travail en équipe est devenue obsolète, ajoute Philipp Balscheit, de la société Coople. Si les ressources sont limitées, il est nécessaire de les utiliser de la manière la plus efficace possible. C'est bien plus judicieux que si chaque institution cherche du personnel uniquement pour elle-même. Le travail temporaire étant une opportunité pour les personnes désireuses de reprendre une activité professionnelle, il revêt une grande importance pour l'économie nationale.

### La marge reste confidentielle

Avec une part du personnel d'un peu plus de 2%, même si les charges salariales sont plus élevées, cela reste négligeable, affirme Philipp Balscheit. Les entreprises interrogées refusent toutefois de révéler la marge opérée par placement. Du côté de Careanesth, on apprend seulement que les employeurs sont facturés entre 1,3 et 1,4 fois le salaire brut versé. Pour d'autres agences, ce facteur peut aller jusqu'à 1,8. Mais ce montant comprend également les vacances, les jours fériés, le 13<sup>e</sup> mois, ainsi que les cotisations et contributions sociales de l'employeur. En effet, la convention collective de travail de la branche du travail temporaire prescrit, outre des salaires minimaux définis, une couverture en cas d'accident ou de maladie ainsi que des cotisations à la prévoyance vieillesse. Selon une étude de la Haute école zurichoise des sciences appliquées (ZHAW), les employés temporaires à temps plein coûtent 11% de plus en moyenne.

### L'évolution des hôpitaux sous pression

Le projet de recherche CroWiS, auquel participent trois hautes écoles, se penche sur les différents aspects du travail

temporaire dans le secteur de la santé. Une enquête menée auprès de 600 soignantes et soignants en Suisse a révélé qu'un tiers des absences de personnel sont de courte durée au quotidien. D'après Michael Simon, de l'Université de Bâle, 80% de ces absences ne sont pas remplacées et 20% sont assurées par des membres de l'équipe qui viennent «sur leur temps libre». De ce point de vue, le recours aux intérimaires lui semble la meilleure solution. Dans la réalité, le sujet importe bien moins que dans l'opinion publique, souligne le professeur en sciences infirmières. «Il s'agit d'un phénomène marginal. Les cas de débauchage sont rares.»

## D'après les agences d'intérim, le travail temporaire maintient les spécialistes sur le marché du travail et facilite la reprise d'activité.

La pression exercée par la pénurie de personnel et la migration vers des agences d'intérim a déjà fait évoluer les choses dans le bon sens, observe Michael Simon. Par exemple, on réfléchit davantage à des modèles de travail plus flexibles et, dans certains endroits, à des pools interinstitutionnels. Il voit un autre potentiel dans la planification du personnel.

Pendant longtemps, le secteur de la santé ne s'est pas préoccupé des besoins en personnel. Et ce n'est que depuis peu que l'on recourt au numérique pour établir les plannings, en se basant sur les souhaits de chacun, explique l'expert. «En quelques secondes, le logiciel propose une solution satisfaisante pour tous.»

Susan Elmer souhaite depuis longtemps de tels changements. Cette experte en anesthésie travaille depuis plus de dix ans uniquement de manière temporaire, car elle aime les longs voyages. Elle s'est mise à son compte en 2019. Entre deux escapades, elle travaille toujours à fort taux d'occupation pendant plusieurs mois dans une clinique et effectue en parallèle des missions ambulatoires de plusieurs jours dans des cabinets dentaires. Elle intervient actuellement à l'Hôpital de Bülach. «Je couvre tous les services», souligne cette femme de 45 ans. «Par exemple, quand il y a une fête du personnel, il m'arrive de prendre un service tardif pour que les autres puissent en profiter.»

Annonce

**accord**

**ORGOVYX®**

**One & Only**  
oral ADT\*

Diminution rapide et durable de la testostérone sans effet flare-up initial.<sup>3</sup>

**ORGOVYX®**  
(rélugolix) 120 mg comprimés pelliculés

En cas de cancer de la prostate avancé hormonodépendant\*\*<sup>1,2</sup>

1) Fragkoulis C, et al. Arab J Urol. 2021;19(4):460-463. | 2) Information professionnelle Orgovyx de 120 mg comprimés pelliculés. Mise à jour de l'information : 07/2023. | 3) Shore ND, et al. N Engl J Med. 2020;382(4):2187-2196. | \*\*Chez l'adulte.

### Orgovyx® comprimés pelliculés

**C :** Principe actif : rélugolix ; comprimés pelliculés à 120 mg. **I :** Cancer de la prostate avancé hormonodépendant. **P :** >18 ans : dose de charge 1<sup>re</sup> jour : 360 mg, puis 120 mg 1x/jour. **CI :** Hypersensibilité. **IA :** Inhibiteurs oraux de la P-gp comme certains médicaments anti-infectieux (p. ex. azithromycine, érythromycine, clarithromycine, gentamicine, tétracycline), des antifongiques (kétoconazole, itraconazole), des antihypertenseurs (p. ex. carvedilol, vérapamil), des antiarythmiques (p. ex. amiodarone, dronédarone, propafénone, quinidine), des antiangoreux (p. ex. ranolazine), la ciclosporine, les inhibiteurs de la protéase du virus de l'immunité humaine (VIH) ou du virus de l'hépatite C (VHC) (p. ex. ritonavir, télaprévir). Inducteurs de la P-gp qui sont également des inducteurs puissants du CYP3A comme l'apalutamide, certains antiépileptiques (p. ex. carbamazépine, phénytoïne, phénobarbital), des anti-infectieux (p. ex. rifampicine, rifabutine), le millepertuis (*Hypericum perforatum*), les inhibiteurs de la protéase du VIH ou du VHC (p. ex. ritonavir) et les inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse (p. ex. éfavirenz). Prudence avec des médicaments connus pour allonger l'intervalle QT ou capables d'induire des torsades de pointes. **EI :** Très fréquent : bouffées de chaleur (54%), douleurs musculo-squelettiques (30%), fatigue (26%), diarrhée et constipation (12% chacun).

▼ Ce médicament fait l'objet d'une surveillance supplémentaire. Pour plus d'informations, se référer à l'information professionnelle de Orgovyx® disponible sous [www.swissmedicinfo.ch](http://www.swissmedicinfo.ch). Liste Swissmedic B. Mise à jour : 07/2023.

**Accord Healthcare AG** T +41 61 425 46 80  
Wuhrmattstrasse 23 F +41 61 425 46 88  
CH-4103 Bottmingen [www.accord-healthcare.ch](http://www.accord-healthcare.ch)



**Pour plus d'informations**  
Veuillez consulter [www.accord-healthcare.ch](http://www.accord-healthcare.ch)  
ou envoyez nous un e-mail à [info\\_ch@accord-healthcare.com](mailto:info_ch@accord-healthcare.com)

# Docteur et influenceur

**Réseaux sociaux** En quelques mois, des professionnels de santé deviennent des stars de Youtube, Instagram ou Tiktok. Ils y expliquent maladies et traitements, lèvent le voile sur leur quotidien ou abordent la santé avec humour. Mais il s'agit également d'argent, de pouvoir et, parfois, de faits médicaux douteux.

Daniel Saraga

Les effets secondaires des médicaments les plus prescrits, les blessures des sports d'hiver, ou encore les conséquences de l'artériosclérose – expliquées en 60 secondes chrono. Ces trois exemples illustrent les vidéos postées par @der.hausarzt. C'est le compte de David Reckers, 26 ans, actuellement en spécialisation à l'Hôpital communautaire de Bonn. Avec ses 200 000 followers sur Tiktok et 70 000 sur Instagram, il représente un bon exemple d'influenceur du domaine médical, ou «medfluencer» en plus concis. Un phénomène qui prend de l'ampleur en Europe depuis quelques années. Il reste encore discret en Suisse, touchant avant tout le domaine de la beauté et de la dermatologie, sujets appréciés sur Instagram (voir l'encadré «Débuts timides des medfluencers en Suisse»).

## Une à trois heures par vidéo

«J'ai commencé à l'été 2022», raconte David Reckers. «Ma motivation était de profiter du temps que les gens passent sur Tiktok pour leur transmettre des informations de santé, peut-être plus utiles que des vidéos de chats... Mes vidéos sont rapidement devenues virales, générant jusqu'à un million de vues, probablement grâce aux algorithmes de la plateforme, calibrés pour encourager les nouveaux comptes.» Le jeune Allemand y traite de problèmes de santé, réfute des mythes médicaux et aborde parfois des questions telles que la formation des médecins ou leur salaire.

## En Suisse ce phénomène reste encore discret, touchant avant tout le domaine de la beauté et de la dermatologie.

Sa motivation? «Je pense que mes vidéos peuvent aider les gens, par exemple en les motivant à consulter en cas de problème. Elles peuvent transmettre des informations supplémentaires qu'on n'a pas le temps d'aborder durant la consultation. Elles m'incitent aussi à me tenir informé des dernières études et à discuter avec des spécialistes d'autres domaines présents sur les réseaux sociaux. Je développe par ailleurs mes compétences en communication, notamment

avec mes patients, et les commentaires laissés sur les plateformes m'intéressent, en particulier les expériences faites avec différents traitements. Et finalement, les réseaux sociaux développent mon image, ce qui pourrait s'avérer utile une fois installé comme médecin de famille.»

Produire et poster une vidéo lui prend entre une et trois heures, poursuit-il: « Je relis des lignes directrices officielles, regarde si des études importantes sont récemment parues, écris le script, tourne quelques prises, fais un montage sommaire et publie. Au début, je postais chaque jour, aujourd'hui deux à trois fois par semaine. C'est fun et assez addictif, et je dois me restreindre. Avec des semaines de travail de soixante heures, le prix à payer est d'avoir encore moins de temps pour les amis et la famille.»

## Catharsis sur Youtube

Les réseaux sociaux permettent également de lever le voile sur la vie professionnelle. Sur Youtube, le médecin français Walid Mekeddem raconte son quotidien au cabinet de manière directe, sincère et peu affectée: les personnes qui viennent à plusieurs à la consultation, la reconnaissance consécutive à un mot de remerciement d'un patient, la fatigue des lon-

## Débuts timides des medfluencers en Suisse

L'apparition de médecins sur les réseaux sociaux a débuté aux États-Unis, portée notamment par le marché florissant et libéral de la communication médicale. Il s'est ensuite développé en Europe dans des pays tels que l'Allemagne et la France.

La Suisse n'en est qu'à ses débuts. Si la pandémie de COVID-19 a motivé de nombreux scientifiques à s'exprimer sur les réseaux sociaux, on ne trouve qu'une poignée de médecins les utilisant pour vulgariser ou parler de leur quotidien. On les trouve surtout dans le domaine de la beauté et la dermatologie, sujets appréciés sur Instagram et Tiktok. Comme la chirurgienne esthétique Martina Schneider, ou la dermatologue @drliv.





© Hulko Svitlana / Dreamstime

Les entreprises de communication médicale travaillent volontiers avec les étudiants, moins surveillés que les médecins titrés.

gues journées.

À 30 ans, il a publié près de 400 vidéos et touche plus de 100 000 abonnés. Il a commencé comme étudiant à l'Université de Lille pour partager «ses galères», avec une bonne touche d'humour. Il fait aujourd'hui avant tout de la vulgarisation médicale, commente l'actualité lorsqu'un problème de santé touche une personnalité ou analyse des épisodes de séries médicales, en plus des histoires de son quotidien.

«Ma chaîne a évolué avec mon parcours et faire de l'humour ne me paraît plus adéquat aujourd'hui, explique Walid Mekeddem. Une partie de mon audience vient pour le savoir médical, une autre apprécie les anecdotes. Ce qui est resté, c'est la volonté de communiquer de manière spontanée, sans beaucoup de préparation, comme lorsqu'on raconte sa journée à ses amis autour d'un café. Cela a parfois un effet de catharsis, me permettant de prendre un peu de distance face au rythme soutenu des journées au cabinet.»

En 2022, il fait le ménage et quitte Twitter, Facebook et Instagram: «Je ne m'y sentais plus à l'aise, avec leurs formats

## L'apparition des medfluencers a débuté aux États-Unis, portée notamment par le marché florissant et libéral de la communication médicale.

courts, des contenus égocentriques et narcissiques, et des commentaires parfois agressifs. J'ai décidé alors de rester dans ma bulle sur Youtube et consacre sinon peu de temps aux réseaux sociaux.» Mais l'exposition au grand public garde sa part de risques, et il relate dans une vidéo les commentaires racistes dont il a fait l'objet. À l'été 2023, il décide de revenir sur Instagram.

### Des questions financières, légales et éthiques

Les publicités placées automatiquement sur Youtube peuvent générer un revenu à quatre chiffres pour des vidéos totalisant quelques centaines de milliers de vues. Sur les autres plateformes, les influenceurs peuvent tirer un profit en plaçant des produits, ce qui dans le domaine médical soulève des questions éthiques, légales et de bonne conduite. En Suisse comme en France ou en Allemagne, la loi interdit à un médecin de faire de la publicité pour un produit thérapeutique.

«La déontologie médicale reconnaît qu'il existe une relation de pouvoir asymétrique entre médecins et patients, et stipule que ces derniers doivent être protégés. C'est leur intérêt qui doit guider le choix du traitement, pas une éventuelle relation commerciale, explique Samia Hurst, professeure de bioéthique à l'Université de Genève. Une publicité peut être problématique, qu'elle soit directe en mentionnant explicitement un produit ou un hôpital, ou indirecte lorsqu'une entreprise pharmaceutique paie des influenceurs pour parler d'une maladie contre laquelle elle est la seule à commercialiser un traitement. Une difficulté est que les réseaux sociaux sont par essence internationaux, avec des cadres juridiques forcément différents.»

Les entreprises de communication médicale travaillent volontiers avec les étudiantes et étudiants, moins surveillés

## Actualisation des recommandations en Suisse

Du côté officiel, la Fédération des médecins suisses (FMH) souligne l'évolution rapide des réseaux sociaux ainsi que les défis posés par leur intégration de l'intelligence artificielle, notamment pour la protection de la vie privée. Elle rappelle l'importance que l'information soit à la fois fiable et nécessaire pour le public visé. Une mise à jour de ses recommandations sur l'utilisation des réseaux sociaux doit paraître au deuxième trimestre 2024.

que les médecins titrés, selon un medfluencer interrogé. Mais «un abus de pouvoir peut également exister avec une personne en formation si elle se présente comme porteuse du savoir médical», souligne Samia Hurst. En principe, les médecins ne doivent pas, à distance, faire de diagnostic ou donner de conseil de traitement individualisé, alors même que les internautes les interpellent sur des questions médicales précises. «C'est un point bien connu, commente David Reckers, et je fais attention à ce que je dis pour rester dans un cadre d'hypothèses et de conseils généraux, pas de recommandation thérapeutique personnelle.» Un autre risque est la violation du secret médical dans le cas où la description d'un cas sur les réseaux sociaux pourrait permettre à l'entourage du patient de le reconnaître.

### Trafic d'influence

En Allemagne, l'entreprise de communication médicale Medservation gère une quinzaine de medfluencers germanophones comptant des étudiants, médecins et soignants. Une commission est perçue sur les contrats passés avec ses clients, des entreprises actives dans le domaine de la santé. «Des briefings donnent des informations précises sur la campagne prévue», explique le directeur, Philip Jones. «Une grande partie de notre travail consiste à refuser des demandes ne respectant pas la loi sur la publicité des produits thérapeutiques ou le code de conduite des médecins, et à expliquer les limites de ce marché.» La vision de l'entreprise: «simplifier le contenu médical complexe et contribuer ainsi à l'éducation en matière de santé.»

Consulter les trois premiers profils listés par l'entreprise laisse un goût mitigé. Le troisième (@jonesrulez) est populaire, sérieux et divertissant. Le second (@docxalina) n'est plus actif sur les réseaux sociaux. La troisième vidéo [1] visionnée sur le dernier compte, @medsri, interpelle. Elle débute par une question: «Dis-moi, est-ce vrai que les antidouleurs agissent plus rapidement lorsqu'on est allongé sur le côté droit?» «Oui, répond la tiktokeuse, la substance active est alors libérée dix fois plus rapidement que du côté gauche.»

Ce fait partagé avec les 200 000 followers de @medsri est-il fiable? La vidéo cite une étude parue dans le journal «Physics of Fluids» en 2022, qui relate les résultats d'un modèle numérique d'un estomac simulé par ordinateur [2]. Une seule étude de ce type ne paraît pas suffisante pour établir un fait médical avéré. Le directeur Philip Jones y voit-il un problème? «Je présume que le contenu est suffisant,

l'étude ayant été publiée dans un journal avec peer-review», répond-il.

Une autre question est soulevée par l'anonymat de nombreux medfluencers ainsi que l'absence d'informations sur leur parcours professionnel. De quoi se demander qui est vraiment la «médecin en formation», @medsri ou @doctor.anesthesia, «médecin anesthésiste réanimateur» sur la Côte d'Azur. Cet anonymat n'aide pas à créer la confiance, pourtant si importante lorsqu'il s'agit de santé.

## En Allemagne, l'entreprise de communication médicale Medservation gère une quinzaine de medfluencers.

### Le patient – et le médecin – informés

Les activités de medfluencers sérieux peuvent contribuer à augmenter la littératie médicale de la population générale, notamment des gens qui ne s'informent pas volontiers sur des sites de qualité comme Wikipédia ou Doctissimo. «Les réseaux sociaux permettent aux médecins de relayer des explications souvent répétées, et aux patients d'être préparés avant une consultation», souligne Philip Jones. «Mais il y a un danger d'informations peu fiables ou fausses, et des mé-

decins m'ont dit devoir parfois consacrer le début d'une consultation à convaincre un patient mal informé de l'erreur de son autodiagnostic.»

«Ce danger est évoqué depuis les débuts d'Internet, mais l'attitude a changé», nuance Samia Hurst. «Auparavant, de nombreux médecins dissuadent leur patientèle de s'informer sur Internet; aujourd'hui, elle est plutôt motivée à consulter des sites fiables. Un patient bien informé, en particulier sur sa maladie, représente un meilleur partenaire dans son traitement.» Pour la bioéthicienne, la vulgarisation constitue d'ailleurs une seconde priorité pour sa présence sur TikTok: «J'y suis avant tout pour lire les réactions des internautes. Pour la plupart, ce sont des personnes que je n'aurais sinon jamais rencontrées.»



### Références

À consulter sous [www.bullmed.ch](http://www.bullmed.ch) ou via code QR





L'ouvrage permet d'élargir notre point de vue diagnostique sur le mouvement et la perception.

# Perception et mouvement

**Critique de livre** Bouger, c'est bon pour la santé. Mais qu'en est-il quand on est malade et qu'on ne peut plus faire d'activité physique? Dans son livre «Wahrnehmen und Bewegen», Friedrich Edelhäuser explique, sur la base d'une approche phénoménologique, les liens entre mouvement et sens de la perception chez l'être humain.

**F**riedrich Edelhäuser sait de quoi il parle. En tant que neurologue, professeur à la Faculté de santé publique de l'Université de Witten/Herdecke et directeur du service de rééducation précoce à l'Hôpital communautaire de Herdecke, il observe au quotidien ce que signifie pour nous, humains, le fait de ne plus être en capacité de bouger. Il a consacré de nombreuses années à cette question du mouvement, dont il a fait d'ailleurs le sujet de sa thèse.

Dans notre vie de tous les jours, bouger de façon sûre et coordonnée, vers un objectif défini, nous semble aller de soi. Mais en tant que neurologue confronté à des troubles du mouvement (par exemple pour un Parkinson) ou aux suites d'un AVC, on réalise à quel niveau se situe le processus du mouvement, à quel point il ne va pas de soi, et la merveille de technicité que nous sommes en la matière. Mais l'enseignement le plus intéressant de ce livre est que le mouvement est toujours lié à la perception.

## Le «Moi», toujours au centre

Friedrich Edelhäuser dépeint l'interdépendance entre perception et mouvement au moyen du modèle du cycle de la structure de Viktor von Weizsäcker [1]. Celui-ci décrit lui aussi la perception et le mouvement comme un processus de cohérence entre l'organisme humain et son environnement, comme un rapport indissoluble et mutuel dans lequel le sujet, le «Moi» de l'être humain, vit dans et avec le monde. Ce «Moi», au centre de la perception, du ressenti et de l'action réfléchis, est à l'origine du mouvement autonome, impulsé par des objectifs, donc des motifs intellectuels. Des descriptions neurophysiologiques et les étapes de construction de l'enfant (marcher – parler – penser) permettent de démontrer clairement comment âme/spirituel et physique/corporel forment une unité en évolution. Celle-ci permet au «Moi» de l'être humain d'identifier et de mettre en œuvre les raisons individuelles qui motivent son action.

«La perception du monde conduit à un enrichissement de son être propre (intériorisation), les actes traduisent les intentions de l'être intérieur (extériorisation de l'être)», en ayant toujours conscience que toute perception est forcément liée à un mouvement et qu'inversement, tout mouvement est lié à une perception [2].

## Importance préventive et curative du sport

De là naît le concept d'«embodiment», ou cognition incarnée, en tant que pont entre sciences naturelles et humaines, comme illustré par l'exemple de la tripartition fonctionnelle de l'organisme humain de Rudolf Steiner [3].

Mais il en découle en conclusion, notamment sur la base de l'approche du concept d'embodiment de la tripartition fonctionnelle de l'organisme humain, une recommandation avec une conséquence thérapeutique. Pour nombre de pathologies neurologiques (céphalées, démence, Parkinson, AVC, etc.), la littérature fait état de plus en plus d'évidences positives quant à l'importance préventive et curative du sport et du mouvement, que ce soit un sport d'endurance ou une pratique psychocorporelle (tai-chi, eurythmie, yoga). L'important est une pratique répétée et régulière, qui induit une augmentation de l'efficacité personnelle. Dans ce contexte aussi, la question d'une appréhension anthropologique du mouvement, telle que présentée dans ce livre, est importante.

L'auteur parvient ainsi, sur la base d'une approche phénoménologique et scientifique, à élargir notre point de vue diagnostique sur le mouvement et la perception. Une confrontation enrichissante à une démarche scientifique attentive, qui ouvre de nouvelles perspectives sur l'être humain.

*Dr méd. Stefan Hägele-Link, neurologue, chef de clinique au Centre de médecin intégrative, Hôpital cantonal de Saint-Gall*



Edelhäuser F. **Wahrnehmen und Bewegen. Grundlagen einer allgemeinen Bewegungslehre.** Stuttgart: Kohlhammer; 2022.



## Références

À consulter sous [www.bullmed.ch](http://www.bullmed.ch) ou via code QR

# Communications

## Divers

### Podcast FMH – Épisode 14: Soignant et ami: la double casquette du médecin de village

Le Dr Joël Berret, spécialiste en médecine interne, s'est installé dans son cabinet d'Alle, un petit village du canton du Jura, en 2006. Parmi ses patients, il compte son amie de longue date Sarah Mouttet, 52 ans et secrétaire dans un foyer. Dans cette région manquant de médecins, elle a choisi de lui confier son suivi médical, notamment concernant les aspects gynécologiques et psychologiques. Depuis quelques mois, des blessures du passé remontent à la surface, fragilisant Sarah dans sa vie. Le Dr Berret, qui est non seulement son généraliste mais également le parrain de l'un de ses quatre enfants, la comprend comme un ami et la guide comme un médecin. Vous trouverez le nouvel épisode du podcast FMH «À mes côtés» ici: [www.a-mes-cotes.ch](http://www.a-mes-cotes.ch).

## Examen de spécialiste

### Examen de spécialiste en vue de l'obtention du titre de spécialiste en rhumatologie

#### Date

Jeudi 4 juillet 2024

#### Lieu

Lernzentrum Luegisland, Luegislandstrasse 31, 8051 Zürich

#### Délai d'inscription

31 mars 2024

Vous trouverez de plus amples informations sur le site web de l'ISFM [www.siwf.ch](http://www.siwf.ch) → Formation postgraduée → Titres de spécialiste et formations approfondies → Rhumatologie

### Examen de spécialiste en vue de l'obtention du titre de spécialiste en chirurgie vasculaire

#### Date

14.02.2024 / 15.04.2024 / 28.06.2024 / 10.09.2024 / 28.11.2024

(La date d'examen est convenue individuellement)

#### Lieu

Clinique de la candidate ou du candidat

Vous trouverez de plus amples informations sur le site web de l'ISFM [www.siwf.ch](http://www.siwf.ch) → Formation postgraduée → Titres de spécialiste et formations approfondies → Chirurgie vasculaire

Annonce

**NOU-VEAU**

**VEOZA™**  
fezolinetant

**FIGHT the FIRE**  
**AVEC VEOZA™, PRODUIT NON HORMONAL**

VEOZA – destiné au traitement des symptômes vasomoteurs (SVM) modérés à sévères chez les patientes post-ménopausées.<sup>1</sup>

Référence : 1. Information professionnelle VEOZA™, [www.swissmedicinfo.ch](http://www.swissmedicinfo.ch).

#### Information professionnelle abrégée de VEOZA™

**C :** Comprimés pelliculés contenant 45 mg de fezolinetant. **I :** Traitement des symptômes vasomoteurs (SVM) modérés à sévères chez les patientes post-ménopausées. **Pos :** La dose recommandée est de 45 mg une fois par jour, la dose maximale est de 45 mg par jour. Aucune donnée n'est disponible pour une durée de traitement supérieure à 12 mois. La prise peut se faire indépendamment des repas. L'utilisation est déconseillée chez les patientes présentant une légère insuffisance hépatique (Child-Pugh A). Il n'y a pas d'indication à un traitement par VEOZA pendant la grossesse. L'utilisation chez les femmes qui allaitent est déconseillée. Aucune donnée n'est disponible sur l'initiation du traitement à un âge supérieur à 65 ans. Aucun ajustement de dose n'est nécessaire chez les patientes présentant une insuffisance rénale légère (eGFR de 60 à <90 ml/min/1.73 m<sup>2</sup>) ou modérée (eGFR de 30 à <60 ml/min/1.73 m<sup>2</sup>). **CI :** Insuffisance hépatique modérée ou sévère (Child Pugh B ou C), insuffisance rénale sévère ou terminale (c-à-d. eGFR <30 ml/min/1.73 m<sup>2</sup>), comédication avec inhibiteurs de CYP1A2, hypersensibilité au principe actif ou à l'un des excipients. **Préc :** Nous vous prions de consulter l'information professionnelle complète et publiée ([www.swissmedicinfo.ch](http://www.swissmedicinfo.ch)). **I :** Le fezolinetant est essentiellement métabolisé par le CYP1A2 et, dans une moindre mesure, par le CYP2C9 et le CYP2C19. En cas d'utilisation concomitante de fezolinetant et d'inhibiteurs CYP1A2 le Cmax et l'ASC du fezolinetant sont augmentés dans le plasma. L'administration concomitante de fluvoxamine (un puissant inhibiteur du CYP1A2) a entraîné une augmentation de la Cmax du fezolinetant de 1.8 fois et de l'ASC de 9.4 fois. Aucune étude d'interaction avec des inhibiteurs modérés ou faibles de CYP1A2 n'a été réalisée. Le tabagisme (inducteur modéré du CYP1A2) a entraîné une réduction de 28% de la Cmax du fezolinetant et de 52% l'ASC par rapport aux non-fumeurs. Ces différences dans l'exposition ne sont pas jugées cliniquement pertinentes. Un ajustement posologique systématique chez les fumeuses n'est pas recommandé. **EI :** La sécurité d'emploi du fezolinetant a été évaluée chez 2203 femmes post-ménopausées atteintes de SVM, qui ont reçu 30 mg ou 45 mg de fezolinetant une fois par jour dans le cadre d'essais cliniques de phase III. Dans les études de phase III, les effets indésirables les plus fréquents sous fezolinetant étaient diarrhée (3.2%) et insomnie (3.0%). Les effets indésirables les plus fréquents conduisant à l'arrêt du fezolinetant 45 mg ont été une augmentation de l'alanine aminotransférase (ALT) (0.3%) et une insomnie (0.2%). Les effets indésirables observés dans le cadre d'études cliniques évaluant le fezolinetant sont énumérés ci-dessous conformément à la classification MedDRA. Les catégories de fréquence sont définies comme suit : Très fréquent (≥1/10) ; fréquent (≥1/100 à <1/10), occasionnel (≥1/1000 à <1/100), rare (≥1/10'000 à <1/1000), très rare (<1/10'000). **Affections du système nerveux :** Fréquents : Insomnie. **Affections gastro-intestinales :** Fréquents : Diarrhée, douleurs abdominales. **Affections hépatiques et biliaires :** Fréquents : élévation des transaminases. **Prés :** Plaquettes pour boîtes individuelles en carton de 30 et 100 comprimés pelliculés. Catégorie de remise : B. Vous trouverez plus d'informations dans la version complète de l'information professionnelle. Celle-ci est publiée sous [www.swissmedicinfo.ch](http://www.swissmedicinfo.ch). **Astellas Pharma SA, Richtiring 28, 8304 Wallisellen, [www.astellas.ch](http://www.astellas.ch).** Mise à jour de l'information : décembre 2023.

Bâle, janvier 2024

# Informations relatives à la sécurité du produit Comilorid-Mepha® 5mg/50mg comprimés, Comilorid-Mepha® mite 2.5mg/25mg comprimés

Mepha Pharma SA tient à vous informer de ce qui suit en coordination avec Swissmedic:

## Résumé

Pour les produits Comilorid-Mepha® et Comilorid-Mepha® mite contenant respectivement 5mg et 2.5mg de chlorhydrate d'amiloride et 50mg et 25mg d'hydrochlorothiazide, des emballages disponibles sur le marché suisse ne contiennent pas les dernières informations destinées aux patients approuvées.

Dans les informations destinées aux patients des lots concernés, les informations importantes suivantes font défaut:

«Quelles sont les précautions à observer lors de la prise/de l'utilisation de Comilorid-Mepha®/ Comilorid-Mepha® mite?»

«Si vous remarquez une perte de vision ou des douleurs oculaires, cela peut être dû à une accumulation de liquide dans le lit vasculaire de l'œil (épanchement choroidien) ou à une augmentation de la pression dans l'œil. Ce phénomène peut se produire dans les heures ou les semaines qui suivent la prise de Comilorid-Mepha et peut entraîner une perte définitive de la vision si un traitement n'est pas instauré à temps. Si vous êtes allergique à la pénicilline ou aux sulfamides, vous pouvez présenter un risque accru d'épanchement choroidien.»

«Quels effets secondaires Comilorid-Mepha®/ Comilorid-Mepha® mite peut-il provoquer?»

«Accumulation de liquide dans le lit vasculaire de l'œil (épanchement choroidien) (fréquence inconnue).»

## Informations générales sur les informations manquantes

À la suite d'un signal de pharmacovigilance relatif aux thiazides et aux diurétiques de type thiazidique, et conformément aux mesures prises dans l'UE, des informations complémentaires ont été ajoutées dans les informations destinées aux professionnels et aux patients de Comilorid-Mepha®/ Comilorid-Mepha® mite et ont été publiées sur le portail Swissmedic.

Le déploiement du nouvel emballage a été fixé au 1<sup>er</sup> juillet 2022.

Lors du déploiement du nouvel emballage au 1<sup>er</sup> juillet 2022, un problème est survenu lors de la production et a provoqué l'incident susmentionné.

L'information professionnelle (SmPC) a toujours été à jour et des lots contenant l'information destinée aux patients actuellement approuvée ont été commercialisés depuis sur le marché suisse.

Les produits Comilorid-Mepha® et Comilorid-Mepha® mite ayant une période de validité de 60 mois, il est possible que les patients ne trouvent pas ces informations complémentaires à court terme dans les emballages. Nous recommandons donc, lors de la pres-

cription, de la remise des médicaments ou des rendez-vous de suivi des patients, d'indiquer expressément les effets indésirables possibles et de contacter immédiatement le médecin si ces effets indésirables apparaissent. Conformément à l'information professionnelle, le traitement principal consiste à arrêter immédiatement le médicament.

Les informations destinées aux professionnels et aux patients de Comilorid-Mepha®/ Comilorid-Mepha® mite sont accessibles sur le site [www.swissmedicinfo.ch](http://www.swissmedicinfo.ch).

## Annonce des effets indésirables

Swissmedic encourage l'utilisation de l'outil développé à cet effet pour la déclaration de tout effet indésirable (EI). Le système de transmission électronique d'annonces de vigilance (EIViS) permet de déclarer les EI. Toutes les informations nécessaires figurent sur le site [www.swissmedic.ch](http://www.swissmedic.ch).

## Contact

Mepha Pharma SA  
Tél: 0800 00 55 88  
[medizinschweiz@mepha.ch](mailto:medizinschweiz@mepha.ch)

## Lots concernés:

Préparation	N° de lot	Date de péremption	Pharmacode
Comilorid-Mepha® 5mg/50mg Comprimés OP 100	X29418A	02.2027	1438483
Comilorid-Mepha® 5mg/50mg Comprimés OP 100	X42387B	09.2027	1438483
Comilorid-Mepha® 5mg/50mg Comprimés OP 100	X46550B	11.2027	1438483
Comilorid-Mepha® 5mg/50mg Comprimés OP 100	X46596C	11.2027	1438483
Comilorid-Mepha® 5mg/50mg Comprimés OP 20	X42442A	09.2027	1438477
Comilorid-Mepha® mite 2.5mg/25mg Comprimés OP 100	X29493A	03.2027	1438514
Comilorid-Mepha® mite 2.5mg/25mg Comprimés OP 100	X35311C	05.2027	1438514
Comilorid-Mepha® mite 2.5mg/25mg Comprimés OP 100	X46866B	11.2027	1438514
Comilorid-Mepha® mite 2.5mg/25mg Comprimés OP 100	X46938C	11.2027	1438514
Comilorid-Mepha® mite 2.5mg/25mg Comprimés OP 30	X46938D	11.2027	1438508

# FMH



24

## L'ISFM planifie la formation médicale du futur

**L'ISFM a 15 ans** En 2024, l'ISFM fête ses 15 ans d'existence, le bon moment pour prévoir les années à venir. Une première étape a été franchie avec la réforme de la formation postgraduée au sens d'une formation basée sur les compétences. L'ISFM, qui emploie actuellement un peu plus de 30 collaboratrices et collaborateurs, est prêt à relever ces nouveaux défis.

**Monika Brodmann Maeder**



26

## Renouvellement du Comité directeur de l'ASQM en 2024

**À vos candidatures** Le renouvellement complet du Comité directeur de l'ASQM aura lieu le 13 juin 2024, à l'occasion de la prochaine rencontre du Forum Qualité, qui réunit les déléguées et les délégués à la qualité des organisations représentées à la Chambre médicale de la FMH.

**Roxane Kübler, Esther Kraft, Christoph Bosshard**



28

## Engagées avec force et conviction pour la formation médicale

**Direction de l'ISFM** Le 23 novembre 2023, l'assemblée plénière de l'Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue (ISFM) a élu deux nouvelles vice-présidentes, Nathalie Koch, de la Suisse romande, et Barbara Schild, du Tessin. Toutes deux se réjouissent de pouvoir s'investir dans la formation médicale dans toutes les régions linguistiques du pays.

**Propos recueillis par Fabienne Hohl**



© Punrawit Suwattananun / Dreamstime

Comme pour l'ascension du K2, les défis en lien avec la formation médicale postgraduée et continue exigent persévérance, stratégie et agilité.

## *L'ISFM planifie la formation médicale du futur*

**L'ISFM a 15 ans** En 2024, l'ISFM fête ses 15 ans d'existence, le bon moment pour prévoir les années à venir. Une première étape a été franchie avec la réforme de la formation postgraduée au sens d'une formation basée sur les compétences. L'ISFM, qui emploie actuellement un peu plus de 30 collaboratrices et collaborateurs, est prêt à relever ces nouveaux défis.



**Monika Brodmann  
Maeder**  
Dre méd., p.-d. et MME,  
présidente de l'ISFM

**L'**Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue (ISFM) a de nombreuses facettes. Une partie d'entre vous nous connaissez au travers des visites d'établissements de formation ou grâce à l'enquête annuelle sur la qualité de la formation postgraduée réalisée par l'EPF de Zurich pour le compte l'ISFM. De nombreuses autres personnes sont en contact avec nous pour demander leur titre fédéral de spécialiste (les titres «FMH» n'existent plus depuis 2009)

et en gardent peut-être des souvenirs mitigés en raison des procédures et conditions exigeantes. Après l'obtention de leur titre de spécialiste, c'est le tour du diplôme attestant qu'elles ont accompli leur devoir de formation continue qu'elles obtiennent facilement via la plateforme de formation continue de l'ISFM. Et si elles exercent en qualité de formatrice ou formateur au cabinet ou dans un établissement de formation postgraduée, elles connaissent l'ISFM en tant qu'organe d'accréditation ou



parce qu'elles siègent dans l'une de nos commissions ou au plénum de l'ISFM. Ce ne sont là que quelques-unes des nombreuses facettes de notre travail qui ne pourrait se faire sans le soutien des déléguées et délégués des sociétés de discipline médicale, des médecins engagés en raison de leur expertise dans le domaine de la formation, des collègues de la FMH et de vous toutes et tous. Je saisis donc l'occasion pour vous remercier chaleureusement pour votre implication et vos réflexions engagées.

### Évolution et stabilité

Par décision de la Chambre médicale de la FMH, la Commission pour la formation postgraduée et continue (CFPC) est devenue autonome le 11 décembre 2008, ouvrant la voie à la création de l'Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue (ISFM). L'ISFM a «largué les amarres» le 1<sup>er</sup> avril 2009 avec pour «capitaines» à son bord, le regretté Dr Werner Bauer, président, et Christoph Hänggeli, juriste et directeur de l'ISFM, épaulés par Barbara Linder, Petra Bucher et Renate Jungo, qui sont encore à bord aujourd'hui et ont contribué à la création de notre institut. Ces cinq personnes formaient l'équipage de l'ISFM en 2009, sans oublier ses deux vice-présidents de longue date, Jean Pierre Keller et Raphael Stolz, qui ont également accompagné le développement de l'ISFM depuis sa création. Aujourd'hui, l'ISFM est une PME comptant plus de 30 salariées et 6 sections. En 15 ans, l'ISFM a évolué et ses tâches se sont diversifiées. À sa création en 2009, 1271 titres de spécialiste étaient décernés contre près de 2000 en 2023. Mais l'augmentation du nombre de titres attribués par l'ISFM ne doit pas faire oublier la grande complexité et l'individualisation de ceux-ci. Un degré de complexité qui représente un réel défi pour toutes les personnes impliquées.

### Ce choix marque également le début du renouvellement et du rajeunissement de notre organisation.

#### Nouvelles élues, nouvel élan

Le 23 novembre 2023, le plénum de l'ISFM a élu deux nouvelles vice-présidentes, la Dre Nathalie Koch et la Dre Barbara Schild. Vous découvrirez leur portrait à la page 28 du présent numéro. Elles apporteront à l'ISFM le renfort et l'expertise dont nous avons urgemment besoin dans le domaine de la formation médicale et de la politique en la matière. Ce choix marque également le début du renouvellement et du rajeunissement de notre

organisation où jusqu'à présent, tous les membres de la direction avaient plus de 60 ans. Les deux nouvelles vice-présidentes font non seulement nettement baisser la moyenne d'âge, mais nous invitent également à repenser entièrement nos structures. À l'instar du Conseil fédéral où à chaque nouvelle élection, il y a des discussions pour une redistribution des départements. L'ISFM engagera ce processus dès que nos nouvelles collègues auront pris leurs fonctions. Nous pourrions ainsi garantir que l'ensemble des membres de la direction pourra mettre ses compétences à profit dans ses domaines de prédilection.

### Nous avons décidé de concentrer nos forces et de confier la coordination des différents groupes et projets à une petite équipe.

#### Réformes internes et externes

Parallèlement à la refonte nécessaire de nos structures, nous continuons à nous concentrer sur la modernisation de la formation médicale et l'introduction de la formation basée sur les compétences. Au cours de ses deux premières années, cette réforme fondamentale a connu une évolution très dynamique sur plusieurs plans: agrandissement de la commission dédiée aux EPA (Entrustable Professional Activities) pour épauler davantage les sociétés de discipline médicale dans ce domaine, mandat pour le développement d'une application visant à évaluer les EPA, accompagnement d'un plus grand nombre d'hôpitaux «pilotes» pour qu'ils s'engagent à tous les échelons hiérarchiques, directions comprises, et que la formation médicale postgraduée soit considérée comme une tâche essentielle. Dans ce but, une équipe de formatrices et formateurs médicaux a développé des EPA généraux mis à la disposition des hôpitaux pilotes pour toute la durée où il manquera encore des EPA spécifiques par discipline. La nouvelle direction a décentralisé les cours «Teach the teachers» et, pour la première fois en 2024, un cours sera donné en italien au Tessin et un autre en allemand en Engadine (et pas en «rumantsch» au grand regret du vice-président de l'ISFM Giatgen Spinaz).

Nous prenons de plus en plus la mesure de l'interconnexion de ces différentes initiatives et avons donc décidé de concentrer nos efforts et nos forces en confiant la coordination de ces différents groupes et projets à une petite équipe à l'interne. Nous nous sommes également lancés dans la recherche en collaborant notamment avec une équipe de l'Université de

Genève pour un projet conjoint du FNS et en poursuivant nos propres projets de recherche en ce qui concerne l'implémentation des contenus de formation.

#### Chronos et Kairos

Les changements n'arrivent pas du jour au lendemain. Nous faisons ce constat à chaque fois que nous sommes enthousiasmés par un projet innovant porté par une société de discipline, avant de réaliser que de nombreuses autres sociétés de discipline ne sont pas encore prêtes pour emprunter le même chemin. Kairos, le dieu grec du moment opportun, a guidé les premiers pas de la réforme de la formation médicale mais Chronos, le dieu du temps, réclame également son dû. Cela prendra encore quelques années jusqu'à ce que cette réforme soit solidement implantée.

#### Sans oublier la formation continue

Lors du plénum consacré à l'élection de nos deux nouvelles vice-présidentes, nous avons pu mener une discussion très intéressante sur l'organisation de la formation continue avec Graham McMahon, le chef de l'autorité d'accréditation de l'ensemble des professions de la santé aux États-Unis. Cela a mis en lumière la nécessité d'agir dans ce domaine. L'ISFM nentend pas uniquement organiser la formation médicale postgraduée de manière à ce que nous puissions continuer à avoir de bons médecins en Suisse; nous voulons également que ces derniers maintiennent et développent leurs compétences tout au long de leur carrière. Nos collaboratrices et collaborateurs y veillent tous les jours.

### Cela prendra encore quelques années jusqu'à ce que la réforme de la formation médicale soit solidement implantée.

J'espère que mon analyse de la semaine aura éveillé votre intérêt pour la formation postgraduée. Si vous souhaitez approfondir vos connaissances sur le sujet, vous trouverez dans le Bulletin des médecins suisses une douzaine d'articles consacrés à la réforme de la formation médicale.



© Yuri\_arcurs / Dreamstime

Les quatre membres du Comité directeur de l'ASQM seront élus le 13 juin.

# Renouvellement du Comité directeur de l'ASQM en 2024

**À vos candidatures!** Le renouvellement complet du Comité directeur de l'ASQM aura lieu le 13 juin 2024, à l'occasion de la prochaine rencontre du Forum Qualité, qui réunit les déléguées et les délégués à la qualité des organisations représentées à la Chambre médicale de la FMH. Les membres avec droit de vote éliront les quatre membres du Comité directeur pour les quatre prochaines années.

**Roxane Kübler<sup>a</sup>; Esther Kraft<sup>b</sup>; Christoph Bosshard<sup>c</sup>**

<sup>a</sup> Responsable opérationnelle de l'Académie suisse pour la qualité en médecine (ASQM) de la FMH; <sup>b</sup> cheffe de la division Données, démographie et qualité (DDQ) de la FMH; <sup>c</sup> Dr méd., vice-président de la FMH, responsable du département Données démographie et qualité (DDQ) de la FMH

L'Académie suisse pour la qualité en médecine (ASQM) ([www.asqm.ch](http://www.asqm.ch)) est une organisation propre aux médecins qui traite tous les domaines de la qualité en médecine. Organe consultatif pour le Comité central de la FMH, le Comité directeur est élu par les délégués et déléguées à la qualité des sociétés de discipline médicale et des sociétés cantonales de médecine siégeant au Forum Qualité.

### Forum Qualité de l'ASQM

Le comité «Forum Qualité» de l'ASQM veille à ce que les connaissances professionnelles et organisationnelles en matière de qualité médicale soient prises en compte. Il se réunit généralement deux fois par an lors de séances de quatre heures à Berne.

## Rejoignez le Comité directeur de l'ASQM et participez activement aux discussions sur la qualité!

Le Forum Qualité est composé d'un membre délégué (un ordinaire et un suppléant) de chacune des organisations suivantes: sociétés de discipline médicale, sociétés cantonales de médecine, organisations faitières, Association suisse des médecins-assistant(e)s et chef(fe)s de clinique (ASMAC) et Association des médecins dirigeants d'hôpitaux de Suisse (AMDHS). Toutes les déléguées et tous les délégués des sociétés de discipline médicale et des sociétés cantonales de médecine ont droit de vote. Les personnes qui représentent les organisations faitières, l'ASMAC et l'AMDHS disposent d'une voix consultative mais ne peuvent pas voter.

Les membres du Forum Qualité pouvant voter élisent les quatre membres du Comité directeur pour une durée de quatre ans. Tous les membres du Forum Qualité (ordinaires et suppléants) sont éligibles, de même que les membres actuels du Comité directeur, pour autant qu'ils se représentent.

## Les membres du Comité directeur exercent leur mandat dans une optique interdisciplinaire et interorganisationnelle.

### Comité directeur de l'ASQM

Le Comité directeur est un organe consultatif pour le Comité central de la FMH. Il assume la responsabilité suprême pour tous les projets



Figure: Organigramme de l'ASQM

propres à l'ASQM ainsi que pour l'accomplissement des projets externes. Ses membres bénéficient d'une indemnisation analogue à celle des membres des commissions de la FMH. Les séances se tiennent en principe six fois par an, en alternance entre séances en présentiel à Berne et séances en ligne, auxquelles s'ajoutent les deux rencontres du Forum Qualité et celle du Dialogue Qualité à Berne.

Le Comité directeur se compose du responsable du département qui chapeaute la division Données, démographie et qualité (DDQ), le Dr Christoph Bosshard, de la cheffe de la division DDQ, Esther Kraft, lic. rer. oec., et des quatre membres élus lors du Forum Qualité.

## Nous vous invitons à vous mettre en relation avec votre organisation médicale d'ici le 8 mars au plus tard.

Élus à titre personnel (et non pour représenter une organisation médicale), les membres du Comité directeur exercent leur mandat dans une optique interdisciplinaire et interorganisationnelle. Les membres élus au Comité directeur cèdent donc leur siège au Forum Qualité; les organisations concernées seront chargées de nommer les personnes qui leur succéderont.

### Posez votre candidature!

Si vous avez envie de poser votre candidature pour le Comité directeur, nous vous invitons à vous mettre en relation avec votre organisation médicale d'ici le 8 mars 2024 au plus tard. Celle-ci peut vous déléguer en tant que membre

ordinaire ou suppléant du Forum Qualité, ce qui vous permet ensuite de prétendre à une élection au Comité directeur. Nous serions heureux d'avoir éveillé votre intérêt et restons à votre disposition pour toute question.

**Correspondance**  
asqm[at]fmh.ch



Encore plus de Suisse latine à la vice-présidence de l'ISFM: Barbara Schild et Nathalie Koch.

# Engagées avec force et conviction pour la formation médicale

**Direction de l'ISFM** Le 23 novembre 2023, l'assemblée plénière de l'Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue (ISFM) a élu deux nouvelles vice-présidentes, Nathalie Koch, de la Suisse romande, et Barbara Schild, du Tessin. Toutes deux se réjouissent de pouvoir s'investir dans la formation médicale dans toutes les régions linguistiques du pays.

Propos recueillis par Fabienne Hohl

## Félicitations pour votre élection à la vice-présidence – était-ce une surprise?

**Barbara Schild:** Oui, et c'est ce qui est d'autant plus réjouissant. Le Tessin ne proposera désormais plus uniquement un Master en médecine mais, grâce à ma nouvelle fonction, la formation postgraduée et continue y gagnera encore plus en importance.

**Nathalie Koch:** Je suis aussi très heureuse d'avoir été élue. Cela me permet de me consacrer encore plus intensivement aux questions de formation postgraduée et continue et de poursuivre mon activité au niveau national où je travaille déjà dans différentes commissions.

## Qu'est-ce qui vous a incité à présenter votre candidature?

**Nathalie Koch:** J'ai été responsable de la formation postgraduée au CHUV à Lausanne pendant sept ans. J'ai beaucoup aimé exercer cette activité tant sur le plan organisationnel que didactique et aussi en tant que conseillère de carrière pour les jeunes médecins. C'est ainsi que j'ai appris à connaître l'ISFM, notamment au travers des visites d'établissements de formation dans cet hôpital universitaire, et encore plus depuis 2018 en qualité de présidente de la Commission fédérale des professions médicales (MEBEKO). De plus, j'aime beaucoup agir au niveau national et faire office de «médiatrice interculturelle» entre la Suisse romande et la Suisse alémanique.

**Barbara Schild:** C'est pareil pour moi au Tessin. Hormis le travail sur le plan national, que j'ai appris à apprécier en tant que co-présidente de la Société suisse de médecine d'urgence et de sauvetage, il est important pour moi d'élargir la perspective pour voir au-delà de ma disci-

pline fortement spécialisée et d'inclure à nouveau tous les aspects de la profession médicale pour laquelle je souhaite m'engager. La pénurie croissante de médecins nous montre combien il est urgent de promouvoir la relève. Toute personne qui étudie la médecine s'engage à se former tout au long de sa vie et il est important de stimuler cette envie d'apprendre en proposant une formation postgraduée et continue attrayante qui réponde aux enjeux de notre temps pour que nos jeunes collègues gardent la flamme pour la médecine. En tant que formatrice au bénéfice de nombreuses années d'expérience, je peux fortement y contribuer.

## «Les formatrices et formateurs doivent prendre en compte les besoins de la relève, même si cela représente un défi.»

**Dre méd. Barbara Schild**

Vice-présidente de l'ISFM

## En tant que formatrices expérimentées, qu'est-ce qui vous semble le plus important dans l'enseignement des compétences médicales?

**Nathalie Koch:** Les formatrices et formateurs doivent être d'excellents cliniciens et donc de bons modèles. Elles et ils doivent avoir envie de transmettre leurs compétences et avoir du plaisir à enseigner. Les personnes chargées de la formation doivent savoir où en sont les médecins qu'ils forment et ce dont ils ont besoin pour progresser. Et bien sûr, ils devraient disposer de solides compétences didactiques, que l'on peut

## Nouvelles vice-présidentes à l'ISFM

Les deux vice-présidentes nouvellement élues de l'Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue succèdent au Dr Jean Pierre Keller, qui passe le flambeau après 26 ans d'activité. La Dre Nathalie Koch est directrice médicale du Centre Neuchâtelois de Psychiatrie (CNP) et la Dre Barbara Schild, CAS med-law, exerce comme formatrice médicale et collaboratrice de l'Area Formazione e Ricerca Innovazione (AFRI) de l'Entité hospitalière cantonale (EOC) tessinoise, comme enseignante et directrice médicale de deux services de sauvetage de Suisse italienne.

désormais acquérir dans de nombreuses institutions, que ce soit au travers des cours Teach the teachers de l'ISFM, dans les facultés de médecine ou par un Master en éducation médicale. **Barbara Schild:** Les exigences de nos jeunes collègues envers nous les formatrices et formateurs sont légitimes. Ils nous demandent de leur donner plus de feedback, de manière plus spécifique que lorsque nous étions nous-mêmes en formation postgraduée. En outre, en tant que formatrices et formateurs, il faut garder une certaine souplesse intérieure pour continuer à prendre en compte les besoins de la relève, même si cela représente un défi. Je vous donne un exemple, pourquoi ne pas remplacer un cours

en présentiel par un podcast, afin que les médecins en formation puissent écouter le cours tranquillement dans un parc au lieu de devoir y assister après une longue journée de travail [1]? Le temps ainsi gagné pourrait être utilisé pour les études de cas et pour les irremplaçables échanges d'expérience.

**Vous avez toutes deux grandi en Suisse alémanique, mais vivez et travaillez depuis de nombreuses années dans la partie latine de la Suisse, à Lausanne et Neuchâtel pour vous Nathalie et à Bellinzona pour vous Barbara. Comment ces trois régions linguistiques peuvent-elles exercer une influence positive les unes sur les autres en matière de formation médicale?**

**Nathalie Koch:** Dans les régions géographiques plus petites comme la Suisse romande ou le Tessin, les besoins régionaux communs sont parfois plus rapidement identifiables qu'en Suisse alémanique. Ils peuvent alors revêtir un caractère pilote et faire école dans le reste du pays comme ce fut le cas pour les réseaux de formation postgraduée. D'autre part, il arrive fréquemment que des initiatives voient le jour parallèlement à des projets nationaux, car les personnes de langue maternelle française ou italienne s'y sentent insuffisamment représentées. Je peux le comprendre, car d'expérience, c'est souvent l'allemand qui domine dans les instances nationales. Je trouve donc important qu'on y parle aussi sciemment le français ou l'italien, dans la mesure où les connaissances linguistiques des différents membres le permettent.

**Barbara Schild:** Je considère que c'est une chance de pouvoir faire des liens entre le Tessin et le reste de la Suisse. Une grande partie du corps médical italoophone vient aujourd'hui d'Italie. Il est donc d'autant plus important que des thèmes relevant de la formation au niveau national soient discutés dans les organes de Suisse méridionale et, inversement, que les idées tessinoises trouvent un écho à Berne. Les différentes langues et cultures de notre pays offrent des opportunités et notre élection commune à la vice-présidence de l'ISFM montre que cela a été reconnu.

**Comment avez-vous perçu l'ISFM dans votre parcours professionnel jusqu'à présent?**

**Nathalie Koch:** Jusqu'à la fin de ma formation postgraduée, l'ISFM représentait l'autorité qui délivrait les titres de spécialiste. J'ai changé de point de vue en découvrant le rôle que joue l'ISFM dans l'amélioration de la qualité de la formation postgraduée lorsque j'ai approfondi mes connaissances sur l'enseignement médical. J'ai également apprécié le fait que l'ISFM mette en lien les formatrices et formateurs des différentes institutions et propose davantage de

conférences sur la formation médicale.

**Barbara Schild:** La création de l'ISFM en 2008 a donné une voix à la formation médicale postgraduée, qui a gagné en importance avec la mise sur pied des cours Teach the teachers et du symposium MedEd. Il n'existait pas auparavant de plateforme d'échange pour les personnes intéressées par la formation médicale et elle s'est révélée très précieuse pour moi. À l'époque, la formation postgraduée et continue coordonnée et structurée était insuffisamment prise en compte dans de nombreux hôpitaux.

**Comment l'ISFM devra-t-il se développer ces prochaines années – et dans quel domaine souhaitez-vous vous engager pour atteindre cet objectif?**

**Nathalie Koch:** L'ISFM fournit d'ores et déjà un très bon travail en tant qu'instance veillant à la qualité de la formation dispensée dans les établissements de formation postgraduée et au travers de ses symposiums sur la formation médicale. Il fait office d'interlocuteur privilégié dans ce domaine et le restera. Il pourra également soutenir les directions hospitalières pour développer davantage la formation postgraduée et l'importance qui lui est accordée dans leurs institutions. Il arrive en effet trop souvent que la formation postgraduée soit dispensée «en plus» de l'activité clinique. Il est essentiel qu'elle soit mieux reconnue et que les directions hospitalières et les facultés de médecine lui accordent plus de place. Il s'agit de tendre à ce que dans une carrière universitaire, un engagement compétent et fiable pour former la génération émergente ait autant de poids que la recherche.

**«Il s'agit de donner autant de poids à la formation postgraduée qu'à la recherche.»**

**Dre méd. Nathalie Koch**

Vice-présidente de l'ISFM

**Barbara Schild:** Idéalement, chaque établissement de formation dispose d'une ou d'un responsable qui consacre un temps raisonnable de son taux d'occupation à la formation postgraduée. Je pense notamment au Canada où de nombreux collègues exercent depuis longtemps déjà à 50% dans le domaine clinique et 50% dans d'autres disciplines telles que l'éthique, la recherche ou la formation postgraduée et continue. À mon avis, cette combinaison est très attrayante et renforce fortement la motivation au sein d'une équipe. Je suis également convaincue que la formation médicale basée sur les compétences (Competency Based Medical Education, CBME) dont l'introduction est en

cours valorise et stimule les formatrices et formateurs dans cette tâche essentielle. Il incombe donc à l'ISFM de continuer à s'impliquer dans ce domaine et de jouer son rôle central d'instance consultative et de plateforme d'échange pour que les sociétés de discipline médicale puissent continuer à profiter des connaissances acquises dans l'implémentation des EPA (Entrustable Professional Activities). Cela vaut aussi pour le renforcement des objectifs de formation généraux dans toutes les disciplines. En plus de leurs qualifications professionnelles, les bons médecins ont également besoin de compétences en communication, fréquemment négligées, en collaboration interprofessionnelle et en éthique pour n'en citer que trois. Toutes ces compétences contribuent à ce qu'on reste fidèle à notre merveilleux métier.



**Références**

À consulter sous [www.bullmed.ch](http://www.bullmed.ch) ou via code QR

# Nouvelles du corps médical

## Todesfälle / Décès / Decessi

*Henry Riggenbach (1932)*, † 28.12.2023, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, 9542 Münchwilen TG

*Erich Schnurrenberger (1930)*, † 30.12.2023, Facharzt für Arbeitsmedizin und Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, 4148 Pfeffingen

## Praxiseröffnung / Nouveaux cabinets médicaux / Nuovi studi medici

BE

*Tobias Traupe*, Facharzt für Kardiologie und Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Mitglied FMH, Stadtplatz 60, 3270 Aarberg

## Ärztegesellschaft des Kantons Bern Ärztlicher Bezirksverein Bern Regio

Zur Aufnahme als ordentliches Mitglied haben sich angemeldet:

*Andreas Christe*, Facharzt für Radiologie, Mitglied FMH, Universitätsinstitut für Diagnostische, Interventionelle und Pädiatrische Radiologie (DIPR), Inselspital, Freiburgstrasse, 3010 Bern

*Michael Schmutz*, Facharzt für Anästhesiologie, Mitglied FMH, Klinik Sonnenhof, Buchserstrasse 30, 3006 Bern

Einsprachen gegen diese Vorhaben müssen innerhalb 14 Tagen seit der Veröffentlichung schriftlich und begründet bei den Co-Präsidenten des Ärztlichen Bezirksvereins Bern Regio eingereicht werden. Nach Ablauf der Frist entscheidet der Vorstand über die Aufnahme der Gesuche und über allfällige Einsprachen.

## Ärztegesellschaft des Kantons Schwyz

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

*Kremer Michael*, Facharzt für Chirurgie (Heidelberg, 2010, MEBEKO anerkannt 2019), Schwerpunkt Viszeralchirurgie (2020), Mitglied FMH, ab sofort als Chefarzt im Spital Lachen Sz. *Alexander Richard Löw*, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Mitglied FMH, ab 15.01.2024 zu 100%, als Leitender Arzt im Gesundheitszentrum Rigi, Küssnacht am Rigi.

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.

Annonce

## PERENTEROL® 250 *Saccharomyces boulardii*



DEPUIS  
LA DÉCOUVERTE  
DE *S. BOULARDII*<sup>2</sup>

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 DAA<sup>3</sup>

- Réduit de 51 % le risque d'une DAA chez les adultes<sup>4</sup>
- À base de levure, peut être administrée en même temps que les antibiotiques (naturellement non sensible)
- Recommandé par les Guidelines internationales<sup>5,6</sup>

QUAND VOUS REMETTEZ UN ANTIBIOTIQUE,  
PENSEZ À PERENTEROL®



Le seul<sup>7</sup> 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<sup>er</sup> 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\* lim. (LS septembre 23), 20\* lim. (LS septembre 23), 10x20\* lim. (LS septembre 23), caps 6, 10\* lim. (LS septembre 23), 20\* lim. (LS septembre 23), 10x20\* lim. (LS septembre 23) (D). [Février 2021]. Pour de plus amples renseignements, veuillez consulter le site <http://swissmedinfo.ch>.

Information destinée aux spécialistes.

Zambon Suisse SA, Via Industria 13 – CH-6814 Cadempino, [www.zambonpharma.com/ch](http://www.zambonpharma.com/ch)



© Robert Kneschke / Dreamstime

La capacité d'exercer la chirurgie ne doit pas être remise en question uniquement chez les seniors, mais doit être exigée tout au long de la carrière.

# Les performances diminuent-elles avec l'âge?

**Chirurgie** Avec l'augmentation de l'espérance de vie, l'amélioration de la qualité de vie et la pénurie croissante de médecins, une nette augmentation du nombre de chirurgiennes et chirurgiens âgés en exercice est très probable. Une évaluation structurée peut aider à évaluer la balance entre, d'une part, le déclin cognitif et physique et, d'autre part, les avantages de l'expérience.

**Raffaele Rosso<sup>a</sup>, Rolf Zemp<sup>b</sup>, Christian Toso<sup>c</sup>, Stefan Breitenstein<sup>d</sup>, Markus Furrer<sup>e</sup>**

<sup>a</sup> Prof Dr méd., directeur de la Société suisse de chirurgie; <sup>b</sup> EMBA, psychologue d'entreprise, conseiller en gestion & Coach; <sup>c</sup> Prof Dr méd., président de la Société Suisse de Chirurgie, Service de chirurgie viscérale, Hôpitaux Universitaires de Genève; <sup>d</sup> Prof Dr méd., chef du département de chirurgie, directeur médical, Hôpital cantonal de Winterthur; <sup>e</sup> Prof Dr méd., chef du département de chirurgie, directeur médical, Hôpital cantonal des Grisons



L'âge moyen des chirurgiennes et chirurgiens a considérablement augmenté au cours des deux dernières décennies. En Australie, 19% des chirurgiens en activité ont plus de 65 ans [1]. Aux États-Unis, 46% des chirurgiens ont plus de 55 ans; au Canada, c'est le cas de 38% des chirurgiens en activité et 16% ont même plus de 65 ans [2-3]. En Suisse, 21,6% des chirurgiens actifs ont plus de 60 ans, 9,8% plus de 65 ans et 4,8% plus de 70 ans (statistique FMH 2022).

Il va de soi que ces chirurgiens, comme le reste de la population, sont soumis à un processus de vieillissement de leurs fonctions cognitives, sensorielles et motrices qui, s'il peut être compensé par l'expérience et l'expertise technique, peut néanmoins avoir des répercussions sur la qualité des soins prodigués à leurs patientes et patients.

### Des outils d'évaluation nécessaires

L'exercice de la profession de chirurgien requiert à la fois un bon jugement chirurgical, une dextérité manuelle et des aptitudes physiques. Avec l'âge, il est donc nécessaire de vérifier ces qualités afin de s'assurer que le chirurgien vieillissant conserve un haut niveau de compétence globale. Inversement, un chirurgien peut continuer à pratiquer si ses compétences chirurgicales peuvent être objectivement maintenues à un niveau approprié.

La rare littérature actuelle décrit plusieurs programmes d'évaluation pour les chirurgiens âgés, dont certains mettent l'accent sur les capacités cognitives, sensorielles et motrices [4], tandis que d'autres prévoient une évaluation par les pairs [5], mais aucun de ces programmes ne propose un outil standardisé, reconnu et largement utilisé. Parmi les défis - étayés par des recherches antérieures [6] - figurent le manque de tests validés et la difficulté d'obtenir des données de résultats fiables spécifiques à la chirurgie. Il y a ensuite des doutes quant à savoir si les tests cognitifs connus utilisés pour la population générale sont applicables à un groupe très performant comme les chirurgiens.

### En Suisse, 21,6% des chirurgiens actifs ont plus de 60 ans, 9,8% plus de 65 ans et 4,8% plus de 70 ans (statistiques FMH 2022).

Les différents outils de simulation utilisés pour la formation des jeunes chirurgiennes et chirurgiens peuvent être utiles pour évaluer les aspects techniques, mais ils ne sont pas en mesure d'évaluer l'essentiel de l'activité du chirurgien, à savoir les capacités cognitives intra-opé-

ratoires (thinking skills), des caractéristiques et des éléments qui se développent aussi et surtout avec l'expérience.

Il ne suffit pas non plus de se fier uniquement au respect fidèle des exigences de la formation médicale continue ou à une recertification de celle-ci. Cela ne reflète pas suffisamment la capacité réelle d'un chirurgien [7-9]. Il est en outre prouvé que les médecins ne sont que partiellement capables d'évaluer eux-mêmes leurs capacités et leurs performances [10]. Enfin, la capacité d'exercer la chirurgie ne doit pas être remise en question uniquement chez les médecins âgés, mais doit être exigée tout au long de la carrière. C'est pourquoi plusieurs auteurs [6] préconisent une évaluation de «l'ensemble de la carrière», avec une évaluation de l'aptitude et des performances à partir de 55 ans, par exemple, ce qui permet également d'éviter la discrimination des chirurgiens âgés.

### Les médecins ne sont que partiellement en mesure d'évaluer eux-mêmes correctement leurs capacités et leurs performances.

#### L'évaluation des chirurgiens seniors

La Société suisse de chirurgie (SSC) a développé un instrument d'évaluation volontaire pour tous les chirurgiens et chirurgiennes accrédités âgés de 55 ans et plus en Suisse. Il permet de faire évaluer les compétences chirurgicales de manière professionnelle.

En se soumettant à un assessment certifié par la SSC, les objectifs suivants sont visés:

- Sécurité et légitimité pour le chirurgien, les patients et l'employeur
- Protection personnelle contre d'éventuelles conséquences juridiques
- Action proactive et responsable
- Identification de déficiences potentiellement traitables ou réversibles qui, si elles sont traitées, peuvent rétablir ou améliorer la capacité professionnelle.
- Label de qualification personnel reconnu
- Présentation d'alternatives à l'activité chirurgicale actuelle
- Protection des cliniques contre d'éventuels risques de responsabilité
- Protection contre d'éventuelles appréciations non validées et arbitraires
- Protection de la profession

L'assessment comprend trois phases:

- Dans une première phase, l'expert s'entretient avec le candidat sur son état de santé, son activité chirurgicale actuelle («portfolio») et ses attentes/projets professionnels (retraite

anticipée, prolongation possible de l'activité au-delà de l'âge de la retraite).

- Au cours de la deuxième phase, le candidat à l'évaluation réalise, à son lieu de travail habituel, une intervention chirurgicale correspondant à son portfolio actuel d'opérations. Il est observé par deux experts, un collègue chirurgien et une infirmière de bloc opératoire. L'évaluation porte sur les compétences techniques suivantes, dont certaines sont cotées en points : actes logiques et comportement calme lors de la réalisation de l'opération, sûreté des mouvements, dextérité, sécurité face aux complications éventuelles, interaction harmonieuse avec tous les acteurs autour de la table d'opération, en particulier avec les anesthésistes.
- Enfin, dans une troisième phase, il y a un entretien avec deux personnes choisies parmi les anesthésistes, les infirmiers de bloc opératoire et les médecins assistants. Les éléments évalués sont les changements au cours des 12 derniers mois concernant le calme, les relations, le comportement, le rythme, les complications et les capacités techniques.

Toutes les conclusions sont consignées dans un rapport écrit et standardisé, et un entretien final avec le candidat a lieu à la fin de la visite avec une recommandation. Une fois la visite effectuée avec succès, la SSC délivre et remet un certificat au chirurgien concerné.

Une grande importance est accordée à la qualification des experts afin de garantir une bonne acceptation des évaluations obtenues. Les exigences suivantes s'appliquent donc aux experts engagés dans le pool de la SSC: position dirigeante de plusieurs années dans la spécialité concernée, acceptation et crédibilité élevées au sein de la profession, âge compris entre 45 et 55 ans, capacité de communication et empathie.

### Compte tenu de l'âge moyen élevé des chirurgiens, il semble opportun de les soumettre à une évaluation approfondie.

Afin d'évaluer le contexte interventionnel et d'accroître l'objectivité et l'indépendance, un technicien en salle d'opération (TSO) fait partie de chaque équipe d'experts.

#### Implications juridiques

Afin de clarifier la situation juridique, la SSC a fait réaliser une expertise correspondante. Il en ressort qu'il n'existe aucune obligation légale de rendre les résultats accessibles sous quelque

## Organisations

forme que ce soit à des tiers éventuellement intéressés. Il s'agit d'une recommandation sans conséquences juridiques en matière de droit du travail ou autre. Les deux parties s'engagent à traiter toutes les informations échangées dans le cadre d'un contrat de manière absolument confidentielle et à ne pas les divulguer à des tiers.

La SSC se réserve le droit de transmettre des informations à des tiers seulement dans certaines circonstances. Cela peut par exemple se produire lorsque l'évaluation révèle des déficits graves (mise en danger de la sécurité des patients dans une large mesure) et que le chirurgien poursuit imperturbablement son activité chirurgicale sans prendre de mesures appropriées pour l'améliorer, malgré les recommandations reçues. Dans de telles situations, la SSC se réserve le droit de communiquer les résultats aux employeurs ou aux autorités de surveillance cantonales.

### Validation par la phase pilote

L'évaluation proprement dite, son contenu et son déroulement ainsi que la présentation des résultats sous forme de rapport ont été évalués dans le cadre d'une phase pilote entre octobre et décembre 2022.

Pour ce faire, six chirurgiens âgés de 56 à 70 ans se sont mis à disposition. Ils étaient issus des spécialités de la chirurgie viscérale, traumatologique, vasculaire et thoracique. Trois d'entre eux occupaient un poste de médecin-chef, deux étaient des médecins cadres et un exerçait en tant que médecin agréé. Cinq travaillaient en Suisse alémanique et un en Suisse romande. Cinq travaillaient dans un hôpital public et un dans une clinique privée.

## Dans certains cas, la SSC peut communiquer les résultats aux employeurs ou aux autorités de surveillance cantonales.

L'équipe d'experts était composée de quatre chirurgiens et d'une chirurgienne âgés de 40 à 54 ans. Quatre des cinq experts exerçaient en tant que médecin-chef et un en tant que médecin cadre. Tous les cinq travaillaient dans des hôpitaux publics, dont quatre en Suisse alémanique et un en Suisse romande. Les six candidats ont tous été estimés aptes à poursuivre leur activité chirurgicale.

La phase pilote a permis d'affiner l'outil d'évaluation grâce aux observations et aux critiques des candidats et des experts. Il a notamment été reconnu qu'une telle évaluation devrait être proposée à plusieurs reprises au fil du temps, par exemple à partir de l'âge de 55 ans,

puis tous les 5 ans. Cela permettrait aux chirurgiens d'évaluer leur propre évolution et d'éviter toute discrimination fondée uniquement sur l'âge. Enfin, cela pourrait également être un outil de préparation à la retraite en chirurgie.

### Recommandation

Compte tenu de l'âge moyen élevé des chirurgiennes et chirurgiens suisses et du fait que les changements de performance liés à l'âge sont indéniables, il semble opportun de les soumettre à une évaluation approfondie. Il n'est pas exclu qu'à l'avenir, les autorités de surveillance recourent elles-mêmes à de telles évaluations. La littérature actuelle, bien que claire-sée, s'accorde sur la nécessité d'une approche plus coopérative et progressive de l'évaluation des performances des chirurgiens plus âgés.

## La profession chirurgicale a besoin d'outils plus robustes pour se préparer aux phases de transition de la vie.

Cependant, de plus en plus d'éléments indiquent que des approches plus durables doivent être mises en place bien avant la retraite. La profession chirurgicale a besoin d'outils plus robustes pour se préparer aux phases de transition de la vie en essayant d'évaluer les performances, notamment des chirurgiennes et chirurgiens plus âgés. Cela permettrait, le cas échéant, d'adapter les rôles tout au long de la carrière.

L'outil d'évaluation élaboré par la Société suisse de chirurgie a permis de faire un premier pas dans cette direction. Le principal avantage de ce concept d'évaluation est qu'il a été développé par des chirurgiens pour des chirurgiens.

### Correspondance

raffaele.rosso[at]sgc-ssc.ch



### Références

À consulter sous [www.bullmed.ch](http://www.bullmed.ch) ou via code QR

# Pour une vie sans interruption pour vos patients BPCO

## ANORO ELLIPTA

umécliclinium/vilantérol

### LAMA / LABA

Une amélioration supérieure de la fonction pulmonaire\* pour vos patients symptomatiques BPCO\*\*<sup>1,2</sup>

## TRELEGY ELLIPTA

furoate de fluticasone/umécliclinium/vilantérol

### ICS / LAMA / LABA

Une diminution significative des exacerbations<sup>†</sup> pour vos patients ayant subi  $\geq 1$  exacerbation dans les 12 derniers mois<sup>††,3-5</sup>



Ces images fictives des patients n'ont donné qu'à titre d'illustration

\* par rapport à Spiolto (TIO/OLO)<sup>2</sup>

\*\* qui n'ont pas atteint une réponse suffisante à une monothérapie faiblement dosée avec un LAMA ou avec un LABA.<sup>1</sup>

<sup>†</sup> des exacerbations nécessitant une hospitalisation par rapport à un LAMA/LABA (UMEC/VI), et des exacerbations modérées/sévères par rapport à deux comparateurs CSI/LABA (Symbicort Turbuhaler et FF/VI)<sup>4,5</sup>

<sup>††</sup> et traités de façon non satisfaisante par l'association d'un CSI et d'un LABA ou par l'association d'un LABA et d'un LAMA.<sup>3</sup>

**Abbréviations:** BPCO, bronchopneumopathie chronique obstructive; LABA,  $\beta_2$ -agoniste à action prolongée; LAMA, antagoniste muscarinique à action prolongée; CSI, corticostéroïde inhalé; FF, furoate de fluticasone; UMEC, umécliclinium; VI, vilantérol; TIO, tiotropium; OLO, olodaterol.

**Références:** 1. Anoro Ellipta Information professionnelle, GlaxoSmithKline AG, www.swissmedicinfo.ch. 2. Feldman GJ et al. Comparative Efficacy of Once-Daily Umeclidinium/Vilanterol and Tiotropium/Olodaterol Therapy in Symptomatic Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Randomized Study. *Adv Ther.* 2017; 34(11):2518–2533. 3. Trelegy Ellipta Information professionnelle, GlaxoSmithKline AG, www.swissmedicinfo.ch. 4. Lipson DA et al., FULFIL Trial: Once-Daily Triple Therapy for Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease, *Am J Respir Crit Care Med* 2017;196:438–46. 5. Lipson DA et al., Once-Daily Single-Inhaler Triple versus Dual Therapy in Patients with COPD, *N Engl J Med* 2018;378:1671–80.

**Anoro Ellipta** (poudre à inhaler en doses unitaires). **PA:** Umécliclinium 55  $\mu$ g, vilantérol 22  $\mu$ g. I: Traitement bronchodilatateur au long cours pour des adultes présentant une BPCO n'ayant pas atteint une réponse suffisante à une monothérapie faiblement dosée avec un anticholinergique à longue durée d'action ou un agoniste  $\beta_2$ -adrénergique à longue durée d'action. **P:** Adultes à partir de 18 ans: 1 inhalation 1 $\times$  par jour. Aucun ajustement posologique n'est requis chez les patients > 65 ans ainsi que chez les patients insuffisants rénaux ou présentant une insuffisance hépatique légère ou modérée. Anoro Ellipta n'a pas été étudié lors d'insuffisance hépatique sévère. **CI:** Allergie sévère aux protéines du lait, hypersensibilité à l'un des composants. **M/P:** Non homologué pour le traitement de l'asthme. Possibilité d'un bronchospasme paradoxal susceptible d'engager le pronostic vital; dans un tel cas, le traitement par Anoro Ellipta doit être interrompu et remplacé par un autre traitement si nécessaire. Possibilité d'effets cardio-vasculaires tels qu'arythmies cardiaques; avant l'initiation du traitement, examen à la recherche d'éventuelles comorbidités cardio-vasculaires (entre autres, ECG recommandé pour l'évaluation d'un allongement du QTc). Prudence lors de diabète, d'hypokaliémie, d'une rétention urinaire, d'un glaucome à angle fermé, d'épilepsie ou de thyrotoxicose. **IA:** Eviter l'utilisation concomitante d'un bêtabloquant. Prudence lors d'un traitement concomitant par des inhibiteurs puissants du CYP3A4 (tels que le ritonavir), des anticholinergiques de longue durée d'action ou des agonistes  $\beta_2$ -adrénergiques de longue durée d'action, des dérivés de la méthylxanthine, des stéroïdes ou des diurétiques non épargneurs de potassium. **GA:** Anoro Ellipta ne doit pas être administré chez la femme enceinte, sauf en cas de nécessité absolue. Cesser l'allaitement ou cesser le traitement par Anoro Ellipta. **EI:** *Fréquents:* pharyngite, rhinopharyngite, sinusite, toux, infections respiratoires supérieures, douleurs oropharyngées, infections urinaires, constipation, sécheresse buccale. *Occasionnels:* réactions d'hypersensibilité (dans de rares cas angioedème, réaction anaphylactique), fibrillation auriculaire, tachycardie, tachycardie supraventriculaire, anxiété, tremblements, crampes musculaires, dysgueisie. *Fréquence inconnue:* augmentation de la pression intraoculaire, vision floue, dysurie. *Données post-marketing:* *Fréquence inconnue:* entre autres douleurs oculaires. **CR:** B, admis aux caisses. **Mise à jour de l'information:** mai 2023. GlaxoSmithKline SA. Consulter www.swissmedicinfo.ch pour des informations détaillées. Veuillez signaler les effets indésirables médicamenteux à l'adresse pv.swiss@gsk.com. Les professionnel-le-s de la santé peuvent demander les références mentionnées à GlaxoSmithKline AG.

**Trelegy Ellipta** (poudre à inhaler en doses unitaires). **PA:** Furoate de fluticasone 92  $\mu$ g, umécliclinium 55  $\mu$ g, vilantérol 22  $\mu$ g. I: Traitement d'entretien de la BPCO modérée à sévère chez les patients adultes ayant subi  $\geq 1$  exacerbation dans les 12 derniers mois et traités de façon non satisfaisante par l'association CSI/LABA ou

LABA/LAMA. **P:** Adultes à partir de 18 ans: 1  $\times$  par jour 1 inhalation. **CI:** Hypersensibilité à l'un des composants, allergie sévère aux protéines du lait. **M/P:** Pas autorisé pour le traitement de symptômes aigus ou de l'asthme. Bronchospasme paradoxal doit être traité immédiatement par un bronchodilatateur à courte durée d'action, interrompre le traitement par Trelegy Ellipta, envisager traitement alternatif. Possibilité d'effets cardiovasculaires tels qu'arythmies cardiaques; avant l'initiation du traitement, examen à la recherche d'éventuelles comorbidités cardiovasculaires (entre autres, ECG recommandé pour l'évaluation d'un allongement du QTc). Prudence en cas de diabète, d'hypokaliémie, de tuberculose pulmonaire, d'infections chroniques/non traitées, de glaucome à angle fermé ou de rétention urinaire. Les patients présentant une insuffisance hépatique modérée ou sévère doivent être surveillés. Les doses élevées sur une longue durée peuvent être associées à des effets indésirables systémiques. Des troubles visuels peuvent apparaître. Des pneumonies ont été observées. **IA:** Prudence lors d'une utilisation concomitante de  $\beta$ -bloquants, ainsi que de médicaments causant un allongement de l'intervalle QTc ou des effets sur le taux de potassium. L'administration concomitante avec des inhibiteurs puissants du CYP3A4 (p. ex. kétoconazole, itraconazole, clarithromycine, ritonavir ou médicaments contenant du cobicistat) doit être évitée sauf si le bénéfice attendu l'emporte sur le risque accru d'effets indésirables systémiques liés aux corticostéroïdes; dans ce cas, les patients devront être surveillés afin de détecter d'éventuels effets indésirables systémiques liés aux corticostéroïdes. Traitement simultané avec d'autres antagonistes des récepteurs muscariniques de longue durée d'action ou d'autres agonistes  $\beta_2$ -adrénergiques de longue durée d'action n'est pas recommandée. **GA:** *Grossesse:* Trelegy Ellipta ne doit pas être utilisé pendant la grossesse, sauf si clairement nécessaire. *Allaitement:* Cesser l'allaitement ou cesser le traitement par Trelegy Ellipta. **EI:** *Très fréquents:* Rhinopharyngite. *Fréquents:* Pneumonie, infections respiratoires supérieures, bronchite, pharyngite, rhinite, sinusite, grippe, infection virale des voies respiratoires, douleurs ou candidose bucco-pharyngée, infections urinaires, céphalée, douleurs articulaires ou dorsales, toux, dysphonie, constipation. *Occasionnels:* Dysgueisie, tachycardie supraventriculaire, tachycardie, fibrillation auriculaire, sécheresse buccale, fractures. *Expériences post-commercialisation:* *Occasionnels:* entre autres glaucome. *Rares:* entre autres hypersensibilité (y c. anaphylaxie), rétention urinaire. *Non connu:* entre autres hyperglycémie. **CR:** B. Admis par les caisses (Lim). **Mise à jour de l'information:** mai 2023. GlaxoSmithKline AG, 3053 Münchenbuchsee. Une information détaillée est disponible sur www.swissmedicinfo.ch. Veuillez annoncer tout effet indésirable à pv.swiss@gsk.com. Les professionnel-le-s de la santé peuvent demander les références mentionnées à GlaxoSmithKline AG.

GlaxoSmithKline AG, Talstrasse 3, CH-3053 Münchenbuchsee

Trademarks are owned by or licensed to the GSK group of companies. ©2024 GSK group of companies or its licensor. TRELEGY Ellipta, ANORO Ellipta were developed in collaboration with INNOVIVA.

Pour les professionnels de santé en Suisse.

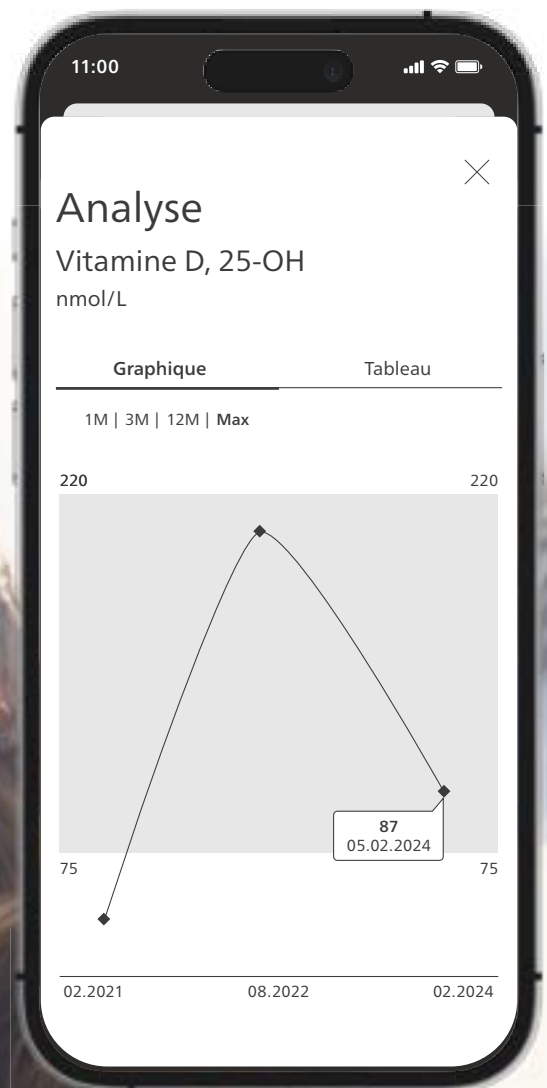
# My Viollier – L'App dédiée aux patients

## Connaissez vos valeurs

Votre santé est-elle importante pour vous ? Comment la gardez-vous à l'œil ?

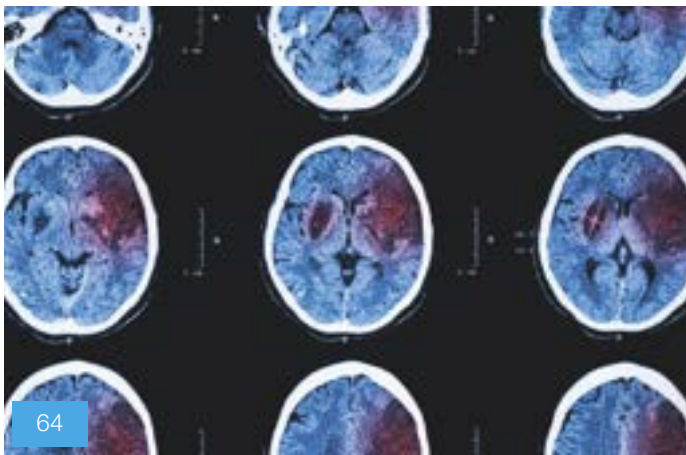
Avec l'App My Viollier, vous avez accès, en tant que patient – après autorisation d'accès unique délivrée par votre médecin – à tous vos résultats de laboratoire de Viollier et du laboratoire du cabinet médical. Vous connaissez ainsi vos valeurs et pouvez suivre leur évolution dans le temps, aussi bien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

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



# 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.



64

## Stroke Units et Stroke Centers en Suisse

**Mise à jour** L'accident vasculaire cérébral est une cause fréquente de décès et l'une des causes les plus fréquentes de handicap physique permanent chez l'adulte. Ces recommandations comprennent les critères de certification adaptés pour les Stroke Units et les Stroke Centers en Suisse et constituent une révision des lignes directrices et des profils d'exigences publiés en 2012.

Philippe Lyrer, Stefan Engelter et al.



74

## Time is brain!

**SSMIG et AMCIS** L'objectif principal du traitement de l'accident vasculaire cérébral aigu doit être un diagnostic et un traitement de reperfusion rapides et donc à proximité du domicile. Les grandes villes et les agglomérations disposent souvent de plusieurs Stroke Units et Stroke Centers, tandis que les régions rurales et géographiquement reculées accusent des déficits importants en matière de soins.

Thomas Brack, Andreas Kistler



76

## Masses pulmonaires avec une découverte surprenante

**Maladie multisystémique** Une patiente de 73 ans nous a été adressée en raison de signes inflammatoires systémiques et de valeurs hépatiques élevées. Depuis deux semaines, elle souffrait de douleurs entre les omoplates irradiant dans la nuque et le bas du dos. Elle a également fait état d'une rhinite et de sueurs nocturnes.

Oray Kahraman, Samuel Henz et al.

## Journal Club

## Weekly Briefing

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

Rédaction scientifique Forum Médical Suisse

## Grippe et oseltamivir

## Résultats non concluants

C'est à ce jour la plus grande méta-analyse sur la question de savoir si l'oseltamivir réduit le risque d'hospitalisation chez les patientes et patients ambulatoires atteints de grippe: 15 études randomisées contrôlées, avec au total 6166 cas de grippe confirmée, ont été incluses. Ont été évaluées les hospitalisations toutes causes confondues, pas uniquement celles dues à la grippe – une approche judicieuse compte tenu des maladies consécutives et concomitantes à la grippe (entre autres pneumonie, insuffisance cardiaque aiguë). Seul bémol: les intervalles de confiance pour le paramètre «hospitalisation» étaient très larges, et les résultats ne sont donc pas concluants. Même dans les sous-groupes très vulnérables (par ex. âge  $\geq 65$  ans), il n'y avait pas d'indice convaincant d'une réduction du risque d'hospitalisation.

JAMA Intern Med. 2024,  
doi.org/10.1001/jamainternmed.2023.0699.  
Rédigé le 10.1.24\_HU

## Érythème nouveau

## Phénotypage des cas atypiques

L'érythème nouveau (EN) est une inflammation aiguë de l'hypoderme («panniculite»). Les nodules mal délimités, légèrement en relief et rougeâtres-violacés siègent typiquement sur les jambes, mais des localisations atypiques sur le tronc, les bras et le visage sont également décrites. Une petite étude monocentrique rétrospective a pour la première fois caractérisé systématiquement ces cas atypiques. Aucune différence pertinente n'a été constatée concernant l'étiologie (idiopathique >> infectieuse > auto-immune > autre), la répartition par sexe ( $\frac{3}{4}$  de femmes), l'âge lors de la première manifestation (env. 40 ans), les symptômes (douleur!) et l'évolution de la maladie (délai jusqu'à la résolution 3–4 mois). À une exception près: la sarcoïdose semble plus souvent associée à un EN atypique.

Dermatology. 2024, doi.org/10.1159/000535617.  
Rédigé le 6.1.24\_HU

## Vintage Corner

## Athlete's nose: gênante mais bénigne

La relation entre l'activité sportive et la rhinorrhée a été évaluée chez 8 volontaires sains non-fumeurs (2 femmes, 6 hommes) âgés de 16–45 ans: la résistance nasale et les sécrétions nasales ont été quantifiées avant, pendant et après une course de 12 minutes. L'activité sportive a entraîné une augmentation des sécrétions nasales et une diminution de la résistance nasale chez tous les volontaires. Les deux paramètres sont revenus à la normale douze minutes après la fin de l'activité. Cette «exercice-induced rhinorrhée» est une forme de rhinite vasomotrice – en association avec l'air froid (autre pathomécanisme!), elle est aussi connue sous le nom de «nez du skieur». Selon l'intensité et les symptômes individuels, gênante mais bénigne.

BMJ. 1988, doi.org/10.1136/bmj.297.6649.660.  
Rédigé le 7.1.24\_HU

## CME

## Maladies cardiovasculaires et diabète

Le diabète de type 2 (DT2) est l'un des principaux facteurs de risque cardiovasculaire (CV). Pour adapter la stratégie thérapeutique et pour le pronostic, son identification précoce est décisive. Dans ses lignes directrices, la «European Society of Cardiology» a publié «10 commandements» à ce sujet. Les recommandations pratiques:

## Dépistage

- 1. Toutes les personnes atteintes d'une maladie CV devraient être testées pour la présence d'un DT2 (**HbA<sub>1c</sub>**).
- 2. Inversement, toutes les personnes atteintes de DT2 doivent être régulièrement

interrogées quant à d'éventuels symptômes d'artériosclérose (maladie coronarienne [MC]) (**anamnèse**).

- 3. Lors de chaque consultation, les personnes atteintes de DT2 doivent être systématiquement examinées à la recherche de signes d'insuffisance cardiaque (IC) (**examen**).
- 4. Les personnes atteintes de DT2 doivent être régulièrement testées pour détecter une maladie rénale chronique (MRC) (**débit de filtration glomérulaire, albuminurie**).

## Comorbidités et traitement

- 5. Les médicaments hypoglycémifiants dont le bénéfice est basé sur l'évidence devraient être priorités en fonction des comorbidités respectives (cf. 6.–8.), les autres préparations étant utilisées de manière secondaire (**études**).

- 6. Pour réduire le risque CV, les personnes avec DT2 et MC devraient être traitées avec un antagoniste du récepteur du GLP-1 et un inhibiteur du SGLT2, indépendamment du contrôle glycémique et de l'HbA<sub>1c</sub> (**DT2 et MC**).
- 7. Les personnes avec DT2 et IC (quelle que soit la forme) devraient être traitées avec un inhibiteur du SGLT2 (**DT2 et IC**).
- 8. Les personnes avec DT2 et MRC devraient être traitées avec un inhibiteur du SGLT2 et, en cas d'albuminurie pertinente (>30 mg/g), avec le nouvel ARM finirénone. Dans ce cadre, un inhibiteur de l'ECA ou un sartan fait en outre partie du traitement standard. Il faut viser une pression artérielle  $\leq 130/80$  mm Hg (**DT2 et MRC**).

Eur Heart J. 2024, doi.org/10.1093/eurheartj/ehad881.  
Rédigé le 10.1.24\_HU

## Contre le burnout des médecins

# Davantage de temps pour l'attention!

L'attention focalisée du médecin sur ses patientes et patients est la base de la confiance, d'une bonne communication, de la compréhension, d'un bon suivi et, finalement, de la satisfaction du médecin. Hélas, outre de nombreux «manqueurs de temps», le dossier médical électronique a largement érodé cette attention.

Voici quelques conseils pour mettre fin à cette érosion:

1. Ne pas regarder l'écran lorsque les patientes ou patients sont en face de nous et communiquent. Ils perçoivent l'attention interrompue. De plus, nous surestimons nos capacités multitâches.
2. Les saisies médicales doivent être courtes, concises et informatives. Les digressions longues et complexes sont chronophages et inutiles et ne sont guère lues. Éviter les répétitions («copier-coller»)!
3. Libérer les médecins de tâches pouvant aussi bien, voire mieux, être effectuées par d'autres. Les collaboratrices et collaborateurs peuvent assumer des tâches dans le déroulement de la consultation, aider à donner des instructions sur la prise de médicaments, effectuer des travaux préparatoires pour le traitement des e-mails et du courrier et même prendre des responsabilités pour les orientations de patientes et patients. Optimiser le travail d'équipe requiert une formation et de la confiance.
4. Organiser le créneau de la consultation de sorte à ce que la prise de notes et les autres dispositions soient faites juste après le contact avec la patiente/le patient, lorsque la mémoire est encore fraîche et complète. Cela est en principe efficace et fait gagner du temps. De plus, cela évite de devoir accomplir ces formalités en état de fatigue et sans envie, en fin de journée ou le week-end.
5. De grands espoirs sont placés dans l'intelligence artificielle pour l'avenir. Reste à savoir dans quelle mesure elle permettra d'alléger la charge de travail. Une chose est sûre: il faut agir contre l'épuisement professionnel des médecins.

JAMA Intern Med. 2024,  
doi.org/10.1001/jamainternmed.2023.5987.  
Rédigé le 3.1.2024\_MK

## Au banc d'essai



© Michele Ursi / Dreamstime

Les bains froids sont populaires et sont censés être bénéfiques pour la santé. Ce dernier point est toutefois controversé. Que disent les données scientifiques?

# Les bains froids sont-ils bons pour la santé?

Depuis la pandémie de coronavirus, les bains froids sont très populaires. De nombreuses célébrités ainsi que des influenceuses et influenceurs font état d'un effet positif sur la santé générale, avec soi-disant un renforcement du système immunitaire, un effet anti-stress et antidépresseur, une amélioration de la circulation périphérique et une dépense calorique. Le principal protagoniste des bains glacés est Wim Hof, un sportif extrême néerlandais qui a battu plusieurs records du monde de résistance au froid extrême. Son record dans l'eau glacée est de 1 heure et 52 minutes.

Existe-t-il des bases scientifiques qui étayent ces effets prétendument positifs des bains froids? Une revue [1] de 106 études conclut que dans la plupart des études, le nombre de participantes et participants est trop faible et les conditions de départ trop différentes pour tirer des conclusions solides. Dans certaines études, des changements significatifs de nombreux paramètres biochimiques et immunologiques ont été enregistrés. Ainsi, lors des bains froids, on observe une augmentation des concentrations de parathormone, de thyroïdostimuline, de noradrénaline, de tropine, de zinc et d'interleukine-6, des lymphocytes T et des monocytes et de la sensibilité à l'insuline. Parallèlement, les concentrations de cortisol, d' $\alpha$ -1-antitrypsine, d'homocystéine et d'insuline ainsi que les titres d'immunoglobulines IgG, IgA et IgM diminuent. La signification de ces changements pour la santé reste toutefois sans réponse.

Un opposant aux bains froids souvent cité est l'Anglais Mike Tipton [2]. Il attire depuis des années l'attention sur les risques potentiels liés au «choc de l'eau froide». Initialement, une hyperventilation se produit, accompagnée d'une augmentation rapide et prononcée de la pression artérielle. Cette dernière peut avoir des conséquences dangereuses, voire fatales, chez les personnes âgées ou ayant des antécédents cardiovasculaires. Le refroidissement rapide des muscles réduit leur force et leur contrôle, si bien que la nage coordonnée devient soudain impossible.

Conclusion: des données basées sur l'évidence suffisantes font jusqu'à présent défaut pour affirmer que les bains froids sont bénéfiques pour la santé. Ils ne peuvent actuellement pas être recommandés dans le cadre d'une consultation médicale. Il est indispensable d'attirer l'attention sur les risques.

1 Int J Circumpolar Health. 2022, doi.org/10.1080/22423982.2022.2111789.  
2 Br J Sports Med. 2022, doi.org/10.1136/bjsports-2022-105953.  
Rédigé le 7.1.24\_MK

## Recommandations 2022

# Stroke Units et Stroke Centers en Suisse

Les recommandations suivantes comprennent les critères de certification adaptés pour les Stroke Units et les Stroke Centers en Suisse et constituent une révision des lignes directrices et des profils d'exigences publiés dans cette revue pour la dernière fois en 2012.

**Prof. Dr méd. Philippe Lyrer<sup>a</sup>; Prof. Dr méd. Stefan Engelter<sup>a,b</sup>; Prof. Dr méd. Jan Gralla<sup>c</sup>; PD Dr méd. Andrea M. Humm<sup>d</sup>; Prof. Dr méd. Javier Fandino<sup>e</sup>; Prof. Dr méd. Urs Fischer<sup>a,f</sup>; Prof. Dr méd. Hans Pargger<sup>g</sup>; Prof. Dr méd. Werner Z'Graggen<sup>h</sup>; PD Dr méd. Georg Kägi<sup>i</sup>; Prof. Dr méd. Andrea Luft<sup>j</sup>; Prof. Dr méd. Krassen Nedeltchev<sup>k</sup>; Prof. Dr phil. Elke Steudter<sup>l,\*</sup>; Dr méd. Heinz J. Schaad<sup>m</sup>; PD Dr méd. Carlo Cereda<sup>n</sup>; Prof. Dr méd. Stephan G. Wetzel<sup>o</sup>; Dr méd. Guido Schwegler<sup>p</sup>; Doris Mössinger<sup>q,\*</sup>, MScN; Bartosch Nowak<sup>a</sup>, MScN; Dr méd. Emmanuel Carrera<sup>g</sup>; Prof. Dr méd. Christoph Stippich<sup>r,s</sup>; Prof. Dr méd. Leo H. Bonati<sup>t</sup>; Prof. Dr méd. Marcel Arnold<sup>f</sup>; Prof. Dr méd. Patrik Michel<sup>f</sup>; PD Dr méd. Susanne Renaud<sup>u</sup>: groupes de travail Stroke Unit et Réseau de Soins et Thérapeutes Stroke Suisse\* de la Société Cérébrovasculaire Suisse (SCS – neurovasc.ch) ainsi que la Commission Stroke de la «Swiss Federation of Clinical Neuro-Societies» (SFCNS)**

<sup>a</sup> Neurologie, Universitätsspital Basel, Basel; <sup>b</sup> Neurorehabilitation, Universitäre Altersmedizin Felix-Platter Basel, Basel; <sup>c</sup> Universitätsklinik für Neuroradiologie, Inselspital Bern, Bern; <sup>d</sup> Service de neurologie, Médecine, HFR Fribourg - Hôpital Cantonal Fribourg, Fribourg; <sup>e</sup> Neurochirurgie, Klinik Hirslanden, Zürich; <sup>f</sup> Universitätsklinik für Neurologie, Inselspital Bern, Bern; <sup>g</sup> Intensivstation, Universitätsspital Basel, Basel; <sup>h</sup> Neurointensivmedizin, Inselspital Bern, Bern; <sup>i</sup> Klinik für Neurologie, Kantonsspital St. Gallen, St. Gallen; <sup>j</sup> Neurologie, Limmattalspital, Schlieren; <sup>k</sup> Klinik für Neurologie, Kantonsspital Aarau, Aarau; <sup>l</sup> Careum Hochschule Gesundheit, Zürich; <sup>m</sup> Innere Medizin, Spitäler fmi AG, Interlaken; <sup>n</sup> Neurocentro della Svizzera Italiana, Ente Ospedaliero Cantonale (EOC), Lugano; <sup>o</sup> Zentrum für Neuroradiologie, Klinik Hirslanden, Zürich; <sup>p</sup> Universitäre Akut-Neurorehabilitation, Inselspital Bern, Bern; <sup>q</sup> Service de neurologie, Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), Genève; <sup>r</sup> Klinik für Neurologie, Universitätsspital Zürich, Zürich; <sup>s</sup> Schmieder Kliniken Allensbach, Allensbach (Deutschland); <sup>t</sup> Service de neurologie, Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), Lausanne; <sup>u</sup> Service de neurologie, Réseau hospitalier neuchâtelois (RHNe), Neuchâtel

Vous trouverez le commentaire relatif à cet article à la page 74 de ce numéro.

## Contexte

La présente révision contient les critères de certification adaptés au fil des années et a été réalisée, lors des réunions réglementaires de la Commission Stroke de la «Swiss Federation of Clinical Neurosocieties» (SFCNS) ainsi que par voie de correspondance, par des spécialistes représentant les sociétés de discipline médicale au sein de la Commission Stroke de la SFCNS et par des membres du Réseau de Soins et Thérapeutes Stroke Suisse qui s'est constitué entre-temps. Ces recommandations ont été approuvées par la SFCNS, la Société Suisse de Neurologie, la Société Suisse de Neuroradiologie, la Société Suisse de Neurorehabilitation, la Société Suisse de Neurochirurgie, la Société Suisse de Neurophysiologie Clinique et la Société Suisse de Médecine Intensive.

## Introduction et situation de départ

L'accident vasculaire cérébral (AVC, en anglais «stroke») est une cause fréquente de décès et l'une des causes les plus fréquentes de handicap physique permanent chez l'adulte [1–3]. Une Stroke Unit (SU) est une unité de traitement d'un hôpital conçue spécifiquement pour les patientes et patients victimes d'un AVC. Le traitement dans une SU est efficace pour tous

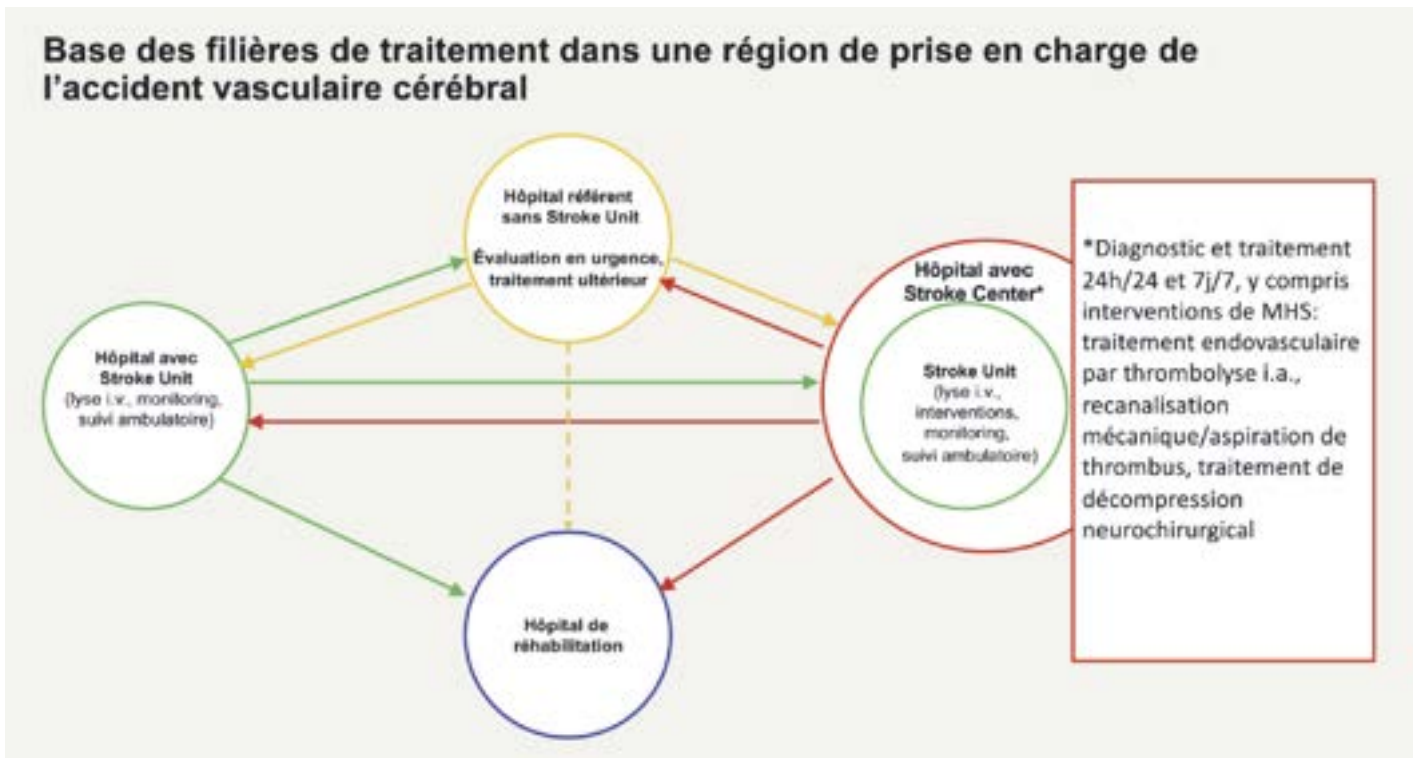
les degrés de sévérité et tous les groupes d'âge des personnes victimes d'un AVC. Elle dispose de places de traitement monitorées et non monitorées. Par rapport à un traitement traditionnel moins structuré, les patientes et patients traités dans des SU ont une probabilité significativement plus élevée de survivre, de retrouver leur autonomie et de rentrer chez eux [4, 5]. Un Stroke Center (SC) comprend une SU en tant qu'unité de traitement principale et complète le concept de la SU par d'autres prestations structurelles, neuroradiologiques et neurochirurgicales spécifiques, qui comprennent notamment aussi des traitements relevant de la définition de la «médecine hautement spécialisée» (MHS). Les SU et les SC forment un réseau correspondant dans leur région respective, qui garantit une filière de traitement allant des premiers soins au suivi ambulatoire en passant par la réhabilitation (fig. 1).

Des lignes directrices et des profils d'exigences pour les SU et les SC en Suisse ont été publiés pour la dernière fois en 2012 [6], et sont étroitement alignées avec les recommandations de l'«European Stroke Organisation» (ESO) [7]. Les éléments clés d'une SU et d'un SC sont présentés dans les tableaux 1–7 ci-après. Les années suivantes ont été marquées

en Suisse par le développement et la création de SU et de SC, ainsi que par la mise en place de certifications correspondantes après l'opérationnalisation des lignes directrices en critères vérifiables. La SFCNS a été mandatée à cet effet par l'organe MHS de la Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) en 2011. La mise en œuvre incombe à la commission de certification, l'organe exécutif de la Commission multidisciplinaire Stroke de la SFCNS, avec le soutien de Sanacert et de l'Institut pour la Médecine et la Communication SA (IMK) en ce qui concerne les processus conceptuels, opérationnels et administratifs. Au cours des dix dernières années, la procédure de certification des SU et des SC s'est établie en Suisse et a contribué à ce que les SU et les SC certifiés deviennent le pilier principal du traitement de haute qualité de l'AVC en Suisse [8].

Lors des audits de recertification, une augmentation constante de la qualité des processus et des résultats a pu être constatée dans la plupart des centres. Une telle évolution s'observe également dans toute l'Europe grâce à l'introduction de la «ESO Certification for Stroke Units and Stroke Centers» [9]. La certification ESO est très similaire à celle de la Suisse et se





**Figure 1:** Stroke Units et Stroke Centers, base pour la formation de filières de traitement entre le Stroke Center, la Stroke Unit, l'hôpital sans Stroke Unit et les cliniques de réhabilitation.

i.a.: intra-artériel; i.v.: intraveineux; h: heures; j: jours; MHS: médecine hautement spécialisée.

recoupe largement sur de nombreux critères. De ce fait, une certification ESO pour les SU/SC suisses est possible depuis 2019 via une procédure administrative fortement simplifiée et allégée (<https://eso-certification.org/application/eso-certification-application-forms>).

Parallèlement à l'établissement de la certification nationale des SU et SC, le «Swiss Stroke Registry» a été mis en place en 2014, avec l'idée d'une norme de saisie des données uniformisée [10]. Celui-ci sert à la saisie des données relatives au traitement et des chiffres relatifs à la qualité, y compris pour les interventions relevant de la MHS, et permet d'établir un rapport annuel à l'intention de l'organe consultatif MHS de la CDS.

Une révision des lignes directrices s'imposait en 2022, notamment aussi pour tenir compte des évolutions interprofessionnelles considérables de la prise en charge des AVC de ces dernières années.

Le traitement de l'AVC aigu a lieu dans une SU, un SC ou une unité de soins intensifs certifiée si des mesures de médecine intensive sont indiquées. En cas d'occlusion d'une grosse artère de la base du cerveau, le traitement est mis en œuvre dans un SC équipé en conséquence ou dans une unité de soins intensifs suite à l'orientation préhospitalière appropriée. Depuis les publications concluantes concernant les traitements endovasculaires tels que le stent retrievers, ce type de traitement s'est imposé. Les patientes et patients qui ne sont pas

admis directement dans un SC pour ce type de traitement sont, suite à une première évaluation dans une SU avec ou sans initiation d'une thrombolyse intraveineuse, transférés dans un SC pour un traitement endovasculaire [11]. Dans son «Stroke Action Plan for Europe 2018–2030» (<https://actionplan.eso-stroke.org>), l'ESO a par ailleurs émis les recommandations suivantes pour les patientes et patients victimes d'un AVC ischémique aigu ou d'une hémorragie intracérébrale:

1. 90% des personnes victimes d'un AVC aigu sont traitées dans une institution équipée d'une SU.
2. 95% des personnes touchées chez lesquelles un traitement de revascularisation est indiqué reçoivent un tel traitement.
3. La durée médiane entre le début des symptômes et le traitement est <120 minutes, et <200 minutes pour un traitement endovasculaire.
4. Un traitement intraveineux par activateur du plasminogène recombinant (rt-PA) est administré à au moins 15% de toutes les personnes victimes d'un AVC.
5. Le taux de mortalité dans les 30 premiers jours est inférieur à 25% pour les patientes et patients souffrant d'hémorragies intracérébrales.

#### Éléments efficaces basés sur l'évidence d'une SU

Sur la base d'études randomisées contrôlées, le traitement des patientes et patients victimes

d'un AVC dans une unité de traitement prévue à cet effet par une équipe multiprofessionnelle (personnel médical, personnel soignant, thérapeutes, service social, case management, diététiciens), combiné avec l'utilisation de traitements médicamenteux et interventionnels et avec l'introduction précoce de mesures de réhabilitation, entraîne une baisse de la mortalité et de la morbidité par rapport au traitement dans une unité non spécialisée [5, 12]. Le traitement des personnes victimes d'un AVC dans une SU ou un SC profite à toutes les personnes touchées. Le risque relatif de dépendance permanente ou de décès est réduit («odds ratio» [OR] = 0,78; intervalle de confiance [IC] à 95% 0,68–0,91 par rapport au «general medical ward»). Pour 100 personnes traitées, cela signifie deux personnes décédées en moins, six patientes et patients de plus qui peuvent vivre chez eux et six autres qui ne présentent pas de handicap permanent [4, 13, 14].

La SU est une unité de soins géographique délimitée, dotée d'une infrastructure spécifique, dans laquelle sont admis les patientes et patients victimes d'un AVC. Elle est intégrée dans chaque SC mais peut également être implantée dans des institutions sans SC. Une SU géographiquement délimitée est supérieure à une SU fonctionnelle (c'est-à-dire à un traitement par une équipe Stroke qui prend en charge les victimes d'AVC dans différents services de l'hôpital) [14–17]. Le traitement de l'AVC y est assuré par du personnel spécia-

ment formé, selon des critères et des algorithmes prédéfinis [6, 18]. Le traitement est exhaustif, c'est-à-dire qu'il comprend des parcours d'orientation définis dans la phase pré-hospitalière, des mesures immédiates à l'admission à l'hôpital, y compris des mesures de revascularisation aiguë, la prévention et le traitement des complications aiguës, ainsi que la clarification des causes sous-jacentes et leur traitement ultérieur. Les traitements et complications qui représentent une menace vitale aiguë pour les patientes et patients exigent un traitement ultérieur dans une unité de soins intensifs certifiée. Finalement, le traitement dans une SU comprend également des mesures qui servent à la prévention de récurrences d'AVC, à l'initiation précoce de la réhabilitation, ainsi qu'à la planification de celle-ci au-delà du séjour dans la SU.

Tous ces éléments, ainsi que la surveillance continue des paramètres vitaux, la vérification clinique régulière du status neurologique et la mise en place de mesures adaptées en cas de troubles de la déglutition, sont les raisons essentielles de l'effet bénéfique du traitement en SU [19]. La SU, avec ses infrastructures et procédures préétablies, permet en plus l'implémentation d'autres mesures spécifiques avec preuve scientifique d'efficacité qui renforcent encore l'effet bénéfique de la SU sur la récupération fonctionnelle. Il s'agit de:

- La thrombolyse intraveineuse par rt-PA appliquée dans le cadre de la SU est une mesure individuelle très efficace. Le «number needed to treat» (NNT) pour une évolution favorable sur le plan fonctionnel dépend de la latence du début du traitement: il est 4,5 pour un traitement <90 minutes et à 14,1 pour un traitement à 4,5 heures [11, 19]. En raison de la grande importance pronostique de ces délais de traitement («onset-to-needle time»), l'optimisation de la phase pré-hospitalière et des processus thérapeutiques aigus est primordiale.
- Le traitement endovasculaire dans le SC jusqu'à six heures après le début des symptômes, voire jusqu'à 24 heures dans des situations particulières, s'accompagne d'un taux de réouverture plus élevé d'occlusion des grosses artères et peut améliorer les chances de récupération des patientes et patients. La thrombectomie mécanique sans thrombolyse pharmacologique et la combinaison avec la thrombolyse ont fait leur preuve dans des études randomisées contrôlées. L'effet de ce traitement est considérable avec un NNT de 2–3 pour éviter un cas de dépendance ou un décès [11, 20].
- La craniectomie décompressive chez les patientes et patients victimes d'un infarctus cérébral expansif s'est avérée être un traite-



Figure 2: Stroke Units (rouge) et Stroke Centers (bleu) en Suisse.

ment aigu efficace pour prévenir les décès et les handicaps graves [21, 22].

- Pour les patientes et patients souffrant d'hémorragies cérébrales le bénéfice d'un traitement en SU est au moins équivalent à celui des patientes et patients avec AVC ischémique [4].

### Situation en Suisse

Chaque année en Suisse, environ 15 000 personnes sont victimes d'un AVC [23] et le nombre d'accidents ischémiques transitoires (AIT) est estimé à 5000. Dans sa «Décision concernant la planification de la médecine hautement spécialisée (MHS) dans le domaine du traitement des accidents vasculaires cérébraux» (rapport du 21.6.2011 [24]), l'organe de décision de la Convention intercantonale relative à la médecine hautement spécialisée (CIMHS) de la CDS a, lors de sa séance du 20.5.2011, stipulé que le traitement hautement spécialisé des AVC comprend (i) le traitement endovasculaire aigu d'un AVC aigu avec thrombolyse intra-artérielle ou in situ et dissolution mécanique du thrombus, (ii) la craniectomie décompressive à la phase aiguë ou subaiguë de la maladie et (iii) les traitements de revascularisation (chirurgicaux/endovasculaires) des artères cérébrales extra- ou intracrâniennes obstruées. Dans sa lettre du 8.1.2012 adressée à la Commission Stroke de la SFCNS, l'organe de décision CIMHS de la CDS a formulé la certification des hôpitaux comme un prérequis et a désigné la SFCNS, en tant qu'association faitière des neurosciences cliniques, comme mandataire. Une condition préalable à la certification d'un SC ou d'une SU est la présence d'une unité de soins intensifs certifiée

dans le même hôpital, qui assure le traitement de l'AVC aigu en collaboration avec les spécialistes qui travaillent également dans la SU et le SC dès lors qu'un traitement intensif supplémentaire est nécessaire. La SFCNS a confié la tâche de certifier les SU et les SC à sa Commission Stroke. Les lignes directrices et les profils d'exigences publiés en 2012 pour les SU et les SC, qui ont été opérationnalisés par la commission de certification de la Commission Stroke de la SFCNS, constituent depuis lors la base de la certification et de la recertification. La certification des unités de soins intensifs est de son côté effectuée par la Commission de certification des unités de soins intensifs (CC-USI) de la Société Suisse de Médecine Intensive. En Suisse, dix SC avec mandat pour l'application de traitements relevant de la MHS et 14 SU sont actuellement certifiés (fig. 2).

### Méthodologie

Les représentantes et représentants de la SCS et de la commission Stroke de la SFCNS décrivent ici le profil d'exigences révisé pour les SU et les SC en Suisse. À cet effet, les documents et bases suivants ont été pris en compte:

1. Profil d'exigences et lignes directrices pour les SU en Suisse, publiés en 2004 et 2012, ainsi que l'expérience gagnée par la commission lors des certifications et recertifications depuis 2012 [6, 25]
2. Rapport sur le traitement hautement spécialisé des AVC en Suisse à l'attention de l'organe de décision CIMHS de la CDS («Hochspezialisierte Behandlung von Hirnschlägen in der Schweiz. Bericht für das Beschlussorgan GDK IVHSM/CDS CIMHS». 14.1.2011 [26])

3. Décision de l'organe de décision CIMHS de la CDS concernant la MHS des AVC (séance du 20.5.2011; rapport du 21.6.2011) [6, 25]
4. «ESO recommendations to establish organised stroke unit care». 2013 [7]
5. Classification suisse des interventions chirurgicales de 2021 [27], CHOP 89.13.1 «Traitement neurologique complexe de l'accident vasculaire cérébral aigu» et CHOP 89.13.A «Traitement neurologique complexe de l'accident vasculaire cérébral aigu en dehors d'une unité spécialisée» dans le Swiss-DRG (traitement complexe de l'accident vasculaire cérébral [28])
6. Critères de certification actuels de l'ESO [29]
7. Littérature sélectionnée [4, 9, 30-36]
8. Création du groupe de travail de la SCS «Réseau de Soins Stroke Suisse» et élaboration d'une proposition de critères de certification pour les soins

Sur la base de ces documents, les membres du groupe de travail «Stroke Unit» de la SCS, composé d'expertes et d'experts intéressés.e.s par les problématiques cérébrovasculaires issus des domaines de la neurologie, de la neuroradiologie, de la neurochirurgie, de la neuroréhabilitation, de la médecine intensive et de la médecine interne générale, ainsi que de soignantes et soignants d'institutions spécialisées, ont révisé et actualisé les lignes directrices initiales en utilisant le principe du consensus pour la formulation des exigences qualitatives et quantitatives. Celles-ci ont été approuvées par la Commission Stroke de la SFCNS, dans laquelle siègent des représentantes et représentants de toutes les sociétés de discipline médicale initialement mentionnées, ainsi que des soignantes et soignants et des thérapeutes. En parallèle, la commission de certification a déjà opérationnalisé les lignes directrices en critères de certification révisés pouvant être audités, en définissant également les critères qui doivent être obligatoirement remplis [37].

La nomenclature et le profil d'exigences s'inspirent de ceux de l'ESO [9].

### Profil d'exigences pour les SU et les SC

Chaque SU et SC doit – en accord avec les dispositions de la CDS [6, 25] – répondre au profil d'exigences général décrit ci-dessous, afin de pouvoir traiter la plupart des maladies cérébrovasculaires:

- Remplir les conditions professionnelles, personnelles, structurelles et techniques nécessaires pour cerner le syndrome déficitaire neurologique et l'étiologie sous-jacente, ainsi que pour évaluer le risque de complications, les prévenir et les traiter;
- Mise en œuvre et application de traitements (médicaux, interventionnels, chirurgicaux),

- même dans l'urgence 24 heures sur 24, 365 jours par an;
- Mesures d'optimisation de la phase pré-hospitalière;
- Mise en place et développement de filières et réseaux de traitement;
- Collaboration avec l'unité de soins intensifs;
- Mesures visant à garantir une réhabilitation neurologique multidisciplinaire;
- Planification de la réhabilitation et poursuite du traitement de réhabilitation sous le conseil professionnel d'une ou d'un spécialiste en neuroréhabilitation;
- Prophylaxie et prévention des récurrences, y compris éducation des patientes et patients et de la population;
- Formation continue et postgraduée interprofessionnelle;
- Assurance qualité;
- Garantir la saisie des données dans le «Swiss Stroke Register»;
- Appliquer les principes du processus d'amélioration continue.

Les SU et SC suisses forment des réseaux régionaux de prise en charge des AVC dans le cadre d'une concertation mutuelle, contractuellement réglementée. Ils répondent ainsi à la décision MHS du 21.6.2011 (respectivement de l'annexe: justification partie c): «L'organisation sous forme de huit régions avec des SC et des SU garantit la couverture de l'ensemble du territoire avec les distances les plus courtes possibles et tient compte des développements déjà établis. L'organisation en réseaux exigée, y compris l'utilisation de moyens de télémédecine, clarifie les processus et contribue à éviter les retards dans l'admission des patients pour un traitement indiqué.» Les admissions dans les institutions concernées ont fait l'objet de lignes directrices distinctes récemment publiées [38].

Afin de couvrir l'ensemble du territoire, le groupe de travail recommande de créer des filières de traitement, allant de l'orientation des patientes et patients jusqu'à leur suivi, et de viser une répartition régionale équilibrée des SU et SC (fig. 1). Le réseau régional Stroke comprend un (ou plusieurs) SC, aucune à plusieurs SU, ainsi que d'éventuels autres hôpitaux de la région, des établissements de neuroréhabilitation et des services d'urgence au sein d'un espace (géographique) de soins médicaux. La collaboration entre les acteurs du réseau est réglementée. La collaboration entre les différentes SU, les hôpitaux référents sans SU et le SC est réglée avec un contrat de coopération, en tenant compte des conditions locales. Ces contrats sont audités.

Sur la base de ce profil d'exigences, les tableaux 1-7 ci-dessous présentent les critères

révisés détaillés, subdivisés en critères pour les SU et les SC; ils font partie du contenu du processus de certification.

### Correspondance

Schweizerische Hirn Schlaggesellschaft (SHG)  
 Prof. Dr. med. Philippe A. Lyrer  
 Universitätsspital Basel  
 Stroke Center Neurologie  
 Petersgraben 4  
 CH-4031 Basel  
 philippe.lyrer[at]usb.ch

### Funding Statement

PL: subventions de recherche (à l'institution) du Fonds national suisse (TICH-DOAC, ESTREL). MA: subventions de recherche du Fonds national suisse et de la Fondation Suisse de Cardiologie. UF: subventions de recherche (à l'institution) de Medtronic (SWIFT DIRECT, BEYOND SWIFT), Stryker (DISTAL), Phenox (DISTAL), du Fonds national suisse et de la Fondation Suisse de Cardiologie. AL: soutien à la recherche de la part de The LOOP Zurich (University of Zurich Clinical Research Focus program). PM: subventions de recherche (à l'institution) du Fonds national suisse, de la Fondation Suisse de Cardiologie et de l'Université de Lausanne. Les autres auteurs et auteurs ont déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts potentiels.

### Conflict of Interest Statement

PL: contributions (à l'institution) de ACTICOR France (ACTIMIS) et de Alexion-Astra Zeneca (ANNEXa-1). MA: honoraires de conférencier d'AstraZeneca, Bayer, Medtronic, Novartis, Sanofi; honoraires pour la participation à des Scientific Advisory Boards d'Amgen, Bayer, BMS, Daiichi Sankyo, Medtronic, Novartis, Novonordisk. EC: subventions de Boehringer (à l'institution) pour la participation à un Advisory Board. UF: honoraires de consultant de Medtronic et CLS Behring, participation à des Data Safety Monitoring ou Advisory Boards (TITAN trial, IN EXTREMIS); Clinical event committee (COATING trial, Phenox). JG: honoraires de consultant (à l'institution) de Medtronic (Global co-PI of Swift Direct) et Johnson and Johnson; brevets déposés (traitement de l'anévrisme). AF: honoraires de consultant de Boehringer Ingelheim, honoraires de conférencier de Moleac Snc. Les autres auteurs et auteurs ont déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts potentiels.

### Références

- 1 Office fédéral de la statistique OFS. Causes spécifiques de décès [Internet]. Disponible sur: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/etat-sante/mortalite-causes-deces/specifiques.html>
- 2 World Health Organization WHO. The top 10 causes of death [Internet]. c2020 Dec 09 [dernière consultation: 26. 05.2021]. Disponible sur: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
- 3 Feigin VL, Rita V, Krishnamurthi, Priya Parmar, Bo Norrving, George A Mensah, Derrick A Bennett, et al. Update on the Global Burden of Ischemic and Hemorrhagic Stroke in 1990-2013: The GBD 2013 Study. *Neuroepidemiology*. 2015;45(1):161-76.
- 4 Langhorne P, Ramachandra S, Stroke Unit Trialists C. Organised inpatient (stroke unit) care for stroke: network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020;4(4):CD000197.
- 5 Seenan P, Long M, Langhorne P. Stroke units in their natural habitat: systematic review of observational studies. *Stroke*. 2007;38(6):1886-92.
- 6 Lyrer P, Michel P, Arnold M, Hungerbühler H, Gralla J, Humm A, et al. Stroke Units and Stroke Centers in der Schweiz: Richtlinien und Anforderungsprofil. *Schweiz Med Forum*. 2012;12:918-22.
- 7 Ringelstein EB, Chamorro A, Kaste M, Langhorne P, Leys D, Lyrer P, et al. European Stroke Organisation recommendations to establish a stroke unit and stroke center. *Stroke*. 2013;44(3):828-40.

Tableau 1: Fonctions de direction

N°	Critère d'évaluation	SU	SC
A 1	La direction, les missions et le fonctionnement de l'unité de traitement sont définis. L'organigramme correspondant est visible sur le site internet de l'hôpital.	X	X
A 2	La direction médicale de l'unité de traitement est confiée à une/un neurologue expérimenté(e). <sup>1</sup> La suppléance est réglée.	X	X
A 3	La direction médicale se distingue par des compétences appropriées. <sup>2</sup>	X	X
A 4	La consultation ambulatoire pour les patientes et patients victimes d'un AVC est dirigée par une/un neurologue expérimenté(e) dans la prise en charge des AVC. <sup>3</sup>	X	X
A 5	La gestion des lits de l'unité de traitement incombe à la/au neurologue de garde.	X	X
A 6	La direction des soins de l'unité de traitement est confiée à une/un soignant(e) diplômé(e) formé(e) et expérimenté(e) dans le traitement des patientes et patients victimes d'AVC. <sup>4</sup> La suppléance est réglée.	X	X
A 7	La direction des services thérapeutiques de l'unité de traitement est confiée à une/un thérapeute expérimenté(e) dans le traitement des patientes et patients victimes d'AVC. <sup>5</sup> La suppléance est réglée.	X	X

Le terme «unité de traitement» désigne soit un Stroke Center (SC), soit une Stroke Unit (SU).

1 Une/un spécialiste en neurologie (spécialiste FMH en neurologie ou équivalent) avec une expertise avérée dans le traitement des AVC et au moins 2 ans d'expérience en tant que cheffe/chef de clinique ou médecin adjoint(e) (à 100% ou expérience plus longue au prorata en cas de travail à temps partiel) dans une SU / un SC certifié(e), avec preuve d'une formation postgraduée continue spécifique aux AVC.

2 Les compétences sont: responsabilité des cas, élaboration de concepts et de directives («Standard Operating Procedure» [SOP]), responsabilité de leur mise en œuvre; pouvoir de direction vis-à-vis des collaboratrices/collaborateurs de la SU / du SC; compétence en matière de gestion du personnel; responsabilité budgétaire.

3 Neurologue expérimenté(e) dans la prise en charge des AVC signifie: spécialiste ISFM/FMH en neurologie ou équivalent, avec preuve d'une formation postgraduée continue spécifique aux AVC.

4 «Expérimenté(e) dans le traitement des AVC» correspond à une expérience professionnelle pratique de 2 ans dans le traitement des AVC dans une SU / un SC certifié(e) (à 100% ou expérience plus longue au prorata en cas de travail à temps partiel), avec preuve d'une formation postgraduée continue spécifique aux AVC. «Formé(e)» correspond soit à une formation continue ou postgraduée qui a été accomplie dans une institution officiellement reconnue de formation postgraduée supérieure (par ex. Certificate/Diploma/Master of Advanced Studies [CAS/DAS/MAS] ou formation de niveau tertiaire sanctionnée par un Master of Science avec orientation Advanced Practice Nurse), soit à une formation, formation continue ou formation postgraduée transmettant des connaissances solides sur l'hémodynamique et la perfusion cérébrales, la sémiologie clinique, le monitoring, la respiration et la circulation y compris leur surveillance, le positionnement, la mobilisation, la déglutition, la nutrition, la communication, les techniques de stimulation, etc.

5 Avec expertise avérée dans le traitement des AVC et expérience professionnelle pratique de 2 ans (à 100% ou expérience plus longue au prorata en cas de travail à temps partiel), avec preuve d'une formation postgraduée continue spécifique.

AVC: accident vasculaire cérébral; FMH: Fédération des médecins suisses (Foederatio Medicorum Helveticorum); ISFM: Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue; SC: Stroke Center; SU: Stroke Unit.

8 Arnold M, Engelter S, Lyrer P, Renaud S, Michel P, Nedeltchev K. Certification of stroke centre and stroke units in Switzerland. *Clinical and Translational Neuroscience*. 2018;2(1):2514183X1773840.

9 Waje-Andreassen U, Nabavi DG, Engelter ST, Dippel DW, Jenkinson D, Skoda O, et al. European Stroke Organisation certification of stroke units and stroke centres. *Eur Stroke J*. 2018;3(3):220–6.

10 SSR – Swiss Stroke Registry. Extrait de la plateforme en ligne des registres de la FMH. État actuel 2020. Available from: <https://www.fmh.ch/apps/mereg/pdfs/swiss-stroke-registry-fr.pdf>

11 Michel P, Diepers M, Mordasini P, Schubert T, Bervini D, Rouv J, et al. Acute revascularization in ischemic stroke: Updated Swiss guidelines. *Clinical & Translational Neuroscience*. 2021;5(1):1–11.

12 Fuentes B, Diez-Tejedor E. Stroke units: many questions, some answers. *Int J Stroke*. 2009;4(1):28–37.

13 Ciccone A, Celani MG, Chiaromonte R, Rossi C, Righetti E. Continuous versus intermittent physiological monitoring for acute stroke. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;5:CD008444.

14 Cereda CW, George PM, Pelloni LS, Gandolfi-De-cristophoris P, Mlynash M, Biancon Montaperto L, et al. Beneficial effects of a semi-intensive stroke unit are beyond the monitor. *Cerebrovasc Dis*. 2015;39(2):102–9.

15 Busse O. Stroke units and stroke services in Germany. *Cerebrovasc Dis*. 2003;15 Suppl 1:8–10.

16 Kalra L, Evans A, Perez I, Knapp M, Donaldson N, Swift CG. Alternative strategies for stroke care: a prospective randomised controlled trial. *Lancet*. 2000;356(9233):894–9.

17 Lyrer P. Acute stroke units and teams. *Handb Clin Neurol*. 2009;94:1195–203.

18 Indredavik B, Bakke F, Slordahl SA, Rokseth R, Haheim LL. Treatment in a combined acute and rehabilitation stroke unit: which aspects are most important? *Stroke*. 1999;30(5):917–23.

19. Lees KR, Bluhmki E, von Kummer R, Brodt TG, Toni D, Grotta JC, et al. Time to treatment with intravenous alteplase and outcome in stroke: an updated pooled analysis of ECASS, ATLANTIS, NINDS, and EPITHET trials. *Lancet*. 2010;375(9727):1695–703.

20 Wahlgren N, Moreira T, Michel P, Steiner T, Jansen O, Cognard C, et al. Mechanical thrombectomy in acute ischemic stroke: Consensus statement by ESO-Karolinska Stroke Update 2014/2015, supported by ESO, ESMINT, ESNR and EAN. *Int J Stroke*. 2016;11(1):134–47.

21. Vahedi K, Hofmeijer J, Juettler E, Vicaud E, George B, Algra A, et al. Early decompressive surgery in malignant infarction of the middle cerebral artery: a pooled analysis of three randomised controlled trials. *Lancet Neurol*. 2007;6(3):215–22.

22 Michel P, Engelter S, Arnold A, Hungerbühler H, Nedeltchev K, Georgiadis D, et al. Thrombolyse de l'attaque cérébrale ischémique. *Forum Med Suisse*. 2009;9:892–4.

23 Meyer K, Simmet A, Arnold M, Mattle H, Nedeltchev K. Stroke events, and case fatalities in Switzerland based on hospital statistics and cause of death statistics. *Swiss Med Wkly*. 2009;139(5-6):65–9.

24 Décision concernant la planification de la médecine hautement spécialisée (MHS) dans le domaine du traitement des accidents vasculaires cérébraux. 21.6.2021. Available from: [https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/hsm/hsm\\_spitaliste/bb\\_dc\\_stroke\\_praez\\_20110520\\_def\\_f.pdf](https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/hsm/hsm_spitaliste/bb_dc_stroke_praez_20110520_def_f.pdf)

25 Engelter S, Lyrer P. Stroke Units in der Schweiz: Bedarfsanalyse, Richtlinien und Anforderungsprofil. *Schweiz Med Forum*. 2004:200–3.

26 Hochspezialisierte Behandlung von Hirnschlägen in der Schweiz. Bericht für das Beschlussorgan GDK IVHSM/CDS CIMHS. 14.1.2011. Available from: <https://sfscs.ch/certification/stroke>

27 Office fédéral de la statistique. Classification suisse des interventions chirurgicales 2021. © OFS, Neuchâtel 2020. Available from: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/>

home/statistiques/sante/nomenclatures/medkk/instruments-codage-medical.assetdetail.14880303.html  
28 Swiss-DRG. Catalogue des forfaits par cas. Traitement complexe de l'accident vasculaire cérébral. Available from: <https://www.swissdrg.org/fr/somatique-aigue/archiv-swissdrg-system/systeme-swissdrg-1002021>

29 European Stroke Organisation. ESO Certification Platform. Available from: <https://eso-stroke.org/welcome-eso-certification-platform>

30 Adams HP Jr., del Zoppo G, Alberts MJ, Bhatt DL, Brass L, Furlan A, et al. Guidelines for the early management of adults with ischemic stroke: a guideline from the American Heart Association/American Stroke Association Stroke Council, Clinical Cardiology Council, Cardiovascular Radiology and Intervention Council, and the Atherosclerotic Peripheral Vascular Disease and Quality of Care Outcomes in Research Interdisciplinary Working Groups: The American Academy of Neurology affirms the value of this guideline as an educational tool for neurologists. *Circulation*. 2007;115(20):e478–534.

31 Chassin MR, Loeb JM, Schmaltz SP, Wachter RM. Accountability measures—using measurement to promote quality improvement. *N Engl J Med*. 2010;363(7):683–8.

32 George MG, Tong X, McGruder H, Yoon P, Rosamond W, Winquist A, et al. Paul Coverdell National Acute Stroke Registry Surveillance – four states, 2005–2007. *MMWR Surveill Summ*. 2009;58(7):1–23.

33 Summers D, Leonard A, Wentworth D, Saver JL, Simpson J, Spilker JA, et al. Comprehensive overview of nursing and interdisciplinary care of the acute ischemic stroke patient: a scientific statement from the American Heart Association. *Stroke*. 2009;40(8):2911–44.

34 Heuschmann PU, Biegler MK, Busse O, Elsner S, Grau A, Hasenbein U, et al. Development and implementation of evidence-based indicators for measuring quality of acute stroke care: the Quality Indicator Board

Tableau 2: Personnel spécialisé

N°	Critère d'évaluation	SU	SC
B 1	Pour tous les professionnels travaillant dans l'unité de traitement, il est obligatoire d'indiquer le taux d'occupation pour chaque groupe professionnel en (i) «Full-time equivalent» (FTE) et (ii) «Headcount»	X	X
B 2	La présence en continu d'une / d'un neurologue <sup>1</sup> s'occupant de la prise en charge des patientes et patients victimes d'AVC est assurée durant la journée. La nuit et le week-end, un service de piquet assumant la responsabilité est disponible. Les affectations sont précisées dans les plannings de travail mensuels, qui montrent de façon transparente quelle personne est présente quel jour et qui assure le service de piquet quel jour. <sup>2</sup>		X
B 3	Une/un neurologue <sup>2</sup> possédant une expérience en neurosonologie est disponible. <sup>3</sup>	X	X
B 4	Une/un médecin disposant d'une expertise dans le domaine de la réadaptation après AVC est intégré(e) à l'équipe Stroke. <sup>4</sup>	X	X
B 5	Du personnel soignant spécialement formé à la prise en charge des patientes et patients victimes d'AVC travaille dans l'unité de traitement. <sup>5</sup>	X	X
B 6	Des physiothérapeutes formés et suivant une formation postgraduée continue spécifique aux AVC sont intégrés à l'équipe Stroke. <sup>6</sup>	X	X
B 7	Des ergothérapeutes formés et suivant une formation postgraduée continue spécifique aux AVC sont intégrés à l'équipe Stroke. <sup>6</sup>	X	X
B 8	Des orthophonistes formés et suivant une formation postgraduée continue spécifique aux AVC sont intégrés à l'équipe Stroke. <sup>6</sup>	X	X
B 9	L'équipe Stroke est soutenue par des collaboratrices/collaborateurs du service social. <sup>7</sup>	X	X
B 10	Une/un spécialiste en radiologie avec formation approfondie en neuroradiologie diagnostique et invasive est disponible à tout moment. <sup>8</sup>		X
B 11	Une/un spécialiste en neurochirurgie est disponible à tout moment. <sup>9</sup>		X
B 12	Une/un spécialiste en chirurgie vasculaire est disponible à tout moment. <sup>9</sup>		X
B 13	Une/un spécialiste en médecine interne générale et une/un cardiologue sont disponibles. <sup>10</sup>	X	X
B 14	Une unité de soins intensifs avec un certificat valable se trouve dans l'établissement.	X	X

AVC: accident vasculaire cérébral; FMH: Fédération des médecins suisses (Foederatio Medicorum Helveticorum); SC: Stroke Center; SU: Stroke Unit.

1 Définition: spécialiste FMH en neurologie ou équivalent FMH, ou médecin en formation postgraduée pour devenir neurologue sous la supervision d'une / d'un médecin spécialiste.

2 Cette tâche peut exceptionnellement être déléguée à une/un interniste disposant d'une expertise équivalente avérée dans le traitement des AVC. Cela inclut une formation postgraduée continue spécifique aux AVC avérée. La nuit et le week-end, un service de piquet est disponible; la responsabilité en incombe à tout moment à une/un spécialiste en neurologie.

3 Médecin bénéficiant d'un poste fixe, avec au moins 1 an d'expérience dans le diagnostic neurosonologique extracrânien et transcrânien et dans le traitement des maladies cérébrovasculaires. «Disponible» signifie qu'un tel service existe dans l'institution et peut être sollicité en cas d'indication correspondante.

4 Expertise professionnelle en réadaptation après AVC (spécialiste en neurologie possédant au moins 2 ans de formation/activité en neuroréadaptation dans une institution reconnue s'occupant de la réadaptation de patientes et patients après AVC). Au minimum 1x/semaine, participation active au rapport de réadaptation et visite des patientes et patients. La suppléance est réglée.

5 Les soignantes et soignants sont formés en interne et en externe. Il existe une preuve de la participation aux formations. L'objectif est qu'au minimum 60% de tous les soignantes et soignants de l'équipe Stroke attestent de ≥1 jour par an de formation continue spécifique dans la prise en charge des AVC (par ex. «Annual Meeting Swiss Stroke Society», événements de formation régionaux ou locaux de la SU / du SC tels que «Stroke Summer School», symposiums sur les AVC «Fit for Stroke Days», symposiums interprofessionnels sur les AVC pour les soignantes/soignants et les thérapeutes, etc. ou formations étrangères ou internationales ou manifestations en ligne spécifiques aux AVC équivalentes). Il existe en outre un planning annuel de formation continue et postgraduée, qui précise qui a ou va assister à quelles manifestations et à quel moment.

6 Il existe une preuve des formations initiales, postgraduées ou continues sur le thème de l'AVC qui ont été suivies. L'objectif est qu'au minimum 60% de tous les thérapeutes de l'équipe Stroke attestent de ≥1 jour par an de formation postgraduée spécifique dans la prise en charge des AVC (par ex. «Annual Meeting Swiss Stroke Society», événements de formation régionaux ou locaux de la SU / du SC tels que «Stroke Summer School», symposiums sur les AVC «Fit for Stroke Days», etc. ou formations étrangères ou internationales ou manifestations en ligne spécifiques aux AVC équivalentes). L'intégration dans l'équipe Stroke est attestée par la participation active au minimum 1x/semaine au rapport sur les patientes/patients, ainsi qu'aux réunions d'équipe interprofessionnelles et aux formations continues. La suppléance est réglée.

7 Le soutien est attesté par la participation aux réunions d'équipe interdisciplinaires (au minimum 1x/semaine). La suppléance est réglée.

8 Médecin spécialisé(e) ou analogue avec formation postgraduée équivalente en neuroradiologie diagnostique et invasive.

9 «Disponible»: travaillant dans la même institution que le SC.

10 «Disponibles»: spécialiste en médecine interne générale et cardiologue pouvant se rendre au chevet de la patiente / du patient à tout moment, si nécessaire.

of the German Stroke Registers Study Group (ADSR). Stroke. 2006;37(10):2573-8.

35 Fiehler J, Cognard C, Gallitelli M, Jansen O, Kobayashi A, Mattle HP, et al. European recommendations on organisation of interventional care in acute stroke (EROICAS). Eur Stroke J. 2016;1(3):155-70.

36 Turc G, Bhogal P, Fischer U, Khatri P, Lobotesis K, Mazighi M, et al. European Stroke Organisation (ESO)-European Society for Minimally Invasive Neurological Therapy (ESMINT) guidelines on mechanical thrombectomy in acute ischemic stroke. J Neurointerv Surg. 2019;11(6):535-8.

37 Swiss Federation of Clinical Neuro-Societies SFCNS. Certification of Stroke Centers and Stroke

Units. Available from: [https://www-sfcns.ch.translate.google/Stroke.html?\\_x\\_tr\\_sl=en&\\_x\\_tr\\_tl=de&\\_x\\_tr\\_hl=de&\\_x\\_tr\\_pto=op,sc](https://www-sfcns.ch.translate.google/Stroke.html?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=de&_x_tr_hl=de&_x_tr_pto=op,sc)

38 Kägi G, Schurter D, Niederhäuser J, De Marchis GM, Engelter S, Arni P, et al. Swiss guidelines for the pre-hospital phase in suspected acute stroke. Clinical and Translational Neuroscience. 2021;5(1):1-8

Tableau 3: Infrastructure

N°	Critère d'évaluation	SU	SC
C 1	L'institution dispose d'une unité de traitement localement circonscrite et fonctionnellement homogène, qui est visiblement signalisée dans l'hôpital et qui est reconnaissable dans l'en-tête et dans l'organigramme de l'hôpital. <sup>1</sup>	X	X
C 2	L'unité de traitement dispose de lits monitorés <sup>2</sup> et de lits non-monitorés.	X	X
C 3	L'unité de traitement est située dans une institution disposant d'un service d'urgences multidisciplinaires.	X	X
C 4	L'unité de traitement est située dans une institution disposant d'une unité de soins intensifs certifiée. <sup>3</sup>	X	X
C 5	L'unité de traitement gère une consultation ambulatoire pour les patientes et patients victimes d'AVC.	X	X

AVC: accident vasculaire cérébral; SC: Stroke Center; SU: Stroke Unit.

1 «Fonctionnellement homogène» signifie une uniformité des structures de direction, des procédures et des modes opératoires, y compris concernant le reporting. «Localement circonscrite» signifie que l'unité de traitement (SU ou SC) est une unité de traitement monoculaire, qui est visiblement séparée des autres services.

2 Les lits monitorés permettent une surveillance continue.

3 Unité de soins intensifs certifiée au sein de l'institution, avec certificat valable délivré par la commission de certification de la Société Suisse de Médecine Intensive.

Tableau 4: Processus diagnostiques

N°	Critère d'évaluation	SU	SC
D 1	Une tomodensitométrie (TDM hélicoïdale) ou une imagerie par résonance magnétique de la tête, avec à chaque fois représentation des artères cérébrales/cervicales, peut être réalisée en urgence 24h/24 et 7j/7. <sup>1</sup> Le délai entre l'admission et la réalisation de ces examens est soumis à une évaluation pour tous les cas avec une intervention aiguë. <sup>2</sup>	X	X
D 2	Une angiographie cérébrale diagnostique est disponible à tout moment.		X
D 2.1	Une angiographie cérébrale est disponible à tout moment, en coopération avec un SC. Le traitement endovasculaire (TEV) est assuré en coopération avec un ou plusieurs SC. <sup>3</sup> Ces transferts pour TEV sont documentés, avec une documentation et une évaluation du temps «door-in-door-out» (DIDO).	X	
D 3	Un examen de la déglutition est réalisable à tout moment par du personnel disposant d'une qualification appropriée. Il est effectué selon un concept uniforme. <sup>4</sup>	X	X
D 4	L'examen neurosonologique (extra/transcrânien) est disponible dans les 24 heures, y compris les week-ends et jours fériés.	X	X
D 5	Disponibilité d'une échocardiographie transœsophagienne, d'une hémostaséologie, d'un diagnostic d'angéite, d'un électroencéphalogramme et d'autres méthodes de bilan étiologique des AVC. <sup>5</sup>	X	X
D 6	Disponibilité de spécialistes pour procéder à un examen neuropsychologique. <sup>6</sup>	X	X
D 7	Une imagerie par résonance magnétique de la tête, avec visualisation des artères, est réalisable à tout moment en cas d'indication correspondante.		X

AVC: accident vasculaire cérébral; h: heures; j: jours; SC: Stroke Center; SU: Stroke Unit.

1,2 «Peut être réalisée» signifie que l'examen est effectué en cas d'indication correspondante. L'intervalle de temps doit être <30 minutes à partir de l'admission (durée médiane) dans tous les cas où une revascularisation aiguë est possible.

3 La collaboration est convenue contractuellement. Objectif: DIDO:<60 minutes.

4 L'examen de la déglutition est systématisé, documenté et régulièrement évalué.

5 L'examen peut se faire en l'espace de deux jours ouvrables.

6 «Disponibilité»: présents dans l'institution ou bien – à condition que cela soit régi de façon contractuelle – examen assuré par des prestataires extérieurs à l'établissement.

Tableau 5: Processus de traitement et monitoring

N°	Critère d'évaluation	SU	SC
E 1	L'équipe Stroke se conforme à des lignes directrices médicales. Ces dernières sont périodiquement évaluées et si nécessaire, adaptées aux connaissances les plus récentes.	X	X
E 2	L'équipe Stroke travaille selon un concept thérapeutique spécialisé-interprofessionnel, qui règle le diagnostic, le traitement et le suivi. Ce concept a été développé de manière interprofessionnelle sous supervision médicale et il tient compte de l'expertise spécifique des différentes professions. Le concept est périodiquement évalué et adapté.	X	X
E 3	L'équipe Stroke a implémenté un concept pour l'information et l'éducation des patientes et patients et de leurs proches, ainsi que pour le suivi et la prévention. Le concept est périodiquement évalué et adapté.	X	X
E 4	L'équipe Stroke vérifie la qualité de ses prestations au moyen d'instruments de gestion de la qualité. En font partie une gestion des erreurs et des risques, ainsi que des processus d'amélioration continue.	X	X
E 5	L'équipe Stroke travaille selon un concept de pré-hospitalisation et de réseau, qui régit la collaboration avec les urgentistes, les services régionaux de sauvetage, les hôpitaux de soins aigus, les autres SU/SC et l'unité de soins intensifs. Le concept est périodiquement évalué et adapté si nécessaire.	X	X
E 6	L'équipe Stroke travaille selon un concept de neuroréadaptation précoce des patientes et patients victimes d'AVC. Le concept est régulièrement évalué. Le concept contient des concepts thérapeutiques interprofessionnels de mobilisation, de positionnement, de déglutition et de réadaptation, ainsi qu'un concept de prise en charge ultérieure. Ce dernier définit les algorithmes d'évaluation et de décision pour la neuroréadaptation stationnaire, semi-stationnaire ou ambulatoire, y compris la clarification du potentiel de réadaptation et de l'aptitude à la réadaptation ou du besoin d'un cadre de prise en charge alternatif. Le concept est périodiquement évalué et adapté si nécessaire. <sup>1</sup>	X	X
E 7	Le traitement par thrombolyse intraveineuse peut être effectué à tout moment. L'indication est posée par la/le neurologue. Le délai entre l'admission et le début de la thrombolyse est mesuré, documenté et évalué dans le cadre d'un processus d'amélioration continue. <sup>2</sup>	X	X
E 8	La revascularisation endovasculaire et les autres interventions de neuroradiologie et de neurochirurgie interventionnelle sont réalisables à tout moment. La collaboration avec l'unité de soins intensifs est réglée. Pour les patientes et patients qui font l'objet d'une revascularisation endovasculaire, le «door-to-groin puncture time» est mesuré, documenté et périodiquement évalué. <sup>3</sup>		X
E 8.1	La revascularisation endovasculaire et les autres interventions de neurochirurgie et de neuroradiologie interventionnelle sont disponibles à tout moment, en coopération avec un SC. Pour les patientes et patients qui sont transférés au SC pour une thrombectomie, la durée «door-in-door-out» (DIDO) est mesurée, documentée et périodiquement évaluée. <sup>4</sup>	X	
E 9	Les techniques de revascularisation de la carotide par endartériectomie ou stenting sont disponibles à tout moment au sein de l'institution en l'espace de 24 heures. <sup>5</sup>		X
E 9.1	Les techniques de revascularisation de la carotide par endartériectomie ou stenting sont disponibles dans un délai de 24 heures lorsqu'elles sont assurées en coopération avec un SC.	X	
E 10	L'équipement des lits des patientes et patients garantit une surveillance continue. <sup>6</sup>	X	X
E 11	L'équipe Stroke suit des directives pour la surveillance des patientes et patients. Celles-ci sont soumises régulièrement à une évaluation. <sup>7</sup>	X	X
E 12	Les interventions de neurochirurgie et de neuroradiologie interventionnelle sont également réalisables à tout moment sous anesthésie générale. <sup>8</sup>		X

AVC: accident vasculaire cérébral; SC: Stroke Center; SU: Stroke Unit.

1 Début des mesures thérapeutiques dans les 24 heures (physiothérapie tous les jours, ergothérapie et orthophonie du lundi au vendredi) avec au moins une unité de traitement par jour en présence d'un déficit correspondant, en tenant compte des conditions thérapeutiques (par ex. capacité de coopération, état cliniquement stable).

2 L'objectif est que le délai soit le plus court possible («door-to-needle-time»): durée médiane <30 minutes, et percentile 90 de <60 minutes depuis l'admission. La documentation se fait dans le Swiss Stroke Registry (SSR).

3 À titre indicatif, il convient de viser un «door-to-groin puncture time» de <90 minutes; l'optimisation de cette durée fait partie du processus d'amélioration continue. La documentation se fait dans le SSR.

4 Les interventions sont réalisées au SC par des spécialistes en neurochirurgie ou en radiologie avec formation approfondie en neuroradiologie diagnostique et invasive ou expertise équivalente\*. Le transfert vers le SC ne devrait pas prendre plus de 60 minutes (durée DIDO).

5 Les interventions sont réalisées par des chirurgiennes et chirurgiens qualifiés (neurochirurgie ou chirurgie vasculaires) ou par des spécialistes en neuroradiologie interventionnelle. L'intervention a lieu dans les 24 heures suivant la demande.

6 Dans les lits monitorés, l'électrocardiogramme (ECG), la saturation en oxygène et la respiration sont surveillés en permanence, en fonction des besoins; la pression artérielle et le pouls peuvent être contrôlés à des intervalles de 15 minutes au maximum; la glycémie et la température sont contrôlées suivant les besoins. Dans les lits non monitorés, l'ECG, la saturation en oxygène, la température, la pression artérielle, le pouls, la respiration et la glycémie sont contrôlés toutes les 4 heures au maximum, mais uniquement s'il existe un tel besoin.

7 Les directives stipulent notamment que les données de l'examen clinique neurologique (pour la détection précoce de la progression et de la récurrence d'AVC ainsi que d'autres complications) sont systématiquement contrôlées au minimum 4x par 24 heures (par ex. à l'aide du «National Institutes of Health Stroke Scale» [NIHSS] ou d'items sélectionnés du NIHSS); cela peut être réalisé par une/médecin ou par d'autres professionnels non-médecins correctement formés du SC, comme par ex. soignantes/soignants, thérapeutes, etc.

8 Les interventions sont réalisées par des spécialistes en neurochirurgie ou en radiologie avec formation approfondie en neuroradiologie diagnostique et invasive ou expertise équivalente\*. Le délai entre la demande d'intervention et le début de l'intervention est documenté et il devrait, à titre de recommandation, ne pas dépasser 90 minutes.

\* Attestation de l'«expertise équivalente» en tenant compte des lignes directrices de la société de discipline médicale correspondante.

Tableau 6: Formation postgraduée et recherche

N°	Critère d'évaluation	SU	SC
F 1	Les membres de l'équipe Stroke participent à un programme interprofessionnel et interdisciplinaire interne de formation postgraduée et de formation continue. Le programme est périodiquement évalué et adapté si nécessaire. Le programme est ouvert aux autres spécialistes intéressés. <sup>1</sup>	X	X
F 2	Les membres de l'équipe Stroke participent au minimum 1x par an à un programme de formation postgraduée et continue régional, national ou international sur le thème de l'AVC. <sup>2</sup>	X	X
F 3	Le SC participe à des projets de recherche clinique ou les organise lui-même.		X

AVC: accident vasculaire cérébral; SC: Stroke Center; SU: Stroke Unit.

1 Le nombre de points tient compte de (i) la proportion (en %) de collaboratrices/collaborateurs du SC qui participent au programme de formation postgraduée et continue, et (ii) de l'interdisciplinarité des participantes/participants s'agissant de l'appartenance aux différents groupes professionnels. La distinction est faite entre: service médical, service soignant, service thérapeutique, service social et autres participantes/participants.

2 Exemples: «Annual Meeting Swiss Stroke Society», événements de formation régionaux ou locaux de la SU / du SC tels que «Stroke Summer School», symposiums sur les AVC «Fit for Stroke Days», etc. ou équivalents, formations étrangères ou internationales ou manifestations en ligne spécifiques aux AVC équivalentes.

Tableau 7: Chiffres-indices et indicateurs

N°	Critère d'évaluation	SU	SC
G 1	L'unité de traitement contrôle la qualité du travail à l'aide de la saisie des variables-clés dans le Swiss Stroke Registry. <sup>1</sup> Cette saisie est obligatoire. <sup>2</sup>	X	X
G 2	Le devenir fonctionnel à 3 mois est évalué au moyen du «modified Rankin Scale score» et documenté dans le Swiss Stroke Registry. <sup>3</sup>	X	X
G 3	Nombre minimal de lits monitorés	3	6
G 4	Nombre minimal de lits de la SU / du SC sur le même site	6	12
G 5	Nombre minimal de patientes/patients victimes d'AVC devant être examinés et/ou traités dans la SU / le SC par an <sup>4</sup>	200	400
G 6	Nombre minimal de thrombolyse intraveineuses ou de traitements endovasculaires effectués par an suite à un AVC aigu <sup>5</sup>		50
G 6.1	Nombre minimal de thrombolyse intraveineuses ou de traitements endovasculaires effectués par an par transfert suite à un AVC aigu <sup>5</sup>	20	
G 7	Nombre minimal de traitements endovasculaires aigus par an <sup>6</sup>		40

AVC: accident vasculaire cérébral; SC: Stroke Center; SU: Stroke Unit.

1 Les variables-clés sont au minimum: âge, sexe, type d'événement, «symptom onset-to-door time», National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS), traitement aigu (thrombolyse intraveineuse, traitement endovasculaire), «door-to-needle (DTN) time», «door-to-groin (DTG) puncture time», transfert vers un SC (oui/non), «door-in-door-out (DIDO) time».

2 Cette exigence est remplie lorsque les variables-clés de la phase aiguë susmentionnées ont été saisies pour >90% des patientes et patients (période: année précédente jusqu'au 30 mars de l'année en cours).

3 L'évaluation tient compte du degré d'exhaustivité du suivi à 3 mois (de l'année précédente jusqu'à 30 juin de l'année en cours).

4 Les transferts d'une SU vers un SC sont également pris en compte. Par patientes/patients victimes d'AVC, on entend les patientes/patients présentant un AVC ischémique aigu, une hémorragie intracranienne aiguë, un accident ischémique transitoire (AIT) ou des stroke mimics. Ces derniers sont des patientes et patients chez lesquels le diagnostic de suspicion d'«AVC aigu» a été posé par la/le neurologue de garde à l'admission, mais chez qui ce diagnostic n'a pu être confirmé jusqu'au moment de la sortie et qui ont finalement quitté l'hôpital avec un autre diagnostic de sortie. Le rapport entre stroke mimics et AVC/AIT est documenté; il convient de viser une valeur <10%.

5 Les thrombolyse des patientes et patients avec stroke mimics sont aussi comptabilisées. Ces derniers sont des patientes et patients chez lesquels le diagnostic de suspicion d'«AVC aigu» a été posé par la/le neurologue de garde à l'admission, mais chez qui ce diagnostic n'a pu être confirmé jusqu'au moment de la sortie et qui ont finalement quitté l'hôpital avec un autre diagnostic de sortie. La proportion de patientes et patients thrombolyés avec stroke mimics ne devrait pas dépasser 3%.

6 En font également partie les interventions endovasculaires en urgence dans le cadre de malformations vasculaires cérébrales.



Signez de manière sécurisée par voie électronique et économisez du temps et des efforts – avec HIN Sign.

En savoir plus

Collaboration simple et sécurisée dans le système de santé suisse

[www.hin.ch/fr/sign](http://www.hin.ch/fr/sign)





© Sudok1 / Dreamstime

L'objectif principal du traitement de l'AVC aigu est un diagnostic et un traitement de reperfusion rapides et donc à proximité du domicile.

Commentaire de la SSMIG et de l'AMCIS

## *Time is brain!*



**PD Dr méd. Thomas Brack**  
Klinik für Innere Medizin,  
Kantonsspital Glarus, Glarus



**Prof. Dr méd. Andreas Kistler**  
Klinik für Innere Medizin,  
Kantonsspital Frauenfeld, Frauenfeld

**L**es patientes et patients victimes d'un accident vasculaire cérébral (AVC) se rencontrent couramment dans les services des urgences: l'AVC ischémique représente l'une des «atteintes d'organes cibles» artérielles les plus fréquentes et les plus graves. Le traitement de l'AVC ischémique s'est nettement amélioré au cours des deux dernières décennies. Il faut donc saluer les efforts visant à faire bénéficier le plus grand nombre de patientes et patients d'un traitement

optimal. À notre avis, la révision des lignes directrices 2012 pour les Stroke Units et les Stroke Centers [1], publiée dans ce numéro sous forme de recommandations, ne répond cependant pas à cet objectif de manière optimale.

Une reperfusion la plus rapide possible au moyen d'une thrombolyse intraveineuse (TIV) ou d'un traitement endovasculaire (TEV), pour lesquels les critères ont été constamment élargis et affinés au cours des dernières années, est

décisive pour un bon devenir des patientes et patients. Ainsi, l'objectif principal du traitement de l'AVC aigu doit être un diagnostic et un traitement de reperfusion rapides et donc à proximité du domicile – «time is brain»! Comme le montre la carte de la Suisse dans la publication des recommandations [1], la répartition géographique des Stroke Units actuellement en service ne satisfait pas à cette exigence. Les grandes villes et les agglomérations disposent souvent de plusieurs Stroke Units et Stroke Centers, tandis que les régions rurales et géographiquement reculées accusent des déficits importants en matière de soins. En 2021 déjà, les lignes directrices relatives à la revascularisation aiguë en cas d'AVC ischémique [2] ou à la phase préhospitalière en cas d'AVC aigu [3] exigeaient respectivement que «la TIV [...] soit uniquement pratiquée dans des Stroke Units ou Stroke Centers certifiés d'après les critères suisses» [2] et que «la grande majorité (~90%) des patients atteints d'AVC aigus soient traités dans une Stroke Unit ou un Stroke Center» [3]. Dans les recommandations publiées dans ce numéro, les critères de certification des Stroke Units sont désormais si stricts qu'une extension du réseau en Suisse n'est plus guère possible et que la recertification de certaines Stroke Units existantes est même remise en question. Un point critique est par exemple l'exigence que le personnel de direction dispose d'une expérience d'au moins deux ans dans un Stroke Center ou une Stroke Unit certifié(e). Une nouvelle certification d'une Stroke Unit ne serait donc possible que si le personnel correspondant était «débauché» d'une autre institution déjà certifiée. Les recommandations contiennent en outre de nombreux critères formels (par exemple en ce qui concerne la signalisation, la structure de direction, l'entête, la responsabilité budgétaire, etc.) qui interfèrent inutilement avec les structures des hôpitaux et des cliniques sans qu'il en résulte un bénéfice pour les patientes et patients. Enfin, en période de pénurie croissante de personnel qualifié et de finances hospitalières, les mesures devraient être particulièrement bien examinées quant à leur «efficacité, adéquation et économie». Alors que les efficacités de la TIV ou du TEV ainsi que celle de la prévention des récurrences sont très bien étayées par des preuves, les données concernant les autres prestations fournies dans le cadre d'une Stroke Unit sont moins solides.

Avec le réseau actuel de Stroke Units et de Stroke Centers en Suisse, la mise en œuvre des lignes directrices actuellement en vigueur pour la phase préhospitalière [3] aboutirait à la coexistence d'un sous-approvisionnement et d'un surapprovisionnement en soins: pour de

nombreux patients et patientes, les trajets de transport et donc le temps jusqu'au traitement de reperfusion s'allongeraient. En parallèle, l'expertise pour le diagnostic et le traitement de l'AVC dans les hôpitaux sans Stroke Unit diminuerait nettement, ce qui serait problématique étant donné que de nombreux patients et patientes victimes d'un AVC se présentent deux-mêmes au service des urgences. D'autre part, de nombreux patients et patientes souffrant de stroke mimics, d'accidents ischémiques transitoires (AIT) ou de très petits AVC seraient inutilement transportés dans une Stroke Unit et potentiellement sur-soignés. Nous plaçons donc pour que, d'une part, le diagnostic primaire et la TIV restent possibles à l'avenir dans les hôpitaux plus isolés sans Stroke Unit – bien entendu en étroite collaboration avec un Stroke Center et moyennant un contrôle qualité régulier. D'autre part, la nouvelle certification de Stroke Units devrait être possible sans obstacles injustifiés – en particulier là où il existe des carences géographiques en matière de soins. Les collègues de médecine interne générale et d'autres disciplines médicales spécialisées jouent un rôle essentiel dans la prise en charge des victimes d'AVC: ils sont souvent en première ligne et assurent une présence 24h/24 et 7j/7 dans les services des urgences; en tant que spécialistes de la médecine interne, la cardiologie, l'endocrinologie et l'angiologie, ils sont des expertes et experts dans le traitement des maladies systémiques à l'origine des AVC. De nombreuses Stroke Units sont par ailleurs intégrées dans des cliniques médicales ou des départements médicaux, sans les structures desquels elles ne pourraient pas fonctionner. Nous nous réjouissons donc de participer activement à un dialogue ouvert et constructif sur le traitement optimal des AVC en Suisse!

#### Correspondance

PD Dr. med. Thomas Brack  
Klinik für Innere Medizin  
Kantonsspital Glarus  
Burgstrasse 99  
CH-8750 Glarus  
thomas.brack[at]ksgl.ch

#### Informations relatives aux auteurs

PD Dr méd. Thomas Brack est président de l'Association des Médecins-chefs et -cadres Internistes Hospitaliers Suisse (AMCIS).  
Prof. Dr méd. Andreas Kistler est délégué de la Société Suisse de Médecine Interne Générale (SSMIG) au sein de la Commission Stroke de la Swiss Federation of Clinical Neuro-Societies depuis novembre 2022.

#### Conflict of Interest Statement

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

#### Références

1 Lyrer P, Engelter S, Gralla J, Humm AM, Fandino J, Fischer U, et al. Stroke Units et Stroke Centers en Suisse. Forum Med Suisse. 2024;24(6):64-72.

2 Michel P, Diepers M, Mordasini P, Schubert T, Bervini D, Rouvé JD, et al. Revascularisation aiguë en cas d'accident vasculaire cérébral ischémique. Forum Med Suisse. 2021;21(21-22):362-8.

3 Kägi G, Schurter D, Niederhäuser J, De Marchis GM, Engelter S, Arni P, et al. Phase préhospitalière en cas d'accident vasculaire cérébral aigu. Forum Med Suisse. 2021;21(19-20):322-8.

## Maladie inflammatoire multisystémique

# Masses pulmonaires avec une découverte surprenante

Dr méd. univ. (AT) Oray Kahraman<sup>a</sup>; Dr méd. Samuel Henz<sup>a</sup>; Dr méd. Yella Rottländer<sup>b</sup>; Prof. Dr méd. Andrea Rubbert-Roth<sup>b</sup>  
Kantonsspital St. Gallen, St. Gallen: <sup>a</sup> Klinik für Allgemeine Innere Medizin; <sup>b</sup> Klinik für Rheumatologie

## Contexte

Les vascularites sont des maladies multisystémiques, qui sont classifiées en fonction de la taille des vaisseaux touchés (selon les critères de la «Chapel Hill Consensus Conference»). Parmi les vascularites figurent les vascularites associées aux anticorps anticytoplasme des polynucléaires neutrophiles (ANCA). Il s'agit typiquement de vascularites nécrosantes des vaisseaux de petit et moyen calibre (capillaires, veines, artérioles, petites artères). En laboratoire, la détection d'ANCA anti-myéloperoxydase (MPO-ANCA) ou anti-protéinase 3 (PR3-ANCA) est caractéristique. Les vascularites associées aux ANCA (VAA) incluent la polyangéite microscopique, la granulomatose avec polyangéite (GPA) et la granulomatose éosinophilique avec polyangéite [1]. Dans la GPA, l'antigène cible est la protéinase 3 dans 95% des cas et la myéloperoxydase dans 5% des cas. La détection d'ANCA est positive dans la phase initiale chez env. 50% des personnes atteintes et dans la phase de généralisation chez env. 90% [2].

La GPA se caractérise par une vascularite granulomateuse nécrosante qui affecte le plus souvent les voies respiratoires supérieures et inférieures ainsi que les reins. Des granulomes peuvent en outre se développer dans d'autres organes, tels que les poumons, ou au niveau rétro-orbitaire [1]. Rarement, d'autres systèmes d'organes sont touchés, comme dans le cas de l'otite avec perte auditive.

Initialement, les symptômes des voies respiratoires supérieures, tels que sinusites, sécrétions nasales sanguinolentes et formation de croûtes, sont typiques. Même en cas de granulomes pulmonaires, on considère encore qu'il s'agit d'une forme localisée de GPA. En l'ab-

sence de traitement immunosuppresseur, la vascularite peut se manifester de manière systémique et entraîner une atteinte des reins, du système nerveux et de la peau ou une hémorragie alvéolaire. Une atteinte du tractus gastro-intestinal est rare [2, 3].

## Présentation du cas

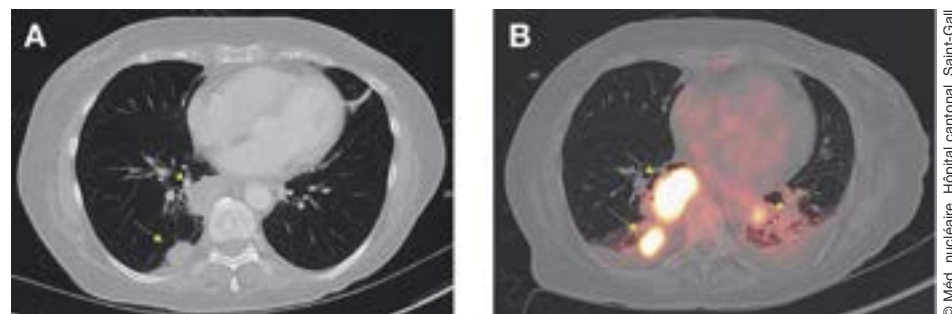
### Anamnèse et examen clinique

Une patiente de 73 ans nous a été adressée en raison de signes inflammatoires systémiques et de valeurs hépatiques élevées. Depuis deux semaines, elle souffrait de douleurs entre les omoplates irradiant dans la nuque et le bas du dos. Elle a également fait état d'une rhinite et de sueurs nocturnes depuis deux semaines. L'examen clinique a révélé une douleur à la pression au niveau du rachis cervical et thoracique, sans autre anomalie pouvant orienter le diagnostic. Les seuls antécédents médicaux connus étaient une hypertension artérielle bien contrôlée par candésartan.

## Résultats et diagnostic

Lors de la première présentation, les analyses de laboratoire ont montré une protéine C réactive (CRP) de 227 mg/l, des valeurs hépatiques légèrement élevées (aspartate aminotransférase [ASAT] 80 U/l, alanine aminotransférase [ALT] 59 U/l, phosphatase alcaline [PAL] 194 U/l, gamma-glutamyltransférase [GGT] 103 U/l), un taux d'hémoglobine de 118 g/l, une leucocytose de 13,2 G/l avec une répartition normale et une thrombocytose de 668 G/l. La créatinine était normale et l'analyse urinaire était sans particularité. La patiente était afebrile et l'évolution de son poids était stable.

La tomодensitométrie (TDM) du thorax (fig. 1A), qui avait déjà été demandée en ambulatoire par le médecin de famille, a révélé des masses hilo-médiastinales et des foyers ronds pulmonaires suspects de malignité des deux côtés, qui présentaient un rehaussement très important du 18F-fluorodésoxyglucose à la tomographie par émission de positons (TEP)/TDM subséquente (fig. 1B).



**Figure 1:** A) Tomodensitométrie du thorax, coupe transversale: masses pulmonaires hilo-médiastinales et pleurales du poumon droit (flèches). B) Tomographie par émission de positons avec tomодensitométrie (TEP/TDM) du thorax, coupe transversale: fort rehaussement de 18F-fluorodésoxyglucose des masses pulmonaires hilo-médiastinales et pleurales des deux côtés (flèches).

La bronchoscopie était sans particularité, mais l'échographie endobronchique a permis de visualiser une volumineuse masse au niveau dorsal, à l'extrémité du lobe supérieur. Dans le lavage bronchoalvéolaire (LBA), le nombre total de cellules était normal (108 M/l), avec une augmentation des lymphocytes (35,7%) et des granulocytes neutrophiles (15,5%). Le rapport CD4/CD8 était très élevé (7,3). Aucune cellule maligne ou mycobactérie n'a été détectée. De même, aucune mycobactérie n'a été identifiée dans les cultures prélevées. Une sarcoïdose a été envisagée, mais considérée comme peu probable au vu du nombre total de cellules non augmenté dans le LBA.

Après la bronchoscopie, la patiente a développé une fibrillation auriculaire tachycarde et a été victime d'un accident vasculaire cérébral sur occlusion d'une grosse branche de l'artère cérébrale moyenne gauche, le plus probablement en raison d'un évènement embolique. Une fibrillation auriculaire intermittente n'était pas connue et un traitement anticoagulant par apixaban a été immédiatement instauré. Après stabilisation clinique, des immunoglobulines gamma (IgG) anti-*Francisella tularensis* ont été détectées, avec des IgM négatives. En présence d'un tableau clinique compatible, de la ciprofloxacine a été administrée temporairement. Il n'y a cependant pas eu d'amélioration des paramètres inflammatoires, de sorte que le diagnostic de tularémie a de nouveau été écarté suite à un test de réaction de polymérisation en chaîne (PCR) négatif sur la biopsie ganglionnaire.

Face à une élévation des paramètres inflammatoires (CRP jusqu'à 260 mg/dl) et des valeurs hépatiques (ALAT jusqu'à 804 U/l, PAL jusqu'à 960 U/l) ainsi qu'à une augmentation de la thrombocytose (jusqu'à 959 G/l), une biopsie hépatique a été réalisée, montrant une inflammation portale minime avec nécroses hépatocellulaires. Une biopsie ganglionnaire thoracique a mis en évidence une inflammation granulomateuse avec nécroses. Le test de diagnostic auto-immun a détecté des PR3-ANCA à 22 U/ml (valeur de référence: <2 U/ml). Au vu des résultats de laboratoire, radiologiques et histologiques, une forte suspicion de GPA avec atteinte pulmonaire et hépatique a donc été émise.

### Traitement et évolution

Les VAA sont des maladies potentiellement fatales, en particulier en présence d'une atteinte organique. L'instauration rapide d'un traitement immunosuppresseur est essentielle pour le pronostic de la maladie. En cas de manifestations organiques nouvellement apparues, de complications menaçant le pronostic vital ou en situation de récurrence, un traitement d'induc-

tion est tout d'abord mis en place. En cas d'atteinte organique pertinente et de valeurs inflammatoires élevées, le traitement fait appel à la méthylprednisolone et au cyclophosphamide ou au rituximab [4]. Nous avons donc initié un traitement par méthylprednisolone à la dose de 500 mg par voie intraveineuse pendant trois jours, puis nous avons débuté un traitement par prednisone par voie orale (initialement 50 mg/j). En outre, la patiente a reçu un traitement par 700 mg de cyclophosphamide. Sous ce traitement, nous avons observé une nette amélioration des symptômes cliniques et une régression des paramètres inflammatoires.

L'évolution ultérieure a été compliquée par une baisse de l'hémoglobine et un méléna. La gastroscopie n'a pas permis de trouver une source active de saignement, mais la coloscopie a révélé plusieurs ulcérations. Dans le cadre de la biopsie, une perforation s'est produite, qui a pu être traitée immédiatement à l'aide de deux clips. Le soir même, la patiente a développé un abdomen aigu, si bien que l'indication d'une laparotomie a été posée. En intra-opératoire, plusieurs perforations de l'intestin grêle ont été constatées, de sorte qu'une résection segmentaire de l'intestin grêle d'env. 50 cm avec pose d'une iléostomie a été effectuée. L'examen histologique a révélé une inflammation ulcéreuse et perforante avec une sérosité fibropurulente. Malgré l'absence de granulomes, nous avons interprété ces anomalies comme étant liées à une atteinte gastro-intestinale dans le cadre de la GPA.

Avec la poursuite du traitement par corticoïde et cyclophosphamide, une amélioration clinique supplémentaire a d'abord été observée et les PR3-ANCA ont baissé de 22 U/ml à 5,4 U/ml. Par la suite, les valeurs hépatiques n'ont cependant cessé d'augmenter (ASAT 637 U/l, ALAT 804 U/l, PAL 958 U/l, GGT 1690 U/l, bilirubine 24 µmol/l). L'échographie abdominale et la sérologie de l'hépatite étant normales, nous avons interprété l'augmentation des transaminases comme étant possiblement d'origine toxique médicamenteuse. Le paracétamol, la mirtazapine, le cotrimoxazole et le cyclophosphamide ont été interrompus, la monothérapie par corticostéroïde a été poursuivie. Une nouvelle biopsie du foie a montré une inflammation portale et lobulaire minime sans signe de vascularite. Grâce à ces mesures, les valeurs de laboratoire se sont rapidement améliorées.

Fort heureusement, une régression complète des masses de tissus mous dans les poumons a été observée à la TEP/TDM de suivi. Un gonflement de la muqueuse du sinus sphénoïdal gauche a en outre été observé. Sur le plan clinique, la patiente a développé une perte auditive lentement progressive sous mono-

thérapie par corticoïde, qu'il n'a pas été possible d'attribuer avec certitude à la maladie de base lors de la consultation oto-rhino-laryngologique (ORL).

Après normalisation des transaminases et retrait de la stomie, une immunosuppression par azathioprine a pu être initiée. Dans le cadre de la pandémie de coronavirus qui sévissait à l'époque, un traitement par rituximab a été refusé par la patiente malgré sa supériorité en termes de maintien de la rémission [5].

### Discussion

Dans le cas présenté ici, le diagnostic de GPA avec atteinte pulmonaire et gastro-intestinale a pu être posé. Initialement, nous avons suspecté une tumeur maligne sur la base des résultats de la TDM, de sorte que le diagnostic de GPA n'a été envisagé que secondairement, en plus d'une éventuelle sarcoïdose ou maladie infectieuse.

Le diagnostic de GPA repose sur une combinaison de manifestations cliniques au sens d'une maladie multiorganique ou localisée, sur la détection de PR3-ANCA ou de MPO-ANCA, ainsi que sur la mise en évidence histologique d'une vascularite à partir d'une biopsie d'organe pertinente, par exemple de la peau, des poumons ou des reins. Chez notre patiente, les PR3-ANCA étaient élevés (22 U/ml). La biopsie ganglionnaire prélevée a révélé une inflammation granulomateuse non spécifique, compatible avec une GPA, mais ne prouvant pas cette dernière. L'examen histologique des tissus de l'hémicôlon droit et de la pièce de résection partielle de l'intestin grêle provenant du jéjunum a montré une inflammation ulcéreuse. La patiente présentée ici souffrait donc certes d'une maladie inflammatoire systémique avec détection de PR3-ANCA, mais sans détection formelle de granulomes.

Dans le diagnostic différentiel des masses pulmonaires, une maladie granulomateuse doit être envisagée en plus d'un carcinome bronchique ou de métastases. Un rehaussement à la TEP/TDM ne permet pas de faire la distinction entre ces maladies de manière fiable, de sorte que la biopsie est considérée comme l'examen de référence pour ce type d'anomalies. Dans notre cas, la mise en évidence d'une inflammation granulomateuse dans la biopsie ganglionnaire et la détection de PR3-ANCA ont permis d'orienter le diagnostic [6].

Une atteinte gastro-intestinale est assez rarement rapportée dans la littérature, avec une fréquence d'env. 10-24%. Les altérations macroscopiques les plus souvent décrites en cas d'atteinte gastro-intestinale sont les ulcérations, les nécroses de la paroi intestinale et les perforations. Les biopsies prélevées par endoscopie ne montrent souvent qu'une inflamma-

## Le cas particulier

tion non spécifique – comme dans notre cas [7]. Une cause possible pourrait être que les biopsies prélevées par endoscopie sont souvent très superficielles, alors que les vaisseaux de petit et moyen calibre se trouvent plutôt dans la couche profonde de la sous-muqueuse [8].

Les fosses nasales et les sinus paranasaux font partie des localisations les plus fréquentes de la GPA dans la sphère ORL – jusqu'à 85–100% des personnes atteintes de GPA –, tandis qu'une atteinte otologique est constatée dans env. 35% des cas [9]. En particulier dans l'évolution initiale de la GPA, les manifestations otologiques ne sont pas inhabituelles [10]. Même si une atteinte ORL n'a pas pu être formellement démontrée chez notre patiente, le gonflement dans la région du sinus sphénoïdal visualisé à la TEP/TDM serait en principe compatible avec une manifestation ORL.

Dans le cadre du diagnostic différentiel, nous avons initialement aussi pensé à une sarcoïdose. Le rapport CD4/CD8 initialement élevé dans le LBA et une valeur élevée pour le récepteur soluble de l'interleukine 2 (sIL2R) avec cependant un taux normal d'enzyme de conversion de l'angiotensine étaient compatibles avec cette hypothèse. En revanche, la mise en évidence de PR3-ANCA ainsi que l'atteinte gastro-intestinale et un LBA ensuite normal seraient atypiques.

### Conclusion

Notre cas montre que la GPA est un diagnostic différentiel majeur lors de l'évaluation de masses pulmonaires. Il convient donc de penser à une GPA en particulier en présence d'autres symptômes organiques, par exemple au niveau des reins, de la sphère ORL, de la peau ou du tractus gastro-intestinal. Un diagnostic précoce et l'instauration rapide d'un traitement immunosuppresseur sont essentiels pour réduire la mortalité et la morbidité de la maladie.

### Correspondance

Dr. med. univ. Oray Kahraman  
Innere Medizin  
Spital Herisau  
Spitalstrasse 6  
CH-9100 Herisau  
oray.kahraman[at]svar.ch

### Remerciements

Les images ont été mises à disposition avec l'aimable autorisation du Service de médecine nucléaire de l'Hôpital cantonal de Saint-Gall.



Dr méd. univ. (AT) Oray Kahraman  
Klinik für Allgemeine Innere Medizin,  
Kantonsspital St. Gallen, St. Gallen

## L'essentiel pour la pratique

- En présence d'une masse pulmonaire avec des signes inflammatoires systémiques ou des symptômes respiratoires tels que rhinite ou otite, la granulomatose avec polyangéite (GPA) doit être considérée comme un diagnostic différentiel possible.
- Le diagnostic et le traitement précoces ont un impact majeur sur la morbidité et la mortalité.
- Dans de rares cas, des ulcérations et des perforations gastro-intestinales massives peuvent survenir chez les personnes atteintes de GPA. Des investigations s'imposent en cas de chute de l'hémoglobine accompagnée de douleurs abdominales croissantes.

### Ethics Statement

Un consentement éclairé écrit est disponible pour la publication.

### Conflict of Interest Statement

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

### Références

- 1 Jennette JC, Falk RJ, Bacon PA, Basu N, Cid MC, Ferrario F, et al. 2012 revised International Chapel Hill Consensus Conference Nomenclature of Vasculitides. *Arthritis Rheum.* 2013;65(1):1–11.
- 2 De Groot K, Reinhold-Keller E. Wegener-Granulomatose und mikroskopische Polyangiitis. *Z Rheumatol.* 2009;68(1):49–64.
- 3 Ahmad I, Lee WC, Nagendran V, Wilson F, Shortridge RT. Localised Wegener's granulomatosis in otolaryngology: a review of six cases. *ORL J Otorhinolaryngol Relat Spec.* 2000;62(3):149–55.
- 4 Yates M, Watts RA, Bajema IM, Cid MC, Crestani B, Hauser T, et al. EULAR/ERA-EDTA recommendations for the management of ANCA-associated vasculitis. *Ann Rheum Dis.* 2016;75(9):1583–94.
- 5 Charles P, Perrodeau E, Samson M, Bonnotte B, Néel A, Agard C, et al. Long-term rituximab use to maintain remission of antineutrophil cytoplasmic antibody-associated vasculitis: a randomized trial. *Ann Intern Med.* 2020;173(3):179–87.
- 6 Lutalo PM, D'Cruz DP. Diagnosis and classification of granulomatosis with polyangiitis (aka Wegener's granulomatosis). *J Autoimmun.* 2014;48–49:94–8.
- 7 Masiak A, Zdrojewski Ł, Zdrojewski Z, Bułto-Piontecka B, Rutkowski B. Gastrointestinal tract involvement in granulomatosis with polyangiitis. *Prz Gastroenterol.* 2016;11(4):270–5.
- 8 Camilleri M, Pusey CD, Chadwick VS, Rees AJ. Gastrointestinal manifestations of systemic vasculitis. *Q J Med.* 1983;52(206):141–9.
- 9 Greco A, Marinelli C, Fusconi M, Macri GF, Gallo A, De Virgilio A, et al. Clinic manifestations in granulomatosis with polyangiitis. *Int J Immunopathol Pharmacol.* 2016;29(2):151–9.
- 10 Fauci AS, Haynes BF, Katz P, Wolff SM. Wegener's granulomatosis: prospective clinical and therapeutic experience with 85 patients for 21 years. *Ann Intern Med.* 1983;98(1):76–85.

# OFFRES ET DEMANDES D'EMPLOI

Toutes les offres et demandes d'emploi en ligne sous [jobs.saez.ch](https://jobs.saez.ch)

## Insertionen

### Inseratenannahme

EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG  
Farnsburgerstrasse 8, 4132 Muttenz  
Telefon 061 467 85 71  
E-Mail: [stellenmarkt@emh.ch](mailto: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](http://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



Das Spital Muri bietet für alle Lebensphasen eine qualitativ hochwertige Grundversorgung und ist SIWF-zertifizierte Weiterbildungsstätte für Allgemeine Innere Medizin. 930 Mitarbeitende stellen eine umfassende Betreuung im Spital sicher.

Nach Vereinbarung suchen wir eine/n

### **Oberärztin / Oberarzt oder Leitende Ärztin / Leitender Arzt Endokrinologie 50–100%**

Integriert ins Team der Endokrinologie führen Sie selbstständig eine endokrinologische Sprechstunde und nehmen am Konsiliardienst teil. Sie sind im Team der Inneren Medizin integriert, nehmen an den Kaderdiensten teil und engagieren sich in der Weiter- und Fortbildung der ärztlichen Mitarbeitenden. Sie sorgen für eine reibungslose und kollegiale interprofessionelle Zusammenarbeit mit Ernährungsberatung und Diabetesberatung sowie den Disziplinen der Chirurgie, Anästhesie und Gynäkologie im Hause.

### **Haben wir Ihr Interesse geweckt?**

Wunderbar – dann freuen wir uns über Ihre Bewerbung auf unserer Website über das Online-Tool unter <https://www.spital-muri.ch/jobs>. Für fachliche Informationen wenden Sie sich bitte an Dr. med. Chris Heimgartner, Chefarzt Medizin, unter 056 675 13 92 oder Dr. med. Birgit Bucher, Leitende Ärztin Endokrinologie, unter 056 675 13 44.



**Spital Muri**  
Spitalstrasse 144  
CH-5630 Muri AG  
T +41 56 675 11 80  
[www.spital-muri.ch](http://www.spital-muri.ch)

181542-6

**Da für  
alle.**

**Weil jeder 12. uns  
einmal braucht.**

**Gönner werden:  
[rega.ch/goenner](http://rega.ch/goenner)**

**rega** 





Wir suchen für unser Notfallzentrum per 1. Juni 2024 oder nach Vereinbarung eine/n

## Chefärztin / Chefarzt Notfallzentrum 80 - 100 %

Spital Langenthal

### Das bewirken Sie bei uns

Sie übernehmen die Leitung und Organisation des interdisziplinären Notfallzentrums und stellen mit ihrem gut eingespielten Team die Notfallversorgung im Oberaargau und in den angrenzenden Gebieten sicher. In unserem interdisziplinären Notfallzentrum werden Patientinnen und Patienten aus allen Fachgebieten betreut. Das Notfallzentrum der SRO AG ist eine anerkannte Weiterbildungsstätte für Innere Medizin Kategorie IV und klinische Notfallmedizin der Kategorie 2 (SGNOR). Die Gestaltung der Zukunft der Notfallversorgung im Oberaargau wird durch Sie aktiv mitgeprägt und Sie führen das Zentrum sicher in die Zukunft. Sie bringen sich aktiv und gestaltend in Aus-, Fort- und Weiterbildung ein.

### Das bringen Sie mit

Sie sind im Besitz des Facharzttitels für Allgemeine Innere Medizin mit dem interdisziplinären Schwerpunkt «Klinische Notfallmedizin (SGNOR)» oder einer gleichwertigen Ausbildung. Sie verfügen über nachgewiesene Führungserfahrung und zeichnen sich durch gute kommunikative Fähigkeiten aus. Auf die interdisziplinäre Zusammenarbeit legen Sie sehr grossen Wert. Idealerweise sind Sie Supervisor oder Tutor für den POCUS Notfallsonographie und / oder das Modul Abdomen. Zusätzliche Führungsausbildungen oder Managementenerfahrungen sind von Vorteil.

### Bei uns arbeiten

Wir bieten eine verantwortungsvolle und abwechslungsreiche Position sowie die Möglichkeit, Ihre Erfahrungen und Ideen einzubringen und die Notfallmedizin im Oberaargau mitzuprägen. Das Notfallteam ist hochmotiviert und bekannt für die kollegiale Atmosphäre und hohe gegenseitige Wertschätzung. Die SRO AG ist gross genug, um mit unseren vielen Spezialistinnen und Spezialisten die meisten Fälle vor Ort selber behandeln zu können. Das Spital hat aber eine gute Grösse, um sich noch persönlich zu kennen. Es erwarten Sie attraktive Anstellungsbedingungen und fortschrittliche Sozialleistungen.

### Kontakt

Weitere Auskünfte erteilt Ihnen gerne Herr PD Dr. med. Alexander Imhof, Chefarzt Medizinische Klinik, Tel. 062 916 31 02 oder per E-Mail: a.imhof@sro.ch

Ihre schriftliche Bewerbung richten Sie bitte an die SRO AG, Frau Mirella Masoch, Human Resources, St. Urbanstrasse 67, CH-4900 Langenthal, job@sro.ch

www.sro.ch

181640-6



## LEITENDER ARZT/LEITENDE ÄRZTIN ANGIOLOGIE (M/W/D) I 60 % - 100 %

**GEFÄSSZENTRUM SOH | BÜRGERSPITAL  
SOLOTHURN / AUSSENSTANDORT  
PER 1. APRIL 2024 ODER NACH  
VEREINBARUNG**

### Ihre Aufgaben

- Unterstützung / Teamergänzung Gefässzentrum soH am Bürgerspital Solothurn sowie angiologische Leitung Ausseenstandort
- Eigenständiges Führen der angiologischen Spezialsprechstunde und enge Zusammenarbeit im interdisziplinären und interprofessionellen Team
- Freude am Teaching / Weiterbildung
- Aufbau der Weiterbildungsstätte Kategorie B für Angiologie soH
- Möglichkeit zur Mitarbeit im Katheterlabor

### Ihr Profil

- Facharzt oder Fachärztin Angiologie oder eine äquivalente Ausbildung mit Anerkennung MEBEKO
- Idealerweise mehrjährige Berufserfahrung mit umfassenden klinischen Kenntnissen
- Beherrschung des gesamten Spektrums der konservativen Angiologie
- Einwandfreie Deutschkenntnisse in Wort und Schrift
- Belastbare, engagierte und teamfähige Persönlichkeit mit hoher Sozialkompetenz

### Ihre Vorteile

- Grösster Arbeitgeber im Kanton
- Kollegiale Teams, motivierendes Arbeitsklima
- Kantonales Spital mit hohen Qualitäts- und Leistungsstandards

### Ihr Kontakt

Bei Fragen zur Stelle (Referenz 1509):  
Herr Dr. med. Pascal Kissling  
Chefarzt Gefässzentrum soH  
Tel: +41326273226

### Ihre Bewerbung

stellen.soh@spital.so.ch (mit Angabe der Referenznummer 1509)

181422-6

Bürgerspital  
Solothurn **solothurner  
spitäler** **soH**





**1<sup>er</sup> employeur du canton, l'Hôpital du Valais compte 5900 collaborateurs-trices. Chaque année, 40000 patient-e-s sont pris-e-s en charge et près de 633000 visites ambulatoires sont assurées.**

L'Hôpital du Valais cherche pour le Centre Hospitalier du Valais Romand (CHVR) et son unité interprofessionnelle de diabétologie-endocrinologie un-e

### Médecin cadre spécialiste en diabétologie-endocrinologie à 80-100%

*L'Unité déploie ses activités sur les sites de Sion, Martigny et Sierre*

#### Vos missions:

- Être (co-)responsable de la gestion de l'unité
- Assurer et développer les relations de l'unité auprès des partenaires internes et externes du CHVR
- Prendre en charge les patients suivis en ambulatoire et donner des avis transversaux dans tous les services stationnaires et ambulatoires du CHVR (multi-sites)
- Travailler au sein d'une petite équipe médicale et paramédicale dynamique et motivée
- Promouvoir la formation intégrée aux médecins en formation et aux étudiants ainsi qu'au personnel paramédical

#### Votre profil:

- Titre de spécialiste fédéral en endocrinologie-diabétologie ou formation jugée équivalente
- Plusieurs années d'expérience professionnelle y compris de la responsabilité institutionnelle.
- Compétence de leadership, gestion et communication
- Sens de la coopération, engagement et disponibilité
- Bonnes connaissances de l'environnement hospitalier (praticiens installés, CMS, etc.)

#### Nous offrons:

- Une activité clinique intéressante et variée dans un environnement en constante évolution
- Un soutien au développement de nouvelles prestations selon les besoins des réseaux partenaires ou du CHVR
- Des conditions de travail selon le statut des médecins-cadres de l'Hôpital du Valais

**Seules les offres répondant au profil seront traitées.**

**Lieu de travail:** Hôpital de Sion

**Entrée en fonction:** Juillet 2024 ou à convenir

**Délai de postulation:** 1<sup>er</sup> mars 2024

Des renseignements complémentaires peuvent être obtenus auprès de la Dre Isabelle Hagon-Traub, cheffe de l'Unité de diabétologie-endocrinologie +41 27 603 19 13, [isabelle.hagon-traub@hopitalvs.ch](mailto:isabelle.hagon-traub@hopitalvs.ch) ou auprès du Dr Thomas Nierlé, Directeur Médical du CHVR, +41 79 523 67 29, [thomas.nierle@hopitalvs.ch](mailto: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](http://www.hopitalvs.ch/emploi).

[www.hopitalvs.ch/emploi](http://www.hopitalvs.ch/emploi)

181557-6



**1<sup>er</sup> employeur du canton, l'Hôpital du Valais compte 5900 collaborateurs-trices. Chaque année, 40000 patient-e-s sont pris-e-s en charge et près de 633000 visites ambulatoires sont assurées.**

L'Hôpital du Valais cherche pour le Centre Hospitalier du Valais Romand et ses sites de Sierre, Martigny et St-Maurice un-e

### Médecin adjoint-e spécialiste en gériatrie à 80-100%

*Notre service de gériatrie (reconnu FMH catégorie A-IFSM) comprend 230 lits de médecine aigüe de la personne âgée, de réadaptation polyvalente gériatrique et de soins palliatifs gériatriques.*

#### Votre mission:

- Prendre en charge cliniquement des patients hospitalisés et ambulatoires
- Conduire une équipe interdisciplinaire
- Participer aux filières et consultations sur les différents sites de l'Hôpital du Valais: filière gériatrique aux urgences, filière d'ortho-gériatrie avec unité de lits dédiés, filière de neuro-réadaptation gériatrique post stroke unit avec unité de lits dédiés, consultation mémoire ambulatoire, consultation ambulatoire d'ostéoporose (filière FLS), consultation d'évaluation gériatrique globale ambulatoire et intra-hospitalière gestion médicale d'un EMS
- Participer aux gardes du service
- Dispenser de l'enseignement aux assistants, aux étudiants en médecine et au personnel paramédical
- Possibilité de participer à des projets internes avec activité scientifique

#### Votre profil:

- Titre de spécialiste fédéral en médecine interne générale ou formation jugée équivalente
- Formation approfondie en gériatrie
- Plusieurs années d'expérience comme chef-fe de clinique
- Capacité à collaborer et à travailler en réseau sur plusieurs sites hospitaliers

**Seules les offres répondant au profil seront traitées.**

**Entrée en fonction:** A convenir

**Délai de postulation:** 3 mars 2024



Des renseignements complémentaires peuvent être obtenus auprès du Dr Martial Coutaz, chef du Service de gériatrie, +41 27 603 90 43, [martial.coutaz@hopitalvs.ch](mailto:martial.coutaz@hopitalvs.ch)

Nous vous invitons à adresser votre dossier de candidature complet exclusivement sur notre site internet à la page [www.hopitalvs.ch/emploi](http://www.hopitalvs.ch/emploi).

[www.hopitalvs.ch/emploi](http://www.hopitalvs.ch/emploi)

181559-6

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

**1<sup>er</sup> employeur du canton, l'Hôpital du Valais compte 5900 collaborateurs-trices. Chaque année, 40000 patient-e-s sont pris-e-s en charge et près de 633000 visites ambulatoires sont assurées.**

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

### Médecin adjoint-e du service de pédiatrie à 80%

**Vos missions:**

- Assurer la prise en charge clinique des patients dans trois secteurs (l'hospitalisation, la néonatalogie et l'ambulatoire/les urgences).
- Prendre en charge les nouveau-nés de notre néonatalogie de niveau IIB (inborn dès 32 SG, 1250g, CPAP, ...).
- Participer aux gardes du service.
- Participer à la gestion du service.
- Assurer l'enseignement aux chefs de clinique, aux assistants, aux étudiants et au personnel paramédical.
- Collaborer avec les centres universitaires.

**Votre profil:**

- Titre fédéral de spécialiste en pédiatrie ou formation jugée équivalente
- Plusieurs années d'expérience comme chef de clinique ou médecin adjoint dans un hôpital universitaire.
- Une expérience en néonatalogie dans un centre universitaire est nécessaire.
- Sens de la coopération, particulièrement dans le cadre d'une collaboration pluridisciplinaire étroite au sein du Pôle enfant
- Engagement, disponibilité
- Compétence en management d'équipe
- Une spécialité approfondie serait un atout.

**Seules les offres répondant au profil seront traitées.**

**Lieu de travail:** Hôpital de Sion

**Entrée en fonction:** 1<sup>er</sup> juin 2024

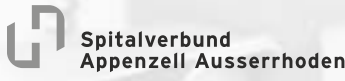
**Délaï de postulation:** 3 mars 2024

Des renseignements complémentaires peuvent être obtenus auprès du Dr Juan Llor, médecin chef de Service, +41 27 603 87 70, [juan.llor@hopitalvs.ch](mailto:juan.llor@hopitalvs.ch) ou du Dr Thomas Nierle, Directeur médical du CHVR, +41 27 603 41 32, [thomas.nierle@hopitalvs.ch](mailto: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](http://www.hopitalvs.ch/emploi)

[www.hopitalvs.ch/emploi](http://www.hopitalvs.ch/emploi)

181427-6



Wir suchen per 1.5.2024 oder nach Vereinbarung eine/n

### Leitende Ärztin / Leitenden Arzt Intensivmedizin 50–100 % (m,w,d)

Das Spital Herisau in der Ostschweiz ist Teil des Spitalverbund Appenzell Ausserrhodens (SVAR) und verfügt über ein Departement Innere Medizin, ein Departement Chirurgie, eine Frauenklinik sowie eine Klinik für Anästhesiologie und Rettungsmedizin. Das Spital Herisau betreibt eine zertifizierte Intensivpflegestation.

**Ihr Aufgabengebiet**

- Sie sind Teil eines erfahrenen Teams der interdisziplinären Intensivstation mit 6 Betten und verantwortlich für eine qualitativ hochstehende Versorgung der intensivpflichtigen Patientinnen und Patienten
- Sie beteiligen sich am kaderärztlichen Hintergrunddienst und gestalten Weiterbildungsveranstaltungen mit
- Sie übernehmen zusätzliche Aufgaben entsprechend Ihren Fach- und Führungskompetenzen

**Ihr Profil**

- Sie sind eine engagierte Persönlichkeit mit hoher Sozialkompetenz
- Sie haben mehrjährige klinische Erfahrung und Freude an der interdisziplinären Zusammenarbeit
- Sie verfügen über einen anästhesiologischen oder internistischen Hintergrund
- Sie führen einen anerkannten Facharzttitel für Intensivmedizin

**Unser Angebot**


- Als wichtige Führungsperson erhalten Sie die Gelegenheit, Ihren Fachbereich weiterzuentwickeln und im Departement entscheidende Impulse zu geben
- Wir bieten attraktive Anstellungsbedingungen und persönliche Entwicklungsmöglichkeiten

Weitere Informationen zum SVAR finden Sie unter [www.spitalverbund.ch](http://www.spitalverbund.ch)

**Ihr Kontakt**

Für nähere Auskünfte steht Ihnen Dr. med. Simon Ritter, Chefarzt und Leiter Departement Innere Medizin, Telefon +41 (0)71 353 23 62, gerne zur Verfügung.

Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung.



Ihre Bewerbung reichen Sie bitte über unser Bewerberportal ein [www.svar.ch/jobs-karriere](http://www.svar.ch/jobs-karriere).

181564-6

## 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](mailto:veranstaltungen@multiplesklerose.ch), Telefon 043 444 43 43

[multiplesklerose.ch](http://multiplesklerose.ch), Spenden & Helfen

damit es besser wird

**MS** Schweizerische  
Multiple Sklerose  
Gesellschaft



Le Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) est l'un des 5 hôpitaux universitaires suisses.

Le Service de radiodiagnostic et de radiologie interventionnelle se consacre au diagnostic et au traitement médical basés sur l'imagerie radiologique.

### **Chef-fe de Clinique (Adjoint-e) en Radiologie Oncologique et Digestive, 80–100% dès le 1.5.2024**

#### **MISSION:**

- Vous assurez et supervisez les activités cliniques dans l'unité d'imagerie oncologique et digestive sous la supervision d'un-e médecin-cadre de l'unité
- Vous assurez un service de garde
- Vous participez à la recherche clinique
- Vous participez à un travail scientifique dans ce domaine.

#### **PROFIL:**

- Vous êtes titulaire d'un titre ISFM de radiologue ou d'un titre jugé équivalent
- Vous êtes apte à superviser une équipe d'assistant-e-s et à collaborer avec les différents services de l'hôpital
- Vous avez un intérêt pour le travail scientifique
- Vous maîtrisez la langue française (niveau B2 exigé.)

#### **NOUS OFFRONS:**

- Une activité spécialisée avec un plateau technique moderne
- Une grande autonomie dans la réalisation des examens de l'unité sous la supervision d'un-e médecin-cadre
- Une formation complète en radiologie oncologique et digestive.

Contact pour informations sur la fonction: Professeur Alban Denys, tél. 021 314 97 68 ou Professeure Clarisse Dromain, tél. 021 314 76 55.

Merci d'envoyer votre dossier complet par le biais de notre site internet: <https://recrutement.chuv.ch>, réf: 10644-ME-211-2024.

181413-6



Le Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) est l'un des 5 hôpitaux universitaires suisses.

### **Chef-fe de Clinique (Adjoint-e) au Centre de Transplantation d'Organes 80–100% dès le 1.4.2024**

#### **MISSION:**

- Vous prenez en charge des patients candidats à une greffe hépatique et des patients greffés du foie
- Vous travaillez en équipe multidisciplinaire au CHUV, ainsi qu'avec l'équipe de transplantation des HUG
- Vous supervisez des médecins assistant-e-s et collaborez avec l'ensemble des collègues du CTO et du Service de gastro-entérologie et d'hépatologie
- Vous participez à la recherche clinique et à l'enseignement, sous la supervision d'un médecin cadre académique

#### **PROFIL:**

- Vous êtes titulaire d'un diplôme fédéral de médecin et d'une formation de base en médecine interne et/ou gastro-entérologie et hépatologie (ou équivalent)
- Vous êtes apte à superviser une équipe d'assistant-e-s et à collaborer avec les différents services de l'hôpital
- Vous maîtrisez le français (niveau C1)

#### **NOUS OFFRONS:**

- Une activité spécialisée avec un plateau technique moderne
- Une autonomie dans la prise en charge des patients sous la supervision d'un médecin-cadre
- Une perspective de développement académique

Contact pour informations sur la fonction:

Dr Julien Vionnet, tél. 021 314 24 03.

Merci d'envoyer votre dossier complet par le biais de notre site internet: <https://recrutement.chuv.ch>, réf: 10689-ME-202-2024.

181649-6



La Fondation privée *admed*, avec plus de 220 collaborateurs, réalise les analyses médicales (chimie clinique, hématologie, immuno-hématologie, microbiologie et médecine transfusionnelle) ainsi que les diagnostics médicaux en pathologie pour les patients de divers hôpitaux, homes et institutions de santé et cabinets médicaux. *admed* est une entreprise accréditée ISO/CEI 17025 et 15189.

Pour compléter son équipe de médecins, *admed* recherche un(e):

### **Médecin chef(fe) de clinique en pathologie (80–100%)**

#### **Votre mission:**

- Vous exercerez une activité diagnostique générale, avec participation aux examens extemporanés et piquets
- Vous assurerez au quotidien la prise en charge macro- et microscopique des biopsies et pièces opératoires
- Vous participerez à la formation et à l'encadrement du médecin assistant
- Vous préparerez les différents tumorboards multidisciplinaires et colloques internes et externes

#### **Compétences requises:**

- Vous êtes titulaire d'un diplôme fédéral de médecin et d'une spécialisation FMH en pathologie, ou d'un titre étranger équivalent reconnu MEBEKO
- Vous bénéficiez d'une formation solide et complète en pathologie chirurgicale
- Vous êtes rigoureux-se, précis-e, fiable, responsable, vous faites preuve d'engagement personnel
- Vous avez la capacité de travailler seul(e) et en équipe
- Vous disposez d'une facilité d'adaptation et d'intégration ainsi qu'un bon esprit d'équipe
- Vous maîtrisez le français écrit et oral (niveau B2 minimum)

#### **Nous offrons:**

- Une ambiance agréable et un travail diversifié
- Un contrat de durée indéterminée
- Des prestations salariales et sociales à l'image d'une fondation privée (Règlements du personnel de la Fondation *admed*)

**Lieu de travail:** Neuchâtel

**Entrée en fonction:** à convenir

Des renseignements complémentaires peuvent être obtenus auprès du Dr Samir Benabidallah au 032 720 00 50.

Votre offre de candidature accompagnée des documents usuels (lettre de motivation, CV et certificats) est à adresser par courrier électronique à [admed.rh@ne.ch](mailto:admed.rh@ne.ch).

181587-6/8



# FMH SERVICES

**Insertionen** aufzugeben auf [www.fmhjob.ch](http://www.fmhjob.ch) oder gegen eine Erfassungspauschale bei: FMH Consulting Services, Tel. 041 244 60 60, E-Mail: [mail@fmhjob.ch](mailto:mail@fmhjob.ch).

Chiffre-Anfragen sind zu richten an E-Mail: [mail@fmhjob.ch](mailto:mail@fmhjob.ch).

Konditionen auf [www.fmhjob.ch](http://www.fmhjob.ch).

**Les annonces** sont à passer sur [www.fmhjob.ch](http://www.fmhjob.ch) ou chez: FMH Consulting Services, tél. 021 922 44 35, e-mail: [mail@fmhjob.ch](mailto:mail@fmhjob.ch).

Les réponses relatives à des annonces sous chiffre sont à adresser à e-mail: [mail@fmhjob.ch](mailto:mail@fmhjob.ch).

Conditions sur [www.fmhjob.ch](http://www.fmhjob.ch).

Praxismarkt  
Marché des cabinets  
Mercato studi medici

**BE – Erfolgreiche Arztpraxis in Biel sucht ebensolche Nachfolge** – Alles ist da. Die hellen, grosszügigen Räume. Mehrere Behandlungszimmer. Der grosse, treue Patientenstamm. Das langjährig eingespielte Praxisteam. Die optimale ÖV-Erreichbarkeit in Biels Zentrum und diverse Parkmöglichkeiten. Die voll digitalisierte Infrastruktur. Kurz: Die ideale, langjährig etablierte und erfolgsstarke Hausarztpraxis. Fehlt nur noch jemand, der die Erfolgsgeschichte weiterführt. Vielleicht sind das Sie? Alternativ bietet sich auch die Tätigkeit in der Praxis in angestellter oder selbständiger Stellung. – So oder so: Wir freuen uns auf Ihre schriftliche Kontaktaufnahme unter der Referenznummer 1965 bei: Federer & Partners, Unternehmensberatung im Gesundheitswesen AG, Mitteldorfstrasse 3, CH-5605 Dottikon, E-Mail: [janick.merkofer@federer-partners.ch](mailto:janick.merkofer@federer-partners.ch), [www.federer-partners.ch](http://www.federer-partners.ch).

**BE – Übergabe einer Hausarzt-Doppelpraxis im Länggassquartier der Stadt Bern** – Ab Anfang 2025 ist – nach Absprache – eine gut etablierte Doppelpraxis mit erfahrenem MPA-Team wegen Erreichen des Pensionsalters der aktuell praktizierenden Ärzte abzugeben. Die Praxis ist geräumig (5 Zimmer

auf 115 m<sup>2</sup>) und mit verfügbaren Parkplätzen und einer 30 m entfernten Bushaltestelle sehr gut erschlossen. Melden Sie sich bei Interesse auf E-Mail: [praxis-brueckfeld@hin.ch](mailto:praxis-brueckfeld@hin.ch). Wir freuen uns auf Ihre Nachricht!

**BL – Nachfolge / Praxisübernahme in Neurologischer Gemeinschaftspraxis** – ich suche wegen meiner anstehenden Pensionierung auf Ende 2024 / Anfang 2025 eine/n Nachfolger/in (oder zwei mit jeweils 50% Pensum) in unsere etablierte, modern eingerichtete und grosszügige Gemeinschaftspraxis (254 m<sup>2</sup>) in einer direkt an Basel angrenzenden Gemeinde. Wir sind zwei Ärzte in Vollzeitpensum und eine Kollegin in 15% Teilzeitpensum. Wir bieten EEG, ENMG, SEP, LP und Praxisapotheke. Die Praxis hat eine ausgezeichnete Anbindung an den öffentlichen Verkehr mit einer Tramhaltestelle vor der Tür. Kontakt unter Chiffre I-41842.

**GE – Arsanté recherche des médecins généralistes et spécialistes** – Pour renforcer l'offre médicale actuelle et répondre au mieux aux besoins de la population locale, nous recherchons des médecins généralistes et spécialistes avec titre FMH pour les centres médicaux de La Jonction, Léman (Pâquis), Meyrin, Belle-Terre (Thônex). Vous souhaitez vous installer en cabinet privé, dans un lieu pluridisciplinaire, nous mettons à disposition tout l'environnement nécessaire à une pratique médicale de haute qualité. Taux d'activité à choix. Condition: Droit de pratique requis. Contact et informations e-mail: [partenariat-medecin@arsante.ch](mailto:partenariat-medecin@arsante.ch), [www.arsante.ch](http://www.arsante.ch).

**GE – La Maison de Santé de Belle-Terre recherche un/e psychiatre et un/e pédiatre** – Pour compléter l'offre de soins de la Maison de Santé de Belle-Terre et pour répondre aux besoins de la population, nous recherchons un/e psychiatre et un/e pédiatre avec titre FMH. Nous offrons: Une activité variée dans une équipe pluridisciplinaire; un cabinet équipé avec le matériel nécessaire à votre activité; une infrastructure moderne avec l'utilisation du dossier médical informatisé et le rendez-vous en ligne; taux d'activité et horaires flexibles selon vos besoins; une culture d'entreprise saine et respectueuse des valeurs professionnelles; une collaboration interactive avec l'ensemble du groupe. Maison de Santé de Belle-Terre, 7 Place du Traité-de-Turin, [www.cmbelleterre.ch](http://www.cmbelleterre.ch), e-mail: [partenariat-medecin@arsante.ch](mailto:partenariat-medecin@arsante.ch).

**LU – Praxisraum zu vermieten in Luzern** – Mitbenutzung der bestehenden Infrastruktur (Labor, Geräte, Empfang, Personal Sprechstunde und Labor, etc.). Modernes Sprechstundenzimmer ca. 25 m<sup>2</sup> in neu gebauten Räumlichkeiten. Es handelt sich um eine etablierte Praxis für Allgemeine Innere Medizin, Nephrologie und Hausarztmedizin. Fachrichtungen wie Endokrinologie, Diabetologie oder Chirurgie wären in diesem Setting geeignet. Der Raum eignet sich aber auch für Ergo-und/oder Physiotherapeuten, Ernährungsberater, Podologie sowie Wundprechstunden. Wir freuen uns auf Anfragen für weitere Auskünfte unter Tel. 079 529 87 17 oder E-Mail: [diane.maechler@fmc-ag.com](mailto:diane.maechler@fmc-ag.com).

**Mittelland – Gastroenterologische Praxis zu übergeben** – Für eine langjährig etablierte und ausgesprochen ertragsstarke Praxis für Gastroenterologie in einer dynamischen, stark wachsenden Stadt im Mittelland suchen wir nach Vereinbarung eine/n oder mehrere motivierte/n und kompetente/n Nachfolger/in/innen. Die Praxis besticht durch grosszügige, moderne Räumlichkeiten an bester Lage und ist sowohl mit öffentlichen als auch mit privaten Verkehrsmitteln (diverse Parkplätze vorhanden) optimal erreichbar. Darüber hinaus profitieren Sie von der ausgezeichneten Zusammenarbeit mit dem langjährig eingespielten Praxisteam und einem grossen, langjährig gepflegten Zuweisernetzwerk. Falls wir mit diesem attraktiven Angebot Ihr Interesse geweckt haben, freuen wir uns auf Ihre schriftliche Kontaktaufnahme unter der Referenznummer 2080 bei: Federer & Partners, Unternehmensberatung im Gesundheitswesen AG, Mitteldorfstrasse 3, 5605 Dottikon, [www.federer-partners.ch](http://www.federer-partners.ch), E-Mail: [janick.merkofer@federer-partners.ch](mailto:janick.merkofer@federer-partners.ch).

**SO – Gruppenpraxis in Agglomeration von Solothurn sucht Nachfolger/in** – In der Agglomeration der Stadt Solothurn suchen wir für eine moderne, gut laufende und lebhaftige Praxis eine/n motivierte/n und dynamische/n Facharzt/-ärztin für Allgemeine Innere Medizin als Nachfolger/in. Die Praxis-räumlichkeiten verfügen über eine moderne Infrastruktur mit elektronischer Administration, digitalem Röntgen und Labor. Darüber hinaus ist die Praxis verkehrstechnisch hervorragend gelegen mit einer Bushaltestelle in Gehdistanz und einem grossen eigenen Parkfeld mit mehreren Parkplätzen. Zudem profitieren Sie von der guten Zusammenarbeit mit dem langjährig eingespielten ärztlichen und nichtärztlichen

Praxisteam und den Synergieeffekten eines Ärztenteams. Falls wir mit diesem attraktiven Angebot Ihr Interesse geweckt haben, freuen wir uns auf Ihre schriftliche Kontaktaufnahme unter der Referenznummer 2640 bei: Federer und Partners, Unternehmensberatung im Gesundheitswesen AG, Mitteldorfstrasse 3, 5605 Dottikon, [www.federer-partners.ch](http://www.federer-partners.ch), E-Mail: [janick.merkofer@federer-partners.ch](mailto:janick.merkofer@federer-partners.ch).

**SZ – Nachfolger/in gesucht für eine sukzessive Übergabe im Kanton Schwyz** – Für eine an optimaler Lage in einer hausärztlich unterversorgten Region angesiedelte Praxis für Allgemeine Innere Medizin suchen wir eine/n motivierte/n Nachfolger/in. Die Praxis ist dank mehreren Parkplätzen direkt vor der Praxis und einer Bushaltestelle in Gehdistanz optimal erreichbar. Die grosszügigen und hellen Räumlichkeiten sind bestens ausgestattet und befinden sich technisch auf dem neuesten Stand. Darüber hinaus profitieren Sie von einem grossen, treuen Patientenstamm sowie der hervorragenden Zusammenarbeit mit dem gut eingespielten Praxisteam und der Möglichkeit zur Selbstdispensation. Falls Sie mit dem Schritt in die Selbstständigkeit liebäugeln und wir mit diesem attraktiven Angebot Ihr Interesse geweckt haben, freuen wir uns über Ihre schriftliche Kontaktaufnahme unter der Referenznummer 2530 bei: Federer & Partners AG, Unternehmensberatung im Gesundheitswesen, Mitteldorfstrasse 3, CH-5605 Dottikon, E-Mail: [janick.merkofer@federer-partners.ch](mailto:janick.merkofer@federer-partners.ch), [www.federer-partners.ch](http://www.federer-partners.ch).

**TG – Praxisräume mit OP** – In den interdisziplinären Ärzteteagen des attraktiv gelegenen TKB Gebäudes im Zentrum von Kreuzlingen sind ca 220 m<sup>2</sup> moderne Praxisräume mit OP zu vermieten. E-Mail: [reichel.martin@hin.ch](mailto:reichel.martin@hin.ch).

**VD – Pully, pour cause de départ à la retraite, nous cherchons pour début août 2024, un/e Psychiatre ou Psychologue** – Bureau en sous-location ou en association avec le 2ème psychiatre du cabinet. Situation calme, proche de transports publics, place de parc. Contact par e-mail: [admin@psychiatrie-psychotherapie.ch](mailto:admin@psychiatrie-psychotherapie.ch).

**ZH – Praxisraum zu vermieten in attraktiver psychiatrischer Praxis an Toplage** ([www.praxis-guet.ch](http://www.praxis-guet.ch)) – Die praxis-guet ist eine psychiatrisch-psychotherapeutische Praxis in unmittelbarer Nähe zum Bahnhof Wetzikon ZH. Wir sind ein Kollegium von 5 motivierten Fachärztinnen und Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie, teilen uns moderne Praxisräumlichkeiten in einem Neubau und pflegen einen wertschätzenden Umgang miteinander. Jede Ärztin / jeder Arzt ist unabhängig und führt eine Einzelpraxis. Ein Kollege geht in Pension, weshalb ab 01.03.2024 oder nach Vereinbarung ein Sprechzimmer zur Verfügung steht. Wir suchen eine Fachärztin / einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, die/der gerne selbstständig ambulant tätig sein will und gleichzeitig den Austausch mit Kolleginnen und Kollegen mit unterschiedlichen Spezialgebieten schätzt. Die monatlichen Kosten für Miete, Nebenkosten (Strom, Wasser etc.), IT-Infrastruktur sowie Reinigung belaufen sich auf rund CHF 1'400.-. Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung an: [praxis-guet, KD Dr. med. Markus Baumgartner, Gütliststrasse 4, 8620 Wetzikon ZH](mailto:praxis-guet, KD Dr. med. Markus Baumgartner, Gütliststrasse 4, 8620 Wetzikon ZH) oder E-Mail: [mbaumgartner@hin.ch](mailto:mbaumgartner@hin.ch). Telefonische Auskünfte erteilen wir gerne nach vorgängiger Absprache per E-Mail.

**ZH – Verkauf einer Praxis für Plastische Chirurgie in Zürich** – Verkauf einer State-of-the-art Praxis Klinik für Plastische Chirurgie im Herzen von Zürich. 272 m<sup>2</sup>, Infrastruktur für 3 Ärzte. Kontakt unter Chiffre I-41748.

**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 (12–25m<sup>2</sup>). 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](mailto:rzh@hin.ch).

**ZH – Stadt Zürich: Praxisteil in Gruppenpraxis für Orthopädie zu übergeben** – Für eine moderne und etablierte Gruppenpraxis für Orthopädie (4 Fachärzte) suchen wir einen Nachfolger (m/w). Die Praxis liegt in Seenähe an ruhiger Lage und ist verkehrstechnisch bestens erschlossen (10 Min. mit dem Tram ab Zürich HB, Parkplätze vorhanden). Belegarztstätigkeit in Klinik in unmittelbarer Nähe möglich. Bestehendes Zuweisernetz. Mögliche Fachgebiete: Handchirurgie, Fusschirurgie, konservative Orthopädie, Sportmedizin, technische Orthopädie, manuelle Medizin. Aktuell keine Beschränkung der OKP-Zulassung im Kanton ZH. Haben wir Ihr Interesse geweckt? Wir freuen uns auf Ihre Kontaktaufnahme unter Ref. 231 5059: FMH Consulting Services AG, Herr C. Müller, E-Mail: [christoph.mueller@fmhconsulting.ch](mailto:christoph.mueller@fmhconsulting.ch), Tel. 041 244 60 60.

**ZH – Nachfolger (m/w) in eine etablierte Hausarztpraxis mit elektronischer KG am rechten Zürichseeufer gesucht** – An optimaler Lage in einer steuergünstigen Gemeinde im Bezirk Meilen ist im Laufe des Jahres 2024 eine Hausarztpraxis (ca. 150 m<sup>2</sup>) in Bahnhofsnähe in einem repräsentativen Wohn- und Geschäftshaus mit Lift zu übergeben. Notfalldienst bis 22.00 Uhr, gute S-Bahn-Verbindung nach Zürich (ca. 25 Min.) oder Rapperswil (ca. 20 Min.) sind nur einige Vorteile dieses Angebotes. Wir freuen uns auf Ihre Kontaktaufnahme unter Ref. 231 5057: FMH Consulting Services AG, Frau Viera Rossi, Tel. 041 244 60 60, E-Mail: [viera.rossi@fmhconsulting.ch](mailto:viera.rossi@fmhconsulting.ch).

**ZH – Klein, aber fein: etablierte Hausarztpraxis mit elektronischer Praxisadministration am Zürichberg zu übergeben** – An optimaler Lage im Kreis 7 der Stadt Zürich ist per Herbst 2024 eine Praxis für Allgemeine Innere Medizin (knapp 70 m<sup>2</sup> gross) zu übergeben. Beste verkehrstechnische Anbindung (Bus-/Tramhaltestelle vor dem Haus), nicht belastender Notfalldienst, Selbstdispensation, gepflegte Infrastruktur und beständige Nachfrage von Neupatienten sind nur einige Vorteile dieses Angebotes. Wir freuen uns auf Ihre Kontaktaufnahme unter Ref. 231 5015: FMH Consulting Services AG, Frau Viera Rossi, E-Mail: [viera.rossi@fmhconsulting.ch](mailto:viera.rossi@fmhconsulting.ch), Tel. 041 244 60 60.



Informer simplement  
avec compétence

Séminaires pour  
médecins et  
cabinets

Ouverture du cabinet  
Cabinet de groupe  
Remise du cabinet



Plus d'informations sur  
[www.fmhconsulting.ch](http://www.fmhconsulting.ch)

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

**AG – Dringend Fachärztin/Facharzt Allgemeine Innere Medizin für Praxisgemeinschaft in Möhlin gesucht zu 80–100%** – Zur Verstärkung suche ich dringend eine/n Facharzt/Fachärztin Allgemeine Innere Medizin zu 80–100% für meine moderne und grosszügige, im 08/2021 neu eröffnete Praxis, welche ich bislang alleine führe. Da in der näheren Umgebung 02/2023 ein Hausarzt unerwartet verstarbt, sowie mehrere Ärzte im Jahr 2024 in Rente gehen, besteht eine grosse Nachfrage nach einem neuen Hausarzt. Anforderung: Abgeschlossene Facharzt Ausbildung in Allgemeine Innere Medizin, Empathie, Sozialkompetenz und Freude am selbständigen Arbeiten. Die Praxis befindet sich an zentraler Lage und ist gut mit dem öffentlichen Verkehr erreichbar. Ebenso steht ein Parkplatz in der Tiefgarage zur Verfügung. Die Praxis bietet voll-elektronische Krankengeschichte, moderne Geräte, Labor, EKG, Lungenfunktion, 24-Stunden-EKG und –Blutdruck, nächtliche Pulsoxymetrie, Ultraschall. Von meiner Seite her besteht auch die Möglichkeit für verkehrsmedizinische Untersuchungen der Gruppe 1 und 2. Teilnahme am regionalen Notfalldienst von Montag bis Freitag 08:00 – 18:00 Uhr. Sind Sie interessiert? Dann freue ich mich auf Ihre Bewerbung an E-Mail: sabine.wirthlin@hin.ch.

**ZH – Verstärkung in Hausarztpraxis gesucht** – Wir sind eine gut eingespielte, langjährige Hausarztpraxis (drei Ärzte/-innen) mit je eigenem Patientenstamm. In Zürich, fünf Minuten vom Bhf. Stadelhofen. Exzellentes MPA-Team. Zum Sommer geht eine Kollegin in Pension. Deshalb suchen wir eine/n Nachfolger/in in selbständiger Tätigkeit für die Weiterbetreuung des Patientenstamms (z. T. Expats, gute Englischkenntnisse von Vorteil). Pensum bisher ca. 60% (sechs Halbtage Sprechstunde). Flexible Arbeitszeiten und Ferienplanung. Elektronische KG, Selbstdispensation, Praxislabor, EKG, LuFu. Geringe Investitionskosten. www.praxis-d29.com. Gerne beantwortet Angela Caddick Ihre Fragen unter Tel. 079 88 53 696. Wir freuen uns auf Ihre schriftliche Bewerbung an E-Mail: dr.angela.caddick@gmail.com.

## Stellenofferten Offres d'emploi Offerte di posti

**BE – Top Gelegenheit für Deinen Einstieg in die Hausarztmedizin!** – Top Praxis: eKG und eAgenda; digitales Röntgen; leistungsfähiges Praxislabor; Medikamentenroboter u.a.m.. Top Team: Perfekt eingespieltes Team mit 8 MPAs, 5 Hausärzten/-innen und wechselnder Anzahl Azubis. Top Konditionen: Arbeitspensum wählbar, überdurchschnittliche Anstellungsbedingungen oder mit wenig Eigenmittel zur/-m Praxispartner/in! Top Perspektiven: Entwicklungsmöglichkeiten in der Gemeinschaft nach Bedarf und Bedürfnissen; gut geregelter Notfalldienst; familien- und freizeittechnische Freiheiten dank gegenseitiger Vertretung; wirtschaftliche Vorteile der Gemeinschaft mit Selbstdispensation. Top Lage: fünf Minuten vom S-Bahnhof; kompetentes Spital mit allen Spezialitäten in der Nähe. Falls Oberburg für Dich als Arbeitsort in Frage kommt, sollten wir uns unbedingt kennenlernen! Kontakt E-Mail: samuel.jordi@besonet.ch oder Tel. 034 422 11 00.

**GL – Praxisassistentz Allgemeine Innere Medizin 50–100%** – Wir suchen eine Praxisassistentz 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 Patientenstamm 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, Tschuoppisstrasse 39, 8754 Netstal, Tel. 055 640 63 63, E-Mail: aerztenetstal@hin.ch.

**LU – Suche Fachärztin/-arzt Innere / Allgemeine Medizin** – Für unsere gut etablierte Allgemeinarztpraxis 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 Facharzt Ausbildung 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@praxisdrwest.ch, Tel. 041 320 11 52.

**LU – Leitende Ärztin / Leitender Arzt (alle) 80–100% für Gruppenpraxis in Luzern-Paulusplatz** – Sie wollen 100% Medizin? Dafür stehen wir. Unsere Hausärzte 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 Facharzttitel 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-Löwencenter 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 Facharzttitel 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 – 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 – Fachärztin/Facharzt für Allgemeine Innere Medizin 20–60%** – Zur Verstärkung unseres Teams in Gruppenpraxis in Ebnat-Kappel/SG ab April 2024 oder nach Vereinbarung.

**SG – Facharzt/-ärztin Dermatologie** – Wir suchen eine/n Dermatologen/-in für unsere erfolgreiche Praxis in St. Gallen. 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.

**SG – Pioniergeist und Gestaltungsvermögen sind gefragt! – Facharzt/-ärztin AIM 50–100% gesucht!** – '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 Facharzttitel 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 – Wir suchen Facharzt/Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin oder Praxisassistent/Praxisassistentin** – Pensum 50–100%: Zur Ergänzung unseres Teams suchen wir per 01.07.2024 oder nach Vereinbarung eine/n Arzt/Ärztin in unsere bestens etablierte, ärzteigene Gruppenpraxis. Wir bieten zeitgemässe Anstellungsbedingungen mit 42h-Woche, flexiblen Arbeitszeiten und grosszügiger Ferienregelung, sowie ein sehr gutes, familiäres Arbeitsklima in einem Team mit 7 Grundversorgerinnen und Grundversorgern, 2 Praxisassistent/innen, 12 MPAs und 4 Lernenden. Die Praxis bietet grosszügige, moderne Räumlichkeiten und ist technisch auf dem neuesten Stand, komplett digital, mit Labor, Ekg, Röntgen und Sonographie. Wir freuen uns auf Ihre Kontaktaufnahme an Sandra Hutter-Grisenti, Ärztezentrum Müllheim AG, Hintere Gärten 8, 8555 Müllheim, Tel. 052 763 13 00, E-Mail: sandra.hutter@aerztezentrum-muellheim.ch; www.aerztezentrum-muellheim.ch.

**TG – Kaderärztin/Kaderarzt (a) Allgemeine Innere Medizin** – Ihre Hauptaufgabe als 'Kaderarzt/Kaderärztin Allgemeine Innere Medizin' in der Rehabili-

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

nik Dussnang ist eine umfassende Abklärung, sowie Betreuung von internistischen-geriatrischen, muskuloskeletalen 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 für 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, muskuloskeletalen 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 für physikalische Medizin und Rehabilitation, sowie der Facharzt/Fachärztin für 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.

**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](http://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](mailto:stellensuche@arzthaus.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](mailto:job@arzthaus.ch). Unter [www.arzthaus.ch](http://www.arzthaus.ch) finden Sie weitere Informationen.

**ZH – Facharzt/-ärztin Allgemeinmedizin** – Wir suchen einen Facharzt Allgemeinmedizin (m/w) für unsere erfolgreiche Praxis im Zentrum von Zürich. Wir bieten interdisziplinäre Zusammenarbeit und gute Anstellungsbedingungen. Unter [www.arzthaus.ch](http://www.arzthaus.ch) finden Sie weitere Informationen. Wir erwarten 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: [job@arzthaus.ch](mailto:job@arzthaus.ch).

**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](mailto:job@arzthaus.ch). Unter [www.arzthaus.ch](http://www.arzthaus.ch) finden Sie weitere Informationen.

**ZH – Facharzt/Fachärztin Dermatologie** – Für unsere moderne Praxis (500 m<sup>2</sup>) 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](http://www.decamed.ch). Wir freuen uns auf Ihre Kontaktaufnahme per E-Mail: [jobs@decamed.ch](mailto:jobs@decamed.ch).

**ZH – Fachärztin/Facharzt Gastroenterologie 40–100% zur Ergänzung unseres Teams des Bauchzentrum Rapperswil/Rüti** – Wir sind eine gastroenterologisch-chirurgische Gemeinschaftspraxis mit den Hauptstandorten Rapperswil und Rüti ZH sowie neu auch in Wetzikon. In einem hervorragend vernetzten, interdisziplinären Umfeld (Chirurgie, Onkologie mit lokalem Tumorboard, Radioonkologie, Gynäkologie mit interdisziplinärer Beckenbodensprechstunde) und einem treuen Zuweiserstamm, bieten wir das gesamte Spektrum der ambulanten Gastroenterologie in der Praxis an. Für eine langfristige Zusammenarbeit suchen wir per sofort oder nach Vereinbarung eine/n engagierte/n, sorgfältig arbeitende/n, motivierte/n und teamfähige/n Facharzt/-ärztin Gastroenterologie mit guten Deutschkenntnissen. Neben flexiblen Arbeitszeiten, guter Entlohnung und grosszügigen Sozialleistungen, erwartet Sie ein motiviertes, gut eingespieltes Team. Unsere Praxen sind sowohl mit dem öffentlichen Verkehr, als auch mit dem Auto gut erreichbar. Bei Wunsch und guter Eignung ist eine spätere Partnerschaft denkbar. Wir freuen uns auf Ihre vollständige Bewerbung, die Sie gerne an E-Mail: [hansueli.ehrbar@hin.ch](mailto:hansueli.ehrbar@hin.ch) schicken. Für weitere Auskünfte wenden Sie sich bitte direkt an Dr. med. Hansueli Ehrbar, Tel. 055 220 17 76.

**ZH – Facharzt (oder Assistenzarzt in WB) FMH Allgemeine Innere Medizin** – Die mediX Gruppenpraxis ZH-Wipkingen sucht zur Ergänzung ihres Hausarzt-Teams (per sofort oder n. V.) eine/n Facharzt/-ärztin FMH, Allgemeine Innere Medizin (Pensum 60–100%). Die Stelle ist ebenfalls für eine/n Assistenzarzt/-ärztin im letzten Jahr der Facharzt-Weiterbildung (AIM) geeignet (SIWF Weiterbildungsstätte Kat. 3, 1 Jahr). In unserer Gruppenpraxis arbeiten 33 Ärztinnen und Ärzte verschiedener Fachrichtungen unter einem Dach. Wir wünschen uns eine/n Kollegen/-in, die/der den interdisziplinären Austausch schätzt und Freude an patientenorientierter, evidenz-basierter Medizin hat. Es erwartet Sie eine moderne Praxis und ein gut eingespieltes Team von erfahrenen Hausärzten und MPA. Unsere Praxis ist Mitglied von mediX Zürich, einem Netzwerk von über 170 erfahrenen und engagierten Ärztinnen und Ärzten aus den Kantonen Zürich und Aargau, welches unabhängig ist von Krankenkassen. Weitere Informationen finden Sie hier [www.medix-gruppenpraxis.ch](http://www.medix-gruppenpraxis.ch). Wir freuen uns auf Ihre Kontaktaufnahme per E-Mail an: [florian.christmann@medix.ch](mailto:florian.christmann@medix.ch).

**ZH – Fachärztin/-arzt für Allgemeine Innere Medizin 60–100%** – Für unsere gut laufende Praxis im Zentrum von Glattbrugg suchen wir per sofort oder

ab 1.4.24 aufgrund Pensionierung einer Praxispartnerin eine/n Fachärztin/-arzt für Allgemeine Innere Medizin. Wir sind ein gut eingespieltes kollegiales Team von 3 Ärztinnen und 5 MPAs. Unsere moderne Praxis verfügt über digitales Röntgen, grosses Labor, EKG und elektronische KG. Sie verfügen über eine abgeschlossene Facharztausbildung, sind teamfähig und interessiert daran uns bei der Weiterführung und Entwicklung der Praxis zu unterstützen. Eine spätere Übernahme der Praxisanteile ist möglich. Haben wir ihr Interesse geweckt? Wir freuen uns über ihre Bewerbung an E-Mail: [bmatzinger@gmx.net](mailto:bmatzinger@gmx.net) (Dr. Bettina Matzinger), [www.arzttzentrum-glattbrugg.ch](http://www.arzttzentrum-glattbrugg.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 für Allgemeine Innere Medizin oder Prakt. Arzt). Mehr zur Stelle erfahren Sie auf: [www.sanacare.ch/aerzte](http://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](mailto:roland.moser@sanacare.ch)) oder Michèle Bouvard, Personalverantwortliche (Tel. +41 52 264 05 05, E-Mail: [personal@sanacare.ch](mailto:personal@sanacare.ch)).

**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](http://www.monvia.ch/jobs) oder senden Sie Ihren CV direkt an Lydia Arent (Leitende Ärztin), E-Mail: [personal@monvia.ch](mailto:personal@monvia.ch).

**ZH – Facharzt/-ärztin Allgemeine Innere Medizin 50–100%** – Wir suchen zur Verstärkung unseres Ärzteteams in Hinwil per sofort 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 Facharztprüfung oder Wiedereinsteiger/innen sind gerne willkommen. Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung per E-Mail an: [aerzte.hinwil@hin.ch](mailto:aerzte.hinwil@hin.ch).

**ZH – Mettmenstetten - Fachärztin/-arzt für Allgemeine Innere Medizin** – Für unsere Praxis in Mettmenstetten suchen wir zur Ergänzung unseres Teams eine/n Fachärztin/-arzt Allgemeine Innere Medizin 40–100%. Es erwartet Sie ein vielseitiges Tätigkeitsfeld mit Betreuung eigener Patienten/-innen. Ihr Profil: Gutes Fachwissen und empathische Haltung, motivierte Persönlichkeit mit hoher Sozialkompetenz und Freude, im Team zu arbeiten. Wir bieten: Interessante, abwechslungsreiche und verantwortungsvolle Tätigkeit, langfristige Anstellung, überdurchschnittliches Einkommen, Unterstützung bei der beruflichen Weiterbildung, geregelte Arbeitszeiten, moderne IT-Infrastruktur und Parkplatz. Haben wir Ihr Interesse geweckt? Dann freuen wir uns auf Ihre Bewerbung per E-Mail an [peter.duer@hin.ch](mailto:peter.duer@hin.ch) oder per Post an: Bonamed AG, Zentrumspraxis Mettmens-



tetten, Bahnhofstrasse 2, 8932 Mettmenstetten (<https://www.zentrumspraxis-mettmenstetten.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 Facharzttitel Allgemeine Innere Medizin bzw. Prakt. Arzt). Mehr zur Stelle erfahren Sie auf: [www.sanacare.ch/aerzte](http://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](mailto:claudia.derossi@sanacare.ch)) oder Michèle Bouvard, Personalverantwortliche (Tel. +41 52 264 05 05, E-Mail: [personal@sanacare.ch](mailto:personal@sanacare.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](mailto:kbaki@permanence-oerlikon.ch).

### ZH – Winterthur: Hausärztin/Hausarzt

50–100% in Gruppenpraxis – Unabhängige, moderne Gruppen-Grundversorgerpraxis im Rosenberquartier 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](mailto:christoph.bovet@hin.ch), [www.aerzte-am-rosenberg.ch](http://www.aerzte-am-rosenberg.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](http://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 Allg. 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](mailto:kbaki@permanence-oerlikon.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](http://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](mailto:margarete.schaublin@medix.ch).

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](http://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](mailto:margarete.schaublin@medix.ch).



Praxisgesuche  
Recherches de cabinets  
Ricerca di studi medici

**Hausarztpraxis ZH, SZ –** Rentable Hausarztpraxis Kanton ZH/SZ, per Mitte 2024 gesucht. Erwünscht: MPA-Team zur Übernahme, eKG, (halb)digitales Röntgen, zu fairen Konditionen. Kontakt E-Mail: [info@praxisvermittlung.ch](mailto:info@praxisvermittlung.ch).

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

**Stellengesuche Ärzte –** Facharzt Allgemeine Innere Medizin, frisch pensioniert, mit 30-jähriger Berufserfahrung sucht neue Herausforderung als Praxisstellvertreter in der Deutschschweiz, in Teilzeit oder Vollpensum, ab dem 12.02.2024. Angebote richten an E-Mail: [zaugg@hin.ch](mailto:zaugg@hin.ch).

**Endokrinologie/Diabetologie –** Facharzt/Fachärztin, erfahren, sucht Option zur Mitarbeit/Vertretung. Kontakt unter Chiffre G-3123.



«Ich plane die Nachfolge für meine Praxis. Können Sie mich unterstützen?»

Eine sorgfältige Vorbereitung der komplexen Nachfolgeplanung ist entscheidend für den Erfolg. Die Berater der FMH Services verfügen über ein weit verzweigtes Netzwerk in der Schweiz und über langjährige Erfahrung im Zusammenhang mit der Nachfolgesuche.

«Je prévois de remettre mon cabinet, pouvez-vous m'aider?»

Pour garantir le succès de votre projet, il est essentiel de préparer votre succession en détail. Les conseillers de FMH Services disposent d'un large réseau de contacts en Suisse et d'une longue expérience dans ce domaine.



Wir sind für Sie da!  
Nous sommes là pour vous!  
Patrick Tuor

## 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](mailto:mail@fmhconsulting.ch)  
[www.fmhconsulting.ch](http://www.fmhconsulting.ch)

# Donner une place centrale à la douleur

**Mécanisme de la douleur** Les douleurs chroniques de la région pelvienne constituent un grand défi, s'agissant des options thérapeutiques et de la compréhension de la maladie. Dans l'approche moderne des syndromes douloureux pelviens, il importe d'accorder une place centrale à la douleur comme processus pathologique global.

PD Dr Daniel S. Engeler

Auparavant, la recherche dans le domaine des douleurs pelviennes chroniques se concentrait essentiellement sur les mécanismes des organes terminaux périphériques, tels que les processus inflammatoires ou infectieux. Cependant, la recherche fondamentale et les découvertes cliniques ont clairement montré que de nombreux processus pathologiques se déroulent dans le système nerveux central (SNC). On considère aujourd'hui que dans ces syndromes douloureux, un stimulus périphérique, comme une infection ou un traumatisme, déclenche une série de manifestations consécutives. Celles-ci deviennent autonomes dans le cadre d'une modulation du SNC, indépendamment de la cause primaire. Outre la douleur, cette modulation s'exprime dans le cadre de divers autres phénomènes sensoriels, fonctionnels (par ex. miction ou défécation), comportementaux ou psychologiques. De telles manifestations propres à chaque individu constituent alors la base du diagnostic d'un syndrome douloureux [1].

Il convient de noter que, dans bon nombre de ces syndromes douloureux, il n'y a plus de pathologie périphérique persistante, telle qu'une inflammation ou une infection, désignée par le suffixe «-ite» dans la terminologie médicale. Par conséquent, une nomenclature focalisée uniquement sur l'organe terminal périphérique est inappropriée et trompeuse, sinon dangereuse, dans la mesure où elle peut induire des conclusions thérapeutiques erronées. De ce fait, dans la nouvelle terminologie, entre autres dans les lignes directrices de l'European Association of Urology (EAU) [1], la douleur pelvienne chronique est subdivisée en douleur pelvienne spécifiquement associée à une maladie avec une étiologie connue ainsi qu'en syndromes douloureux pelviens. Dans le domaine de l'urologie, les syndromes douloureux pelviens les plus fréquents sont le syndrome douloureux prostatique (Prostate Pain Syndrome, PPS, anciennement prostatite chronique) et le syndrome douloureux vésical (Bladder Pain Syndrome, BPS, anciennement cystite interstitielle). D'après la CIM-11, il est question de syndrome douloureux chronique à partir d'une durée de trois mois [2]. Cette nouvelle classification intègre pour la première fois la douleur chronique en tant que maladie distincte et la

subdivise en douleur primaire et en douleur secondaire chroniques. La douleur chronique primaire correspond à un concept qui repose sur la reconnaissance de la douleur chronique comme une maladie distincte, même si l'étiologie et la physiopathologie sous-jacentes ne sont pas comprises. Les syndromes douloureux pelviens correspondent en grande partie à la définition de la douleur primaire chronique.

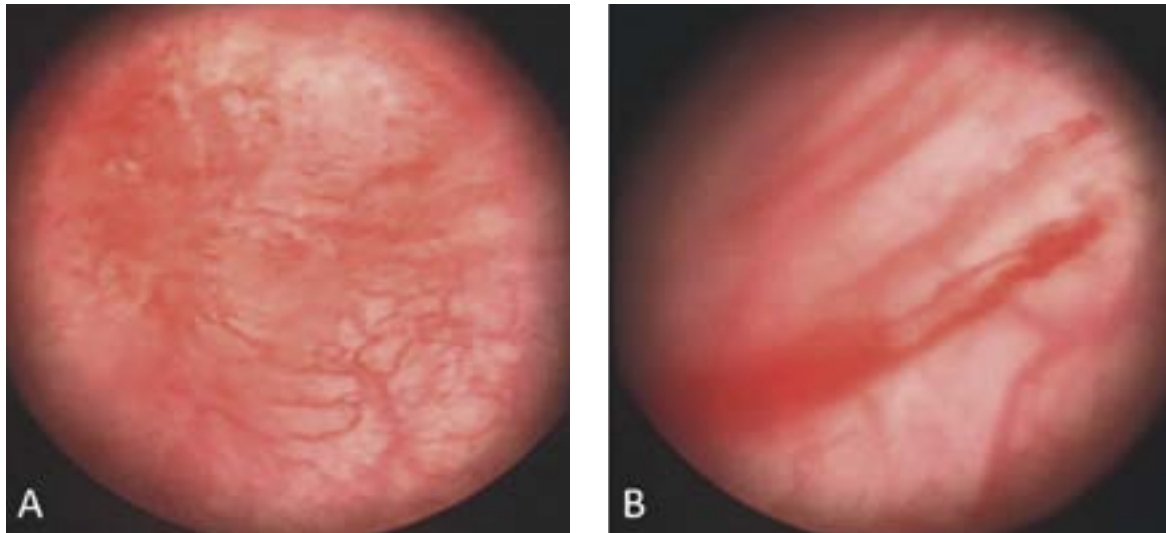
## Origines de la douleur chronique

Les mécanismes de la douleur pelvienne chronique peuvent englober différents processus largement connus. D'une part, des mécanismes douloureux aigus persistants sont possibles, comme ceux qui sont associés à des altérations inflammatoires; d'autre part, il existe surtout des mécanismes chroniques qui impliquent le SNC.

Dans le cas de la sensibilisation périphérique, on part du principe que les afférences viscérales non myélinisées (fibres de type C), qui ne sont normalement pas ou peu actives (50% à 90%), présentent un seuil d'activation réduit ou une réponse accrue en raison de différents processus. Cela résulte d'une modification de la concentration de substances messagères ou d'une modification des récepteurs [3, 4]. Concernant la sensibilisation centrale, divers mécanismes sont impliqués, avant tout au niveau spinal, en particulier des modifications de l'activité et de la transcription protéiques, mais aussi des modifications structurelles des connexions neuronales [5]. Également au niveau central, la modulation des signaux spinaux joue un rôle important, en particulier la substance grise périaqueducule qui est sous l'influence des centres supérieurs associés à la cognition et aux émotions. Des études utilisant l'imagerie par résonance magnétique fonctionnelle ont montré que plusieurs voies neuronales pourraient être impliquées dans la modulation psychique notable des douleurs viscérales [6].

## Résumé pour vous par:

L'Assemblée annuelle 2023 de la SSU | 20.09.-25.09.2023 | Lausanne



**Figure 1:** Cystoscopie dans le cadre d'un syndrome douloureux de la vessie de type 3C (correspondant à une cystite interstielle «classique»). **A)** Lésion de Hunner typique avec cicatrice centrale et vaisseaux radiaires. **B)** Image typique du saignement «en cascade» après hydrodistension.

Dans la plupart des syndromes douloureux, des troubles de la fonction organique se développent secondairement. Souvent, il s'agit non seulement d'altérations fonctionnelles de l'organe (vraisemblablement) impliqué au départ dans l'apparition de la douleur, mais également d'autres organes souvent voisins. Ces troubles fonctionnels peuvent à leur tour aggraver les symptômes douloureux. Il a été démontré dans différentes études randomisées contrôlées contre placebo que les différentes monothérapies n'avaient souvent pas d'effet significatif sur l'ensemble de la population [1]. Pour cette raison, il est tenté de délimiter différents phénotypes en fonction des symptômes et d'orienter le traitement en conséquence.

### Exemple du syndrome douloureux de la vessie

Le syndrome douloureux chronique de la vessie se caractérise par l'apparition de douleurs persistantes ou récurrentes au niveau de la vessie, accompagnées d'au moins un autre symptôme tel qu'une accentuation de la douleur au fur et à mesure que la vessie se remplit ou une augmentation de la fréquence des mictions le jour et/ou la nuit [1]. Selon la littérature, le syndrome douloureux chronique de la vessie a une prévalence de 0,06% à 30% [7-9], avec une prédominance féminine d'environ 10:1. Il est supposé qu'une affection initiale non identifiée de la vessie, entraînant des lésions urothéliales, une inflammation neurogène et des douleurs, pourrait être à l'origine du syndrome douloureux de la vessie. Des résultats de cystoscopie et de biopsie montrent des défauts dans la couche de glycosaminoglycanes (GAG) de l'urothélium, qui peuvent exposer les structures sous-muqueuses à des composants urinaires nocifs ayant un effet cytotoxique [10-12].

Le diagnostic du syndrome douloureux de la vessie est avant tout clinique. Une cystoscopie avec hydrodistension et, le cas échéant, une biopsie sont toutefois indiquées pour exclure d'autres pathologies intravésicales ainsi qu'à des fins de classification [13]. À la cystoscopie, le syndrome douloureux de la vessie classique montre des zones de muqueuse rouges, souvent associées à de petits vaisseaux, qui irradient en direction d'une cicatrice centrale et sont parfois recou-

vertes d'un petit caillot ou d'un dépôt de fibrine – les lésions de Hunner [14] (fig. 1). La cicatrice se rompt au fur et à mesure de la distension de la vessie, entraînant un saignement caractéristique en cascade. Par contraste, une maladie non lésionnelle montre une muqueuse vésicale normale à la cystoscopie initiale.

Outre les méthodes thérapeutiques possibles pour tous les types de douleurs pelviennes, telles que les analgésiques et antidépresseurs oraux (amitriptyline), la physiothérapie et les stratégies comportementales, les instillations (par ex. anesthésiques locaux, acide hyaluronique, chondroïtine sulfate et héparine) ou la substitution orale de la couche de GAG par du polysulfate de pentosane jouent également un rôle dans le syndrome douloureux de la vessie. En cas de syndrome douloureux chronique de la vessie, l'hydrodistension de la vessie avec injection de toxine botulique de type A peut donner de bons résultats [15]. Différentes options existantes de neuromodulation électrique constituent une autre possibilité de traitement. Dans certains cas, et en dernier recours, une cystectomie peut être envisagée sur décision d'un conseil multidisciplinaire.

### Correspondance

daniel.engeler[at]kssg.ch



### Références

À consulter sous [www.bullmed.ch](http://www.bullmed.ch) ou via code QR



#### PD Dr Daniel S. Engeler

est Médecin-chef de la Clinique d'urologie, Hôpital cantonal de Saint-Gall et président de la commission des lignes directrices européennes sur la douleur pelvienne chronique



Le traitement focal est de plus en plus utilisé en clinique pour le cancer de la prostate localisé, malgré des preuves en partie insuffisantes.

# Résultats fonctionnels après un traitement focal

**Cancer de la prostate** Le traitement du cancer de la prostate localisé par des thérapies focales suscite un intérêt croissant et fait l'objet de publications de plus en plus nombreuses en raison des résultats fonctionnels positifs, mais la plupart des données proviennent d'études non comparatives, monocentriques ou rétrospectives utilisant différentes méthodes de traitement et des définitions variables des résultats.

Dr. méd. Basil Kaufmann; Prof. Dr. Dr. méd. Daniel Eberli

La thérapie focale du cancer de la prostate localisé est un traitement mini-invasif qui, contrairement aux traitements standard tels que la prostatectomie radicale, la radiothérapie percutanée ou la curiethérapie, suit le concept de traitement partiel. Cela signifie que seule la région cancéreuse de la prostate est traitée. Des foyers cancéreux isolés ou plusieurs foyers cancéreux contigus sont ainsi traités de manière ciblée. L'objectif est la guérison, sachant que la multifocalité et l'hétérogénéité du cancer de la prostate constituent un défi. Pour cette raison, le traitement est possible uniquement après des examens diagnostiques exhaustifs et seulement en cas de cancer localisé. De plus, des biopsies de contrôle, comme dans le cadre d'une surveillance active, sont nécessaires après le traitement [1].

Bien que les traitements standard soient extrêmement efficaces d'un point de vue oncologique, ils entraînent souvent

des effets indésirables avec une détérioration de la fonction érectile et/ou de la continence urinaire, qui affectent la qualité de vie [2, 3]. Par conséquent, il existe un intérêt croissant pour les traitements partiels, afin de minimiser les dommages aux structures anatomiques responsables de la continence et de la fonction érectile.

## Principes de la thérapie focale

La thérapie focale, axée sur la destruction ciblée du tissu cancéreux dans la prostate, est fortement influencée par l'anatomie de la prostate et des structures environnantes. Les faisceaux neurovasculaires jouant un rôle crucial dans la fonction érectile longent le bord postéro-latéral de la prostate. Le rhabdosphincter et les muscles lisses environnants, qui s'étendent du col de la vessie à l'urètre membraneux, jouent un rôle clé dans la continence. En règle générale, plus

les tissus traités dans ces zones sont nombreux, plus le risque de séquelles est élevé. Il faut donc être particulièrement prudent dans la zone de l'apex de la prostate pour éviter d'endommager le sphincter externe et le rectum [4, 5]. Il existe un risque accru de fistule entre le rectum et l'urètre, notamment en cas de traitement de sauvetage ou de cancer situé dans la partie postérieure de la prostate [6].

Bien que la thérapie focale vise à obtenir des résultats fonctionnels optimaux, elle soulève des préoccupations oncologiques en raison de la nature multifocale du cancer de la prostate, environ 80% des patients présentant plusieurs foyers cancéreux [7]. Néanmoins, les résultats à long terme, y compris la survie sans métastases, la survie sans progression et la survie spécifique au cancer, sont prometteurs. Les ultrasons focalisés de haute intensité (HIFU) constituent la source d'énergie la plus souvent utilisée et montrent des résultats encourageants en Europe. Avec cette technique, des études font état d'une absence de cellules cancéreuses dans les biopsies chez 81% [8] et 73% [9] des patients après respectivement 12 et 30 mois. En outre, une absence de traitement radical ou systémique, de métastases et de mortalité liée au cancer s'observe chez 99% des patients après un an, 92% après trois ans et 88% après cinq ans [10]. Des résultats positifs similaires sont rapportés dans les études sur la cryothérapie, avec une survie spécifique au cancer et sans métastases de 100% après trois à cinq ans [11-13] et un taux d'absence de traitement systémique à dix ans de 65% [14].

### Effets sur la fonction érectile

Une revue systématique récemment publiée [15] a évalué l'impact de la thérapie focale sur la fonction érectile. Au total, 42 études impliquant 1 317 patients ont été incluses, parmi lesquels 70% ont indiqué une puissance sexuelle satisfaisante avec une capacité de pénétration avant l'intervention. La méthode de traitement la plus utilisée était l'HIFU, employée dans 45% des cas, suivie de la cryoablation (21%). La thérapie photodynamique et l'électroporation irréversible ont été les moins utilisées. Les auteurs ont constaté une diminution de la fonction érectile après trois mois pour toutes les méthodes et tous les schémas de traitement, mais celle-ci s'était le plus souvent rétablie après six et douze mois. Aucune différence significative n'a été constatée entre les différentes sources d'énergie. Les données sont toutefois limitées en raison d'incohérences dans la mesure des résultats, des différents niveaux initiaux de puissance sexuelle, de l'utilisation d'inhibiteurs de la phosphodiesterase 5 comme le sildénafil ou des taux élevés d'abandon pour les questionnaires postopératoires [16, 17].

Par rapport aux traitements standard intéressant l'ensemble de la prostate, la thérapie focale présente un net avantage en termes de préservation de la fonction érectile [18]. Une étude multicentrique a montré un taux de dysfonction érectile de respectivement 65%, 63% et 57% deux ans après une prostatectomie radicale, une radiothérapie ou une curiethérapie [19].

### Effets sur la continence urinaire

Les données disponibles sur l'incontinence urinaire après une thérapie focale proviennent majoritairement d'études monocentriques ou rétrospectives et sont également de qualité limitée. Une méta-analyse [20] a examiné 72 études

portant sur différentes sources d'énergie. Celles-ci ont montré des taux de continence sans protections urinaires de plus de 95% pour toutes les sources d'énergie.

En général, la thérapie focale entraîne une bien meilleure préservation de la continence urinaire. Selon l'étude ProtecT [12], 18% à 24% des patients ont eu besoin de porter des protections après une prostatectomie, contre 9% à 11% dans le groupe de surveillance active et 3% à 8% dans le groupe de radiothérapie. De plus, la radiothérapie provoque souvent des symptômes urinaires irritatifs nécessitant la prise d'alpha-bloquants [22, 23].

La plupart des patients récupèrent naturellement leur continence après une thérapie focale, bien que certains puissent avoir besoin d'une rééducation du plancher pelvien. Aucun cas ayant nécessité un sphincter urinaire artificiel ou d'autres procédures invasives n'a été rapporté [6].

### Conclusion

Les études récentes montrent que les méthodes de thérapie focale telles que l'HIFU pour le cancer de la prostate localisé réduisent significativement le risque de nouvelle dysfonction érectile après le traitement par rapport aux traitements de la glande entière tels que la prostatectomie radicale ou la radiothérapie percutanée, et une incontinence urinaire est rarement observée (protections urinaires non nécessaires dans 95% à 100% des cas, absence de gouttes retardataires dans 83% à 100% des cas). Bien que la fonction érectile diminue initialement après le traitement, la plupart des patients retrouvent leur fonction initiale. Malgré ces avantages, la thérapie focale comporte le risque d'un moins bon contrôle oncologique, ce qui ne semble toutefois pas augmenter la mortalité dans les cancers de la prostate à faible risque, compte tenu de la longue évolution naturelle de la maladie et des traitements de sauvetage disponibles.

### Correspondance

Daniel.Eberli[at]usz.ch



### Références

À consulter sous [www.bullmed.ch](http://www.bullmed.ch) ou via code QR



**Prof. Dr. Dr. méd. Daniel Eberli**

Directeur de la clinique d'urologie de l'Hôpital universitaire de Zurich depuis 2022.



**Dr. méd. Basil Kaufmann**

Spécialiste en urologie, FEBU, travaille depuis 2017 à l'Hôpital universitaire de Zurich. Séjour de recherche actuel à la clinique Mount Sinai, New York.

# Comment réduire le nombre d'animaux de laboratoire?

**Ciseaux génétiques** En Suisse, des dizaines de milliers de personnes souffrent d'affections musculaires. Dans leurs recherches en la matière, les scientifiques utilisent des souris comme organisme modèle. Un nouveau procédé permet de mieux répondre aux exigences éthiques.

Nathalie Zeindler

Contrairement aux reins, aux poumons ou au cœur, remplacer le tissu musculaire endommagé est impossible, ce qui explique les importantes recherches dans ce domaine. En effet, la guérison ou l'amélioration en matière d'atrophie musculaire passe par la réparation de gènes mutés.

Depuis plus de 20 ans, le Prof. Dr Markus A. Rüegg, neurobiologiste et professeur au Biozentrum de l'Université de Bâle, travaille sur les mécanismes pathologiques qui sous-tendent les dystrophies musculaires congénitales [1].

La souris reste à ce jour l'un des principaux organismes modèles pour la recherche. «Les méthodes utilisées jusqu'ici recourent aux cellules souches, avec l'objectif d'éliminer des gènes. Celles-ci sont ensuite implantées chez les rongeurs, afin de transmettre la mutation génétique. Le gène concerné n'est par la suite plus décelable chez leurs descendants», explique Markus A. Rüegg. On recourt aussi aux cultures cellulaires. Mais cela ne permet pas de comprendre tous les processus: «Le muscle est l'un des organes les plus complexes et, dans une culture, les cellules ne sont souvent cultivées qu'en deux dimensions», précise le neurobiologiste. En revanche, cette méthode présente l'avantage qu'on peut directement invalider un gène dans les cellules à l'aide de virus.

## Une méthode plus rapide et plus efficace

Une nouvelle méthode a été développée, non seulement plus rapide et plus efficace que les méthodes classiques, mais qui réduit aussi considérablement le nombre d'animaux de laboratoire requis pour étudier la fonction d'un gène dans les fibres musculaires. La méthode, publiée dans la revue *Nature Communications* [2], se base sur la technologie CRISPR/Cas9, un procédé de biologie moléculaire qui coupe et modifie l'ADN de façon sélective [3]. Cette technologie existe depuis plusieurs années et a été testée lors de premières études cliniques sur des patients séropositifs et cancéreux – mais jusqu'ici jamais en lien avec les fibres musculaires.

La nouvelle approche publiée permet d'invalider directement des gènes dans les fibres musculaires, sans devoir d'abord utiliser des cellules souches. Markus Rüegg: «Nous parlons ici de la souris génétiquement modifiée, qui exprime la protéine Cas9 dans les fibres musculaires. Cette protéine est à même de couper des gènes quand, via la reconnaissance moléculaire des virus, on introduit dans les fibres musculaires ce que l'on nomme des ARN-guides. Le gène n'est invalidé que dans les fibres musculaires, de sorte qu'on peut directement regarder dans le muscle comment il se comporte. Au lieu d'avoir à élever des souris pendant un an, six semaines suffisent pour déchiffrer les processus.» En effet, alors qu'il faut environ 100 animaux de laboratoire sur six à douze mois pour identifier un génotype correct, la nouvelle technologie ne requiert que dix souris. Cette approche permet aussi la mise en œuvre pratique du principe des 3R (remplacement, réduction, raffinement) selon lequel en Suisse, les chercheurs sont tenus de limiter au maximum l'expérimentation animale et de proposer des voies alternatives.

## Objectif: la recherche fondamentale

La question se pose de savoir si l'approche est aussi applicable à l'être humain. Selon Markus A. Rüegg, le danger serait de toucher aussi d'autres gènes, ce qui pourrait induire des mutations potentielles et notamment des leucémies chez l'enfant. D'autres conditions seraient donc requises pour garantir la sécurité de tels traitements.

La Prof. Dre méd. Andrea Klein, cheffe de l'unité de neuropédiatrie de la Clinique de pédiatrie de l'Hôpital de l'Île à Berne et membre du comité de la Schweizerische Muskelgesellschaft, se réjouit de la possibilité d'étudier en parallèle les fonctions de plusieurs gènes sur un modèle de souris, tout en réduisant au minimum les expérimentations animales. Cela permet d'identifier plus vite la partie réellement décisive des voies de signalisation et la façon dont celles-ci interagissent. «La recherche sur les cellules musculaires est



© Natalia Mysik / Dreamstime

Avec le système CRISPR/Cas9, l'ADN peut être coupé et modifié de façon sélective.

nécessaire, même s'il faudra sans doute encore des années pour pouvoir développer les bons médicaments.»

Enfin, la méthode serait aussi transposable à d'autres domaines de recherche. «En théorie, notre processus pourrait également être utilisé dans le domaine des reins. On pourrait aussi imaginer étudier des maladies dans lesquelles les neurones moteurs, les cellules nerveuses du système nerveux central, meurent, ce qui nous permettrait de mieux connaître l'ensemble de l'axe musculaire», explique le Prof. Rüegg.

### Décrypter le processus de vieillissement

On devrait savoir d'ici quelques années si cette nouvelle méthode tient ses promesses. Le fait est que la recherche sur les affections musculaires est extrêmement ardue.

À une époque où les gens vivent de plus en plus vieux, le sujet est d'autant plus crucial qu'on ne sait toujours pas quels mécanismes interviennent dans la perte de la masse musculaire. On sait uniquement qu'un exercice physique régulier peut contribuer à la freiner. Les souris vieillissant elles aussi, il est sans doute utile d'étudier les gènes impliqués dans le processus.

Cette recherche fondamentale sert de base pour la pratique médicale, mais on est encore loin de l'élimination totale

de l'expérimentation animale. Markus A. Rüegg présente donc de plus en plus souvent cette nouvelle approche lors de meetings et Andrea Klein complète: «Il est central d'observer précisément les processus et de les comprendre avant de faire des propositions. C'est l'apport principal de cette méthode.» L'innovation est requise, considérant le nombre important d'affections musculaires évolutives pour lesquelles aucun progrès durable n'a été obtenu.



### Références

À consulter sous [www.bullmed.ch](http://www.bullmed.ch) ou via code QR

# Violence à l'encontre du personnel médical

**Droit** Coups de poing, coups de pied, insultes ou encore menaces font partie du quotidien de nombreux établissements de santé en Suisse. Mais ce que beaucoup de professionnels de la santé ignorent, c'est que les violences ou les menaces exercées à leur encontre peuvent relever de l'infraction «violence ou menace contre les fonctionnaires». Katja Gfeller et Sascha Bättig font le point sur le cadre juridique.

**Katja Gfeller; Sascha Bättig**

L'augmentation des violences verbales et physiques à l'encontre des professionnels de la santé ne semble pas s'être atténuée après la pandémie [1, 2]. Le personnel des services d'urgence et de secours est le plus souvent touché, mais de plus en plus d'incidents sont signalés dans les unités de soins normaux et intensifs. Les auteurs de ces actes ne sont pas seulement les patients mais, selon des analyses internationales, la violence émane également des proches, des amis et des connaissances des patients [3].

Subir des violences verbales ou physiques est une expérience bouleversante pour les personnes concernées. Selon une enquête récemment publiée par six grands établissements de santé de Suisse alémanique, le fait d'avoir subi des violences augmente considérablement la probabilité de changer de poste, voire d'abandonner la profession [4]. Pour éviter cela, de nombreux hôpitaux misent sur des mesures préventives, comme un service de sécurité, des formations à la désescalade, à la gestion des conflits ou des cours d'autodéfense. A contrario, dans de nombreux établissements, les violences et les menaces à l'encontre du personnel hospitalier ne font pas l'objet de poursuites pénales systématiques. Cela s'explique probablement par un manque de connaissances ou tout simplement par un manque de temps dans le quotidien clinique.

## Les professionnels de la santé sont des fonctionnaires

Dans certaines circonstances, les professionnels de la santé sont considérés comme des fonctionnaires au regard du droit pénal. Les violences ou les menaces exercées à leur encontre peuvent relever de l'infraction «violence ou menace contre les fonctionnaires» (art. 285 CP). Il s'agit là d'un délit qualifié qui doit être poursuivi d'office par le ministère public et qui peut entraîner une peine privative de liberté pouvant aller jusqu'à 3 ans ou une amende [5].

Le Tribunal fédéral a admis la qualité de fonctionnaire d'un infirmier du CHUV dans le contexte d'un placement à des fins d'assistance et a condamné le patient fautif pour violence et menace contre les fonctionnaires [6]. La Cour suprême de Zurich a également déjà confirmé plusieurs condamnations en vertu de l'art. 285 CP en cas de violence ou de menaces contre le personnel soignant [7] ou le corps médical [8]. Même si l'art. 285 CP n'a été appliqué jusqu'à

présent dans la jurisprudence qu'en relation avec des placements à des fins d'assistance, nous estimons que l'on peut également parler de violence contre les fonctionnaires lorsque des instructions contraignantes du personnel médical donnent lieu à des réactions violentes ou à des menaces. Tant que l'incident survient dans un hôpital répertorié remplissant une mission de service public, le fait qu'il s'agisse d'un hôpital public ou privé n'a aucune incidence sur la qualité de fonctionnaire. L'art. 285 CP s'applique également en cas de violence ou de menaces à l'encontre de collaboratrices et collaborateurs d'organisations d'urgence.

Indépendamment de la qualité de fonctionnaire, en cas de violence ou de menaces à l'encontre du personnel médical, une responsabilité pénale peut également être engagée pour voies de fait (art. 126 CP), lésions corporelles simples (art. 123 CP) ou menaces (art. 180 CP), ces infractions présupposant toutefois une plainte pénale (c'est-à-dire une dénonciation dans les trois mois) du personnel médical concerné.

*Dans la version en ligne, vous découvrirez les mesures concrètes prises dans un établissement modèle.*



## Références

À consulter sous [www.bullmed.ch](http://www.bullmed.ch) ou via code QR



**Dre iur. Katja Gfeller**

Avocate et postdoctorante, spécialisée en droit de la santé et en droit médical



**Dr méd. Sascha Bättig**

Anesthésiologie, médecine d'urgence





# Le silence est d'or



**Rouven Porz**

Prof. Dr, Éthique médicale et formation médicale postgraduée, Insel Gruppe, Hôpital de l'Île, Berne

Le conflit au Proche-Orient, récemment ravivé, nous tient tous en haleine. Israël est en guerre contre la Palestine. Non, un instant, est-ce vraiment une guerre? Israël a bien été attaqué par une milice terroriste palestinienne. Non, ce n'est pas la bonne expression. Remplaçons milice terroriste par le Hamas. Après tout, c'est bien le Hamas qui a commis cet attentat, non? Je n'en suis plus si sûr, tout cela me dépasse. On peut dire tant de choses erronées par mégarde. Je préfère me taire. Le silence est d'or.

Même à côté de chez nous, en Europe, la guerre en Ukraine sévit depuis près de deux ans. Hem! La guerre? Ce n'est de nouveau pas le bon mot. Qu'est-ce qu'ils disent dans les médias déjà? Ah oui, guerre d'agression, c'est ça! Une guerre d'agression déclenchée par la Russie. On connaît d'emblée le responsable. Là encore, ce n'est pas si simple. Hors de question que je sois à nouveau submergé de courriers de lecteurs me reprochant tout ce que j'aurais mal compris. Je préfère me taire. Le silence est d'or.

J'ai mieux, du positif sur le thème de l'éducation et de la formation. Du positif, vraiment? Oui, j'ai une idée. Chez nous à Berne, près de 400 étudiants commencent chaque année un cursus de médecine humaine et dentaire. N'est-ce pas formidable? Et en plus, les trois quarts sont des étudiantes. Le quart restant, des hommes. Ah mince, on ne se réfère qu'au sexe biologique, qu'au concept binaire «d'homme et de femme». La fluidité de genre n'est pas du tout représentée ici. Il existe bien des étudiants qui sentent varier leur genre et basculent entre identités masculines et féminines. Je ne voudrais pas non plus les offenser par maladresse. Ce serait bête. Là aussi, le silence est d'or.

Voici une autre nouvelle plutôt positive sur la politique mondiale. Dans notre pays voisin, la France, Gabriel Attal vient d'être nommé Premier ministre. À seulement 34 ans, il est le plus jeune Premier ministre de l'histoire récente du pays et est ouvertement homosexuel, si on en croit les articles le concernant. Mais, un instant! Quel est le rapport entre son orientation sexuelle et sa

carrière politique ou son expertise? Il n'y en a aucun, non? Encore une fois, on est sûr de rien. Alors ne vaudrait-il pas mieux éviter le sujet dans ce cas? C'est un point sensible. Une fois encore, le silence est d'or.

## On en a assez des guerres, des drames et de la politique mondiale, abordons plutôt un sujet léger: notre système de santé.

On en a assez des guerres, des drames et de la politique mondiale, abordons plutôt un sujet léger: notre système de santé. Hier, un médecin âgé m'a raconté qu'il avait passé une heure à discuter tout seul d'une décision avec une patiente. Une vraie tragédie. Ils étaient tous les deux tellement émus et épuisés qu'ils se sont pris dans les bras un court instant, tout heureux de la nouvelle solution thérapeutique... Non, ce n'est pas possible! Un seul médecin? Alors que de nos jours, on ne jure que par les équipes, la multiprofessionnalité et l'interprofessionnalité! Et il a pris la patiente dans ses bras? Non et non! Je préfère me taire. Le silence est d'or.

Dernière tentative. Le fort talentueux footballeur allemand Franz Beckenbauer, premier et seul véritable libéro de l'histoire du football allemand, est décédé récemment à l'âge de 78 ans. Un héros. Et puis, on découvre le pot aux roses: des enfants illégitimes, des ambiguïtés dans l'attribution des fonds pour la Coupe du monde 2006. Bon sang, les Allemands en ont des façons de démolir leurs héros. Le silence est d'or.

Le présentateur de télévision vétérinaire Thomas Gottschalk n'a-t-il pas déclaré le jour de son départ qu'il ne voulait plus faire de télévision car on ne pouvait plus y parler «librement», tout étant contrôlé au nom du politiquement correct? Ah, les gens de la télévision doivent sans cesse faire attention à ce qu'ils disent. On est quand même plus libre dans une chronique.

16. bis 18. Februar 2024 / 15. bis 17. März 2024 / 18. Mai 2024  
**BWRT Level 1 Intro Wochenende**

BWRT (Brain Working Recursive Therapy) ist eine neuartige Methode für effiziente Kurzzeitinterventionen bei Trauma, Angstspektrum, Stresserkrankungen.

Ausgangspunkt für Entwicklung des Ansatzes: Libet Experiment mit Aktivierung von Bereitschaftspotential ca. 1/2 Sek. und Aktionspotential ca. 1/3 Sek. vor bewusstem Handlungsimpuls.

Das Vorgehen unterscheidet sich insofern von bisher als wirksam beschriebenen psychotherapeutischen Verfahren, als keine vertiefte inhaltliche Analyse und Besprechung der Problematik oder Management der aktivierten Stressdynamik stattfindet:

Durch die Blockade des zunächst maximal aktivierten Problemnetzwerkes (A) werden die autopilotenhaft vorprogrammierte Vorurteilschablonen des Bewertens, Fühlens und Handelns unterbrochen. Unter Anleitung wird in dieser «Bedeutungslücke» durch den kreativen Teil des Klienten eine «neue gewünschte Ersatz-Erinnerung (B) und «zukünftige Rückblende-Erinnerung (C)» aktiviert und durch eine rasche 6-fache Wiederholung der verschiedenen Phasen (A-C)) wird ein neues Narrativ implementiert trotz Weiterbestehen der faktischen Erinnerung. Die Abnahme des Belastungsgrades (mindestens unter 3/10) wird wiederholt getestet und durch interaktive Verstärkung in allen Modalitäten verankert.

Aufbauend auf dem Verständnis des neuartigen therapeutischen Paradigmas werden schrittweise die technischen Interventionen vorgestellt, als Geber und Empfänger praktisch geübt und erfahren. Die spezifischen technischen Schwierigkeiten werden (unterstützt durch Videobeispiele) detailliert erläutert und im Zusammenführen des ganzen Ablaufs wiederholt angewendet, sodass dank der Selbsterfahrung und des erworbenen Vertrauens die Methode nach 2.5 Tagen Intensivtraining mit Klienten erfolgreich angewendet werden kann.

**Speaker**

- Pascal Wohlgemuth  
 - Dr. med. FMH-Psychiatrie und Psychotherapie

**Sprache**

Deutsch

**Informationen**

<https://bwrt-ch.com/>

**Veranstaltungsort**

BWRT Schweiz, Praxis Blümlisalp

**Veranstalter**

Pascal Wohlgemuth Dr. med.  
 FMH-Psychiatrie und Psychotherapie

**Adresse**

Blümlisalpstrasse 3, 8006  
 Zürich, Schweiz

**Kontakt**

Pascal Wohlgemuth Dr. med.  
 079 546 79 26  
[bwrt.switzerland@gmail.com](mailto:bwrt.switzerland@gmail.com)

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](mailto: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](mailto: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 buddhistischen Psychologie beruhen.

Marriott Hotel Zürich, Neumühlequai 42, 8006 Zürich,  
 Schweiz  
 Kontakt: Nicole Eisele  
[seminare@ikp-therapien.com](mailto: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](mailto:seminare@ikp-therapien.com)

23.02.2024–24.02.2024

**Rheuma trifft Herz – Herz trifft Rheuma**

Tech Gate Vienna, Donau-City-Straße 1, 1220 Wien,  
 Österreich  
 Kontakt: Informationen bei: ÄrzteZentrale Med.Info  
[azmedinfo@media.co.at](mailto:azmedinfo@media.co.at)

24.02.2024

**«Beziehung, die berührt» – 25. Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Psychosomatik in der Inneren Medizin**

Hotel Schloss Wilhelminenberg, Savoyenstraße 2, 1160  
 Wien, Österreich  
 Kontakt: Informationen bei: ÄrzteZentrale Med.Info,  
 Herr Dominik Udolf  
[azmedinfo@media.co.at](mailto:azmedinfo@media.co.at)

16.03.2024 | 08.15–17.45 Uhr

**Doctor On Board – Medizinischer Notfall über den Wolken**

36.000 Fuß über dem Atlantik und der Flugbegleiter macht eine Bordansage: «Eine Passagierin benötigt dringend medizinische Hilfe.» Jetzt zählen wir auf Sie! Mit dem Kurs Doctor On Board bereiten wir Sie optimal auf diese Notfallsituation an Bord vor.

Lufthansa Aviation Training Switzerland AG,  
 Cherstrasse 1, 8152 Opfikon, Schweiz  
 Kontakt: Sebastian Wilker  
[hfa@lat.dlh.de](mailto:hfa@lat.dlh.de)



**Votre manifestation manque?**

Entrez-la sur [events.emh.ch](https://events.emh.ch)

**Votre manifestation doit se démarquer?**

**Nous serons ravis de vous aider.**  
[events@emh.ch](mailto:events@emh.ch)

# Kaloba®

Extrait spécial de *Pelargonium sidoides* EPs® 7630

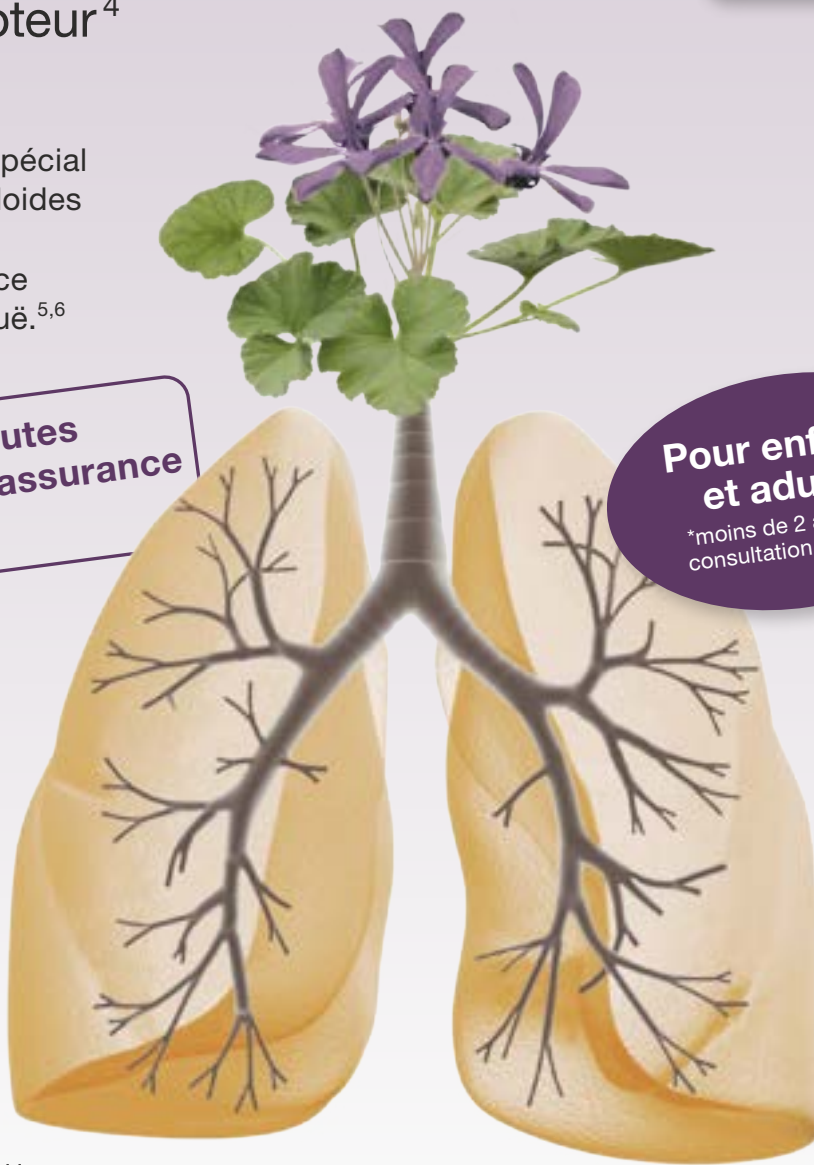
## En cas de bronchite aiguë

- Renforce les défenses antivirales<sup>1,2</sup>
- Prévient la prolifération des bactéries<sup>3</sup>
- Sécrétomoteur<sup>4</sup>

**Kaloba®** – extrait spécial de *Pelargonium sidoides* (EPs® 7630), pour le traitement efficace de la bronchite aiguë.<sup>5,6</sup>

Autorisé par toutes les caisses d'assurance maladie (LS)

Pour enfants\* et adultes  
\*moins de 2 ans après consultation médicale<sup>7</sup>



Également disponible  
**en sirop**  
avec pipette<sup>7</sup>!



**Schwabe  
Pharma AG**  
From Nature. For Health.



**Information professionnelle abrégée Kaloba® solution et Kaloba® sirop:** C: extrait liquide de racines de *Pelargonium sidoides*, 1 g (= 0,975 ml) de liquide contient: 800 mg d'extrait liquide de racines de *Pelargonium sidoides* (1:8-10). Agent d'extraction éthanol 11% (m/m). Sirop: 5 ml de sirop contiennent 14,3 mg d'extrait sec de *Pelargonium sidoides* I: solution: bronchite aiguë. Sirop: traitement symptomatique d'une bronchite aiguë. P: adultes et adolescents à partir de 12 ans: 30 gouttes 3 fois par jour; enfants de 6 à 12 ans: 20 gouttes 3 fois par jour; petits enfants de 2 à 5 ans: 10 gouttes 3 fois par jour. Sirop: adultes et enfants à partir de 12 ans: 7,5 ml 3 fois par jour; enfants de 6 à 12 ans: 5 ml 3 fois par jour. CI: en cas d'hypersensibilité à un des composants du médicament. En cas de maladies hépatiques graves. IA: inconnues jusqu'à présent. On ne peut pas exclure un effet renforcé d'anticoagulants oraux comme phenprocoumon et warfarine en cas de prise simultanée de Kaloba®. G/A: aucune donnée disponible. EI: douleurs gastro-intestinales occasionnelles, rarement de légers saignements de la gencive et du nez. Dans de rares cas, réactions d'hypersensibilité de type immédiat; ce genre de réactions pouvant déjà survenir après la première prise du médicament. Dans de très rares cas, des réactions d'hypersensibilité graves avec gonflement du visage, dyspnée et baisse de tension artérielle peuvent apparaître. P: solution 20 ml, 50 ml. Sirop 120 ml. Cat. de vente: D, remboursé par les caisses d'assurance maladie. 05/2023

1: Papiés J, Emanuel J, Heinemann N, Kulić Ž, Schroeder S, Tenner B, Lehner MD, Seifert G and Müller MA (2021) Antiviral and Immunomodulatory Effects of *Pelargonium sidoides* DC. Root Extract EPs® 7630 in SARS-CoV-2-Infected Human Lung Cells. Front. Pharmacol. 12:757666. doi: 10.3389/fphar.2021.757666. 2: Theisen et al. EPs® 7630, an extract from *Pelargonium sidoides* roots, exerts anti-influenza virus activity in vitro and in vivo. Antiviral Research 2012, 94(2): 147-156. 3: Conrad A et al. Extract of *Pelargonium sidoides* (EPs® 7630) inhibits the interactions of group A-streptococci and host epithelia in vitro. Phytomedicine 14 (2007); Suppl. VI: 52-59. 4: Neugebauer P et al. A new approach to pharmacological effects on ciliary beat frequency in cell cultures – exemplary measurements under *Pelargonium sidoides* extract (EPs® 7630). Phytomedicine 12 (2005); 46-51. 5: Kamin W, Funk P, Seifert G, Zimmermann A, Lehmachner W. EPs® 7630 is effective and safe in children under 6 years with acute respiratory tract infections: clinical studies revisited. Curr Med Res Opin. 2017 [Epub ahead of print] 6: Bereznoi V.V., Heger M., Lehmachner M., Seifert G. Clinical Efficacy and Safety of Liquid *Pelargonium sidoides* Preparation (EPs® 7630) in Children with Acute Non-Streptococcal Tonsillopharyngitis. J Compred Ped. 2016 November; 7(4):e42158 7: Fachinformation Kaloba® www.swissmedicinfo.ch.

Toutes les références peuvent être demandées à Schwabe Pharma.