

# BULLETIN DES MÉDECINS SUISSES & SWISS MEDICAL FORUM

Numéro 7  
14 février 2024

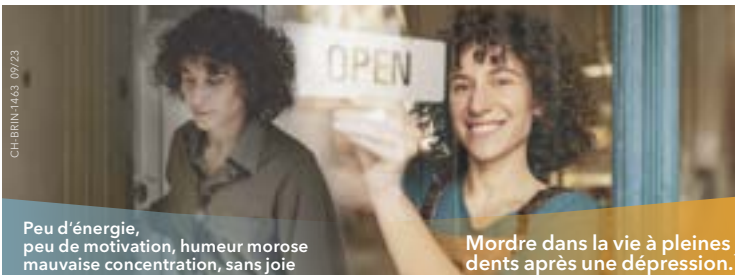
**52 Imagerie médicale**  
L'avenir de l'intervention  
coronarienne percutanée

**10 Médecins de campagne**  
Chronique d'une famille  
au service de la santé

**18 Immunologie**  
Le pouvoir sous-estimé  
des gènes

**34 Off-label use**  
L'impact de la révision  
de l'OAMa et de l'OPAS

Annonce



Peu d'énergie,  
peu de motivation, humeur morose  
mauvaise concentration, sans joie

Mordre dans la vie à pleines  
dents après une dépression.<sup>1</sup>

**Brintellix®**

Agit sur l'humeur, la concentration, la motivation  
et peut aider dans la vie de tous les jours.<sup>1</sup>

Ref. 1. Information professionnelle Brintellix® [www.swissmedinfo.ch](http://www.swissmedinfo.ch)  
Brintellix® Résumé de l'information professionnelle en 3e page de couverture





# Explorer. S'informer.

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



## Profitez de services exclusifs:

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

# Hier, aujourd'hui et demain



**Carole Scheidegger**  
Responsable du contenu  
journalistique  
carole.scheidegger[at]  
emh.ch

Quel est l'avenir de l'intervention coronarienne percutanée? Miklos Rohla et Lorenz Räber se penchent sur cette question dans le Swiss Medical Forum à partir de la page 52. Leur article offre, sur fond de publications actuelles et de nouvelles directives, un aperçu pratique de l'imagerie intracoronaire avec un accent particulier sur la tomographie par cohérence optique. L'article s'adresse en particulier aux internistes et aux cardiologues non invasifs.

## Durant environ un siècle, la famille Baumgartner a tenu un cabinet de médecine générale à Lützelflüh, le village de Gotthelf.

Ma collègue rédactrice, Rahel Gutmann, jette un regard sur le passé dans son article en page 10. Elle brosse le portrait de trois générations de médecins dans le village de Gotthelf, à Lützelflüh. Durant environ un siècle, la famille Baumgartner y a tenu un cabinet de médecine générale. Walter Baumgartner-Bach l'a fondé en 1917 avec son épouse Martha Baumgartner-Bach, qui a été l'une des premières femmes à pouvoir étudier la médecine en Suisse. Leur petite-fille, Annemarie Baumgartner, raconte les appels d'urgence nocturnes, les trajets en «Haflinger», un véhicule tout-terrain, et le fait que ses

grands-parents étaient parfois payés avec un morceau de jambon.

## La révision de l'OAMal/OPAS apporte des changements notoires pour l'ensemble du système de santé suisse.

Dans le cahier de la FMH, un article traite du présent. Le 1<sup>er</sup> janvier 2024, une révision consécutive de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal) et de l'ordonnance du Département fédéral de l'intérieur sur les prestations de l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (OPAS) est entrée en vigueur. Elle apporte des changements notoires pour le corps médical, les patients, les assureurs-maladie et l'industrie pharmaceutique. Les auteurs se penchent sur les conséquences pour le corps médical et mettent l'accent sur l'un des trois domaines de la révision, à savoir l'utilisation de médicaments hors étiquette. Vous en saurez plus à partir de la page 34.

Que vous vous intéressiez au passé, au présent ou à l'avenir, je vous souhaite une bonne lecture.

Annonce



## Wenn Essen krank macht, ist die richtige Therapie essenziell.

Bei Essstörungen wie Anorexie oder Bulimie ist eine ganzheitliche Behandlung zentral.

Essstörungen  
(ab 16 Jahren)

Adipositas

Depressionen,  
Angst, Burnout

Psychotherapie  
Generation 50+

Privat  
Klinik  
Aadorf

*Persönlich  
und diskret.*

Privatklinik Aadorf  
Tel. +41 (0) 52 368 88 88  
info@klinik-aadorf.ch

## Sommaire

3	<b>Éditorial de Carole Scheidegger</b> Hier, aujourd'hui et demain
6	<b>CONTENU ÉDITORIAL</b>
6	<b>Actualités</b>
6	<b>À la page</b> Une affaire symbolique
10	<b>Portrait</b> Plus qu'une famille, une institution
18	<b>Interview</b> Le pouvoir sous-estimé des gènes
23	<b>Forum</b> De nomade à médecin
24	<b>Forum</b> Courrier à la rédaction
26	<b>Communications</b>
78	<b>Savoir</b> Mieux dormir pour protéger sa santé cardiovasculaire
80	<b>Cabinet malin</b> Ce que l'IA peut apprendre de nous
82	<b>Le mot de la fin de Monika Moser</b> Le syndrome de l'imposteur
27	<b>FMH</b>
28	<b>Analyse de la semaine du Comité central</b> De la liberté d'action à la place de la bureaucratie
30	<b>FMH Actuel</b> Registres médicaux: mise à jour des recommandations

34	<b>FMH Actuel</b> Un impact important sur la pratique des médecins
40	<b>Nouvelles du corps médical</b>
42	<b>ORGANISATIONS</b>
42	<b>medswissnet</b> De l'importance des médecins de premier recours
46	<b>Swiss Sport Integrity</b> La DHEA et ses conséquences judiciaires
49	<b>SWISS MEDICAL FORUM</b>
50	<b>Weekly Briefing de Lars C. Huber et Martin Krause</b>
52	<b>Article de revue</b> L'avenir de l'intervention coronarienne percutanée
58	<b>Quel est votre diagnostic?</b> Diagnostic différentiel rare d'une tumeur hépatique
62	<b>Le cas particulier</b> If you hear hoofbeats, think of horses, not zebras
65	<b>SERVICES</b>
65	<b>Offres et demandes d'emploi</b>
72	<b>Séminaires et événements</b>
74	<b>FMH Services</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)

**Announces:** 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: © Medical Works Adobe / Dreamstime

## Zoom sur



10

Plus qu'une famille,  
une institution

**Médecins de campagne** Pendant près d'un siècle, la famille Baumgartner a tenu un cabinet de médecine générale à Lützelflüh, dans l'Emmental. Véritable trait d'union intergénérationnel, Annemarie Baumgartner nous livre un aperçu de la vie de cette famille pas comme les autres.

Rahel Gutmann



18

Le pouvoir sous-estimé  
des gènes

**Immunologie** De récentes découvertes et la pandémie de COVID-19 ont modifié notre compréhension du système immunitaire. L'immunologue Mike Recher, de l'Hôpital universitaire de Bâle, exerçant aussi à l'Université de la cité rhénane, présente l'immunologie du présent et du futur.

Propos recueillis par Adrian Ritter



80

Ce que l'IA peut apprendre  
de nous

**Carrière** Notre profession est en pleine mutation. Outre des changements sociaux tels que la féminisation, la digitalisation s'inscrit au cœur de cette dynamique. Une réflexion régulière sur le fond de notre activité médicale permettrait d'influer de manière ciblée sur les changements à venir.

Christina Venzin

© Eve Kohler; Christian Jaeggi; Luca Bartulovic

Annonce

# Carmenthin®

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



Admis aux caisses (LS)

Douleurs?

Ballonnements?

Sensation de réplétion?



© Oliver Lovey

Natalie Urwyler a été victime de discriminations à l'Hôpital de l'Île. Le jugement bernois marque un tournant pour les femmes médecins en Suisse.

À la page

## Une affaire symbolique

**Égalité** Le dernier jugement dans l'affaire Natalie Urwyler marque la première condamnation d'un employeur en Suisse pour discrimination à la promotion. Une juriste et les coprésidentes de Medical Women Switzerland analysent le jugement.

Simon Maurer

L'affaire fait la une des journaux depuis près de dix ans. En novembre 2014, la médecin anesthésiste Natalie Urwyler portait plainte contre l'Hôpital de l'Île de Berne [1]. Selon ses accusations, ses supérieurs auraient fait preuve de discrimination à son encontre en raison de son sexe alors que la médecin-chef travaillait déjà depuis dix ans à l'hôpital et l'auraient licenciée de façon malintentionnée pendant son congé de maternité [1, 2]. Natalie Urwyler affirme que ses supérieurs auraient ensuite également tenté de détruire sa réputation et sa carrière en s'adressant à des services d'anesthésiologie d'autres hôpitaux et en y colportant qu'elle avait «un caractère difficile» [2].

Depuis, plusieurs tribunaux se sont penchés sur la question, et ont très largement donné raison à la plaignante. Tout d'abord, la Cour suprême bernoise a constaté que le licenciement de Natalie Urwyler était abusif et qu'il s'agissait d'un congé de rétorsion envers une collaboratrice peu ap-

préciée [3]. Cela n'a pourtant pas empêché l'Hôpital de l'Île de suspendre immédiatement la médecin après que le tribunal a ordonné sa réintégration [4, 5]. La semaine dernière, le Tribunal régional de Berne-Mittelland lui a donné raison concernant sa seconde plainte et a constaté que Natalie Urwyler avait été victime de plusieurs formes de discrimination à l'Hôpital de l'Île [6]. D'une part, elle s'est vu refuser une promotion parce qu'elle est une femme. Et d'autre part, elle aurait reçu moins d'argent du pool de médecins privés que ses collègues masculins. Le jugement n'est pas encore définitif. Interrogé par le Bulletin des médecins suisses, l'Hôpital de l'Île a déclaré ne pas vouloir s'exprimer sur cette affaire pour le moment.

### La loi sur l'égalité porte ses fruits

L'affaire n'est pas close pour autant. «Je pars du principe que des dommages et intérêts vont être réclamés à l'Hôpital de

l'île», déclare Zita Küng, célèbre juriste suisse et militante des droits des femmes. L'affaire montre en outre la voie à d'autres femmes médecins et issues d'autres professions qui sont victimes de discrimination. C'est en effet la première fois qu'un employeur est condamné en Suisse pour discrimination à la promotion. Normalement, dans ce genre de cas, les parties s'entendent sur un accord et l'employeur n'est pas condamné [7].

«Le jugement rendu dans l'affaire Urwyler montre que la loi sur l'égalité n'est plus un tigre de papier inoffensif, mais que les employeurs qui discriminent les femmes peuvent effectivement être poursuivis», explique la juriste Zita Küng. Il est important que les services RH et les médecins occupant des postes de direction se penchent désormais sur la question et apprennent à mettre en œuvre l'égalité dans leur domaine de manière concrète et avérée. Car cela n'a pas été suffisamment fait par le passé – notamment en médecine. En effet, si les femmes représentent 45,7% du corps médical, seuls 15% des postes de direction sont occupés par elles aujourd'hui [8].

Pour les femmes médecins qui se trouvent aujourd'hui dans une situation similaire à celle de Natalie Urwyler il y a dix ans, le jugement de Berne est une bonne nouvelle. La juriste Zita Küng met toutefois en garde: «Cela ne signifie pas que des centaines de femmes médecins discriminées obtiendront gain de cause simplement en portant plainte.» Le problème est qu'une telle action en justice pour discrimination représente un risque financier considérable et la plupart ne peuvent guère s'engager dans cette voie sans soutien. «De mon point de vue, les associations professionnelles ont donc aussi un rôle à jouer. Lasmac et les sociétés de discipline médicale doivent combattre les discriminations comme celles subies par Mme Urwyler par le biais de l'action collective», demande l'ancienne responsable du bureau de l'égalité de la ville de Zurich.

### Une plus grande transparence est nécessaire

L'association des femmes médecins suisses, «Medical Women Switzerland», dont Natalie Urwyler est aujourd'hui elle-même assesseure au comité, est du même avis. Les coprésidentes de l'association, Daniela Zeller et Maki Kashiwagi, écrivent: «La mesure principale qui s'impose désormais est d'accroître la transparence: dans les procédures de sélection pour une promotion, dans les salaires, dans l'attribution des subventions, dans la distribution des fonds du pool et bien plus encore.»

Le jugement bernois marque un tournant pour les femmes médecins victimes de discrimination en Suisse. Un coup d'œil sur les directions de nombreux hôpitaux en Suisse montre toutefois qu'il reste encore beaucoup à faire en matière d'égalité.

### Quoi de neuf?

## Une neurologue préside l'organe scientifique MHS



Prof. Dre méd.  
Barbara  
Tettenborn

**Berne** La Prof. Dre méd. Barbara Tettenborn reprendra à la mi-avril 2024 la présidence de l'organe scientifique de la médecine hautement spécialisée (MHS). Elle en assure la vice-présidence depuis avril 2022. Spécialiste en neurologie FMH, Barbara Tettenborn s'investit en particulier dans la prévention des maladies neurologiques. Depuis 2023, elle est médecin-chef du nouveau centre de médecine préventive neurologique et de neurologie du sport du Bellevue Medical Group à Zurich. Auparavant, elle a occupé pendant 24 ans la fonction de chef de service de neurologie – avec neurophysiologie clinique et médecine du sommeil – de l'Hôpital cantonal de St-Gall. Elle a pris sa retraite fin février 2023.

## Nouveau co-médecin-chef au LUKS Sursee



Dr méd. Gian R.  
Erni

**Sursee** Le Dr méd. Gian R. Erni est le nouveau co-médecin-chef du service des urgences de l'Hôpital cantonal de Lucerne (LUKS) à Sursee. Il y travaille depuis 2022 comme directeur médical du service des urgences. Il a suivi des études de médecine à l'Université de Fribourg et de Zurich. En 2009, il a obtenu le titre de spécialiste en médecine interne générale. De 2009 à 2022, Gian R. Erni a occupé des postes de direction dans des centres d'urgence de différents hôpitaux suisses, le dernier étant celui de co-médecin-chef du centre d'urgence et de médecine interne à la clinique «Linde» à Bienne. Il dispose d'un certificat de capacité en médecine clinique d'urgence et de sauvetage.

## L'Hôpital de Bülach assure les soins gynécologiques



Dre méd.  
Margaret Hüsler

**Bülach** La Dre méd. Margaret Hüsler est la nouvelle médecin-chef de la clinique de gynécologie et d'obstétrique de l'Hôpital de Bülach. Son embauche permet d'assurer les soins gynécologiques dans la région, indique l'hôpital. Margaret Hüsler dispose de titres de spécialisation en «gynécologie et obstétrique opératives» et en «médecine fœto-maternelle». Outre des séjours à l'étranger, aux États-Unis et à Berlin, elle a acquis une vaste expérience de direction dans différents hôpitaux. Elle a notamment été médecin-chef en obstétrique et co-médecin-chef en gynécologie à l'Hôpital de Thurgovie ainsi que médecin-chef de la clinique gynécologique à l'Hôpital de Männedorf.



### Références

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

## Au cœur de la science

## Détection de la SEP plus tôt

**Diagnostic** Des chercheurs de l'École polytechnique fédérale de Zurich (EPFZ) ont développé un procédé d'imagerie par résonance magnétique (IRM), qui permet de diagnostiquer précocement la sclérose en plaques et de mieux la surveiller qu'auparavant. Le procédé reproduit plus précisément les gaines de myéline dans le cerveau, comme le communique l'EPFZ. Contrairement aux IRM standard, qui mesurent surtout les signaux des atomes d'hydrogène dans l'eau de la myéline, le nouveau procédé d'IRM des chercheurs de l'EPFZ calcule directement la teneur en myéline. Pour ce faire, les images IRM du cerveau sont dotées de valeurs numériques indiquant la quantité de myéline présente à un endroit précis par rapport à d'autres zones de l'image. Plus la zone est sombre et plus le chiffre est petit sur l'image, plus les gaines de myéline sont faibles. Pour les prises de vue, les chercheurs ont utilisé un scanner de tête IRM spécialement adapté, qu'ils ont développé au cours des dix dernières années.

[doi.org/10.1126/sciadv.adi0611](https://doi.org/10.1126/sciadv.adi0611)

## Cannabis et santé cardiaque

**Arythmie** Chez les patientes et patients souffrant de douleurs chroniques, la consommation de cannabis médical est associée à un risque accru pour la santé cardiaque. De nouvelles arythmies ont été constatées peu après le début du traitement, comme le montre une étude danoise. L'étude a porté sur 1,88 million de patientes et patients souffrant de douleurs chroniques, ainsi que sur des personnes témoins dont l'âge, le sexe et le diagnostic de douleur étaient comparables et qui suivaient un traitement concomitant par d'autres antalgiques, sans avoir recours au cannabis. Une arythmie est survenue dans les 180 jours chez 0,8% des personnes ayant consommé du cannabis médical et chez 0,4% des témoins. L'utilisation de cannabis médical était donc associée à un risque accru d'arythmie nouvellement apparue dans les 180 jours. En revanche, une association significative avec un syndrome coronarien aigu n'a pas été constatée.

[doi.org/10.1093/eurheartj/ehad834](https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehad834)

## Divers

## Soutien de la Gates Foundation



Alexandra Trkola reçoit des fonds de la Bill & Melinda Gates Foundation.

**Vaccin** Alexandra Trkola, professeure de virologie médicale à l'Université de Zurich (UZH), a reçu 3 millions de dollars américains pour la recherche sur le VIH. Les fonds proviennent de la Bill & Melinda Gates Foundation et doivent être utilisés pour faire avancer le développement d'un vaccin contre le VIH, comme l'a communiqué l'UZH.

En collaboration avec des chercheurs suisses et sud-africains, la Prof. Trkola dirige une étude multinationale visant à explorer une nouvelle approche pour évaluer les vaccins contre le VIH. Le projet consiste en deux études d'immunisation harmonisées, l'une en Suisse et l'autre en Afrique du Sud, pour chacune desquelles 30 participants sont recrutés

dans des groupes démographiques différents de personnes vivant avec le VIH. En collaboration avec ses collègues, Alexandra Trkola examinera une méthode sûre et efficace pour réaliser des tests in vivo avec des vaccins contre le VIH potentiellement préventifs et thérapeutiques, indique l'UZH. L'objectif serait de stimuler la production d'anticorps neutralisants à large spectre en administrant les vaccins à des personnes séropositives dont les virus sont supprimés dans le cadre d'un traitement antirétroviral.

Créée en 2000, la Bill & Melinda Gates Foundation est l'une des plus grandes fondations d'utilité publique au monde.

## Citation de la semaine

«Il faut relativiser les affirmations générales indiquant que quelqu'un a un bon ou un mauvais système immunitaire.»

**Prof. Dr méd. Mike Recher**

L'immunologue s'exprime dans une interview à partir de la page 18.





## Personnalité de la semaine

## Il s'engage pour le climat



Dr méd. Jean Martin

**Environnement** «Je suis en ce moment même à mon bureau jusqu'à tard ce soir.» À 83 ans, après une riche carrière au service de la santé publique en qualité de médecin cantonal vaudois de 1986 à 2003, Jean Martin ne se voit pas déposer la plume: «Les jours ouvrables sont faits pour travailler», glisse-t-il avec un brin d'autodérision.

Loctogénaire, bien connu des lecteurs du BMS depuis 2008, poursuit son chemin, entre écriture et engagement médical, mais cette fois en faveur du climat. Car oui, climat et santé sont intimement liés. Il en est convaincu. C'est aux côtés de sa femme Laurence, membre du comité de l'association Grands-parents pour le climat, que Jean Martin œuvre activement. L'occasion pour lui de souligner que sa prise de conscience écologique a eu lieu à la fin des années 1960, et plus précisément au Pérou, alors qu'il œuvrait dans un hôpital situé en lisière de forêt amazonienne. «Au cours de mes études de médecine à l'Université de Lausanne et d'un stage de six mois aux Hôpitaux de Paris, je ne m'étais pas rendu compte de l'impact de l'environnement et des conditions de vie sur la santé», confie Jean Martin.

C'est aussi l'une des raisons qui l'ont poussé à suivre un Master en santé publique à l'Université de Caroline du Nord

au début des années 1970. Son parcours professionnel l'a ensuite porté entre 1972 et 1973 en Asie du Sud-Est, à la Nouvelle Delhi, où il officia en tant que médecin de l'OMS. Puis à Yaoundé, au Cameroun, de 1974 à 1976, où il dirigea un projet régional de formation en santé publique de l'Université de Caroline du Nord.

Si les thématiques environnementales ne faisaient pas partie des préoccupations majeures à cette époque et si ses nombreuses publications et ouvrages ne comportaient pas de chapitre sur le climat, Jean Martin entretenait néanmoins une relation profonde avec la nature, notamment via des randonnées en montagne et la course à pied.

Aujourd'hui, ses six petits-enfants, la chute dramatique de la biodiversité et les bouleversements climatiques accentuent l'effet d'urgence et accélèrent la prise de mesures concrètes avec l'association Grands-parents pour le climat. «J'aime ce monde, il faut le changer», dit-il. Et pour joindre le geste à la parole, Jean Martin se charge, avec d'autres médecins retraités de l'association, des questions médico-sanitaires. Pour ce faire, il aide d'une part le comité avec son carnet d'adresses, «même s'il vieillit avec son propriétaire», concède-t-il, et apporte d'autre part ses connaissances en matière de santé.

## Repéré



© Pécub

**Exposition itinérante** À quoi ressemblerait, selon vous, l'hôpital idéal? C'est la question posée par l'Hôpital du Valais aux visiteurs du salon Planète Santé en 2019. Dans la foulée, l'artiste Pécub a consigné les propositions dans des dessins. Une sélection de ces œuvres a été présentée dans le cadre de l'exposition itinérante «L'hôpital idéal» dans les hôpitaux valaisans et sera visible à l'Hôpital de Viège jusqu'au 18 février.

# Plus qu'une famille, une institution

**Médecins de campagne** Pendant près d'un siècle, la famille Baumgartner a tenu un cabinet de médecine générale à Lützelflüh, dans l'Emmental. Véritable trait d'union intergénérationnel, Annemarie Baumgartner nous livre un aperçu de la vie de cette famille pas comme les autres.

Rahel Gutmann

Lützelflüh est le village de Gotthelf, mais n'est-il pas aussi celui des Baumgartner? Après tout, trois générations de Baumgartner se sont succédé au cabinet médical de la commune. Ces médecins de campagne vivaient dans la «maison du docteur» à la Gotthelfstrasse 1, s'occupaient de toutes les personnes nécessitant de l'aide et intervenaient jour et nuit. En cas d'urgence, ils se rendaient à cheval, à ski ou en voiture dans les fermes les plus reculées des collines de Lützelflüh.

«Mon père se déplaçait avec son 'Haflinger'», un véhicule tout-terrain léger, souvent utilisé par l'armée, explique Annemarie Baumgartner. Cette femme de 72 ans est la dernière à avoir géré le cabinet de médecine générale à Lützelflüh, à temps plein de 1987 à 2007 puis à temps partiel jusqu'en 2019. Son père aimait dévaler les pentes à toute vitesse, risquant parfois l'accident. En revanche, elle a toujours été «plus prudente». Ces propos lui valent un regard sceptique de son fils Patrick Baumgartner et de sa belle-fille

Serena Tinari. «Une fois, ma jeep s'est cabrée sur une souche d'arbre après une manœuvre d'évitement et un tracteur a dû me tirer d'affaire», avoue-t-elle.

## Commande de livres

Walter Baumgartner-Bach (1887-1978) a écrit plusieurs poèmes, publiés à titre posthume par son fils Albert Baumgartner (1918-2012) en 1980 dans le recueil «Hof mit Brunnen und Kastanienbaum». Quant à lui, il est l'auteur de «Noch sieben Tage», paru en 1987, œuvre consacrée à ses 45 années de pratique de la médecine à Lützelflüh. Ces deux ouvrages sont disponibles à la vente auprès d'Annemarie Baumgartner. Contact: annemariebaumgartner[at]hin.ch

Annemarie Baumgartner (à gauche), Serena Tinari (à droite) et Patrick Baumgartner (debout) dans leur jardin à Berne.





© Eve Kohler

Dans la famille Baumgartner, on parle souvent de médecine.

### Tous sous un même toit

Mère, fils et belle-fille sont assis dans le salon d'Annemarie Baumgartner. Ils vivent tous les trois dans une maison à Berne, composée de deux appartements superposés. Comme dans la «maison du docteur»: alors que les patientes et patients allaient et venaient au rez-de-chaussée, plusieurs générations de Baumgartner se partageaient les trois appartements du dessus.

### Walter Baumgartner-Bach a été le premier à s'installer à Lützelflüh et à y ouvrir un cabinet de médecine générale en 1917.

«C'était une ancienne grande maison de paysan et de charbonnier avec jardin. Quand j'étais plus jeune, mon arrière-grand-père était encore en vie. Il y avait toujours quelqu'un», se souvient Patrick Baumgartner, qui n'a pas suivi les traces de sa mère dans le domaine médical. Enfin, un peu quand même, vu qu'il tient un cabinet de médecine chinoise à Berne et à Trachselwald. Les patients affluent chez lui aussi.

#### «La Russe» et le dentiste

Walter Baumgartner-Bach a été le premier à s'installer à Lützelflüh. Né en 1887, il y a ouvert un cabinet de médecine générale en 1917. Et ce, en collaboration avec son épouse, Martha Baumgartner-Bach, également médecin. Elle a fait partie des premières femmes à pouvoir étudier la médecine en Suisse. La plupart de ses rares camarades d'études étaient

originaires de Russie. D'où son surnom «la Russe», raconte Annemarie Baumgartner.

Dans la pratique, mari et femme travaillaient sur un pied d'égalité. «La grand-mère s'occupait souvent des problèmes féminins», explique Annemarie Baumgartner. Le grand-père, quant à lui, s'occupait de la dentisterie en plus des soins médicaux de base. Être médecin de famille et dentiste à la fois, c'était encore possible à l'époque. Depuis, l'ancien fauteuil de dentiste trône à l'entrée du cabinet de Patrick Baumgartner à Trachselwald.

Le couple Baumgartner-Bach a eu trois enfants: Elisabeth, Carl Albert (dit Albert) et Theres. Albert a suivi l'exemple de ses parents et a repris le cabinet en 1949. Dès l'école primaire, il a su qu'il voulait devenir médecin. C'est ce qu'on peut lire dans l'éloge funèbre de ses funérailles en 2012. Quant à Annemarie Baumgartner, elle se rappelle avoir souhaité devenir médecin en première classe.

Père et fils ont exercé ensemble pendant plusieurs années. «Pour notre famille, c'était clairement positif, car mon père n'a pas dû reprendre totalement les rênes tout de suite. Il a pu y aller progressivement», explique Annemarie Baumgartner. Cela n'évitait pas pour autant les appels d'urgence au moment du repas ou pendant la nuit. «Pour nous, c'était normal. Les gens avaient besoin de nous.» Son père était une véritable figure du village: médecin, mais aussi conseiller municipal et cofondateur des samaritains et du service social. Il a même créé un club d'échecs.

Son épouse et bras droit dans le cabinet, Annemarie Baumgartner-Neuenschwander le soutenait activement. Ce n'est qu'après la naissance du quatrième enfant qu'elle a levé le pied. Albert Baumgartner a alors engagé une personne extérieure et a parfois fait appel à des médecins-as-

sistants, qui en profitaient pour prendre un bol d'air frais à Lützelflüh.

### L'amour du prochain

Quelles ont été, au fil des générations, les motivations de cette famille modèle de médecins? Annemarie Baumgartner explique que sa grand-mère Martha était une humaniste, qui voulait aider les gens à vivre sainement. «Je la comprends parfaitement», poursuit-elle.

Pendant la révolte de 1968, elle n'était tout à coup plus aussi sûre que la médecine était vraiment sa voie: «À l'époque, on se demandait surtout comment changer les choses en mieux.» Mais elle a ensuite compris dans quelle direction aller. Après une année d'études de sociologie et de psychologie, elle s'est tournée vers la médecine, avec un intérêt prononcé pour la psychiatrie. Après ses études et ses années d'assistantat, la spécialiste en médecine interne a travaillé pendant un certain temps au centre psychiatrique de Münsingen et dans un cabinet de psychosomatique. «Cela me fascinait vraiment.» On peut déceler de la nostalgie dans sa voix. Tout compte fait, après 18 ans d'absence, Annemarie Baumgartner a fini par réintégrer «la maison du docteur» à Lützelflüh. «Mon père m'avait une nouvelle fois demandé: 'Tu ne veux pas revenir?' Et après mûre réflexion, je lui ai dit oui.»



Le couple de médecins Walter et Martha Baumgartner-Bach.

### Première généraliste indépendante

Annemarie Baumgartner avait pris soin de préciser: «Si je reviens, tu devras arrêter.» Contrairement à son grand-père et à son père auparavant, elle voulait travailler seule. Du moins dans un premier temps. «Je sentais que ce serait difficile si j'arrivais au cabinet en tant que femme, alors que mon père exerçait encore. Les patients auraient voulu le voir lui.» À 69 ans, Albert Baumgartner a donc pris sa retraite et a écrit un livre à ce sujet, intitulé «Noch sieben Tage». L'écriture est aussi une tradition familiale: son père Walter avait rédigé un recueil de poèmes (voir encadré).

La retraite d'Albert Baumgartner n'a cependant pas duré longtemps. Au bout de deux ans, Annemarie lui a demandé de revenir. Entre-temps, le cabinet connaissait un franc succès. Même si certains patients – des hommes de plus de 50 ans pour la plupart – l'avaient quitté au moment de la relève par cette jeune médecin de 37 ans, première femme à la tête d'un cabinet de médecine générale indépendant dans l'Emmental. «Ils sont allés dans un autre village, chez un médecin de sexe masculin», déclare-t-elle sèchement. Malgré tout, le travail ne manquait pas.

### Martha Baumgartner-Bach compte parmi les premières femmes à avoir étudié la médecine en Suisse.

Le père est revenu avec joie. «Elle me fait prendre l'air», disait-il à sa famille et à ses patients lorsqu'il la remplaçait pendant ses congés. Sa présence était un réel atout. «J'ai beaucoup appris de lui, de ses bons conseils», ajoute Annemarie Baumgartner.

### Fertilité et tests de laboratoire

Elle explique, par exemple, que les médicaments fabriqués selon les anciennes recettes étaient parfois plus efficaces que certains médicaments plus récents. Aujourd'hui encore, elle fait fabriquer sa propre pommade à la pharmacie, raconte sa belle-fille Serena Tinari, en allant chercher un petit pot de «pommade Ulca». Elle ne l'utilise plus que dans le cercle



La «maison du docteur» à Lützelflüh servait de cabinet médical.



Walter Baumgartner-Bach (à gauche), son fils Albert et son épouse Annemarie Baumgartner-Neuenschwander.

familial et amical. Annemarie Baumgartner a trouvé d'autres produits intéressants, mais ne les a pas adoptés dans sa pratique. «Mon père pratiquait avec succès des injections contre la stérilité chez les femmes. Elles semblaient efficaces mais je ne savais pas vraiment pourquoi.»

Son père s'intéressait aux progrès de la médecine, en particulier concernant les diagnostics. Autrefois, on goûtait l'urine et on obtenait des indications sur certaines maladies en fonction du goût ou de l'odeur, explique Annemarie. Très tôt, son père avait créé un petit laboratoire et acquis un appareil de radioscopie. Évidemment, il ne pouvait pas rivaliser avec les tests sanguins modernes analysés en laboratoire ou les méthodes radiologiques avancées, qu'il considérait comme de précieux outils.

«Si son état physique ne s'était pas dégradé, il aurait pu exercer jusqu'à la fin», affirme Annemarie Baumgartner avec conviction. C'est elle qui l'a soigné et accompagné dans les moments qui ont précédé son décès le 1<sup>er</sup> mars 2012. Elle était alors la dernière Baumgartner à pratiquer la médecine dans le village.

#### «Je ne suis qu'une institution»

D'après Annemarie Baumgartner, ce n'était pas un problème d'exercer dans un endroit où tout le monde la connaissait. Étant donné son appartenance à la famille de médecins et son statut professionnel, elle n'avait toutefois aucune relation d'ordre privé dans le village. Comme exemple représentatif, elle nous confie l'anecdote suivante: «Un jour, j'étais dans le magasin et un patient s'est approché de moi. Tout joyeux, il m'a montré la guérison de son doigt. Mais moi, j'étais déçue,

car je me suis rendue compte que je n'existais pas en tant que personne, mais en tant qu'institution.» Elle n'aimait pas faire ses courses au village et préférait passer son temps libre, quand elle en avait, dans les montagnes.

### Les appels d'urgence étaient le lot quotidien de cette famille de médecins. «C'était normal», confie Annemarie Baumgartner.

En même temps, le fait de connaître les patientes et patients ainsi que leur environnement était utile pour le travail. «Je connaissais les gens sur le plan psychique, somatique et social», explique Annemarie Baumgartner. Et, chaque jour, elle faisait des visites à domicile. Une tâche pas toujours facile dans la vaste région de Lützelflüh. «Quand quelqu'un que je ne connaissais pas m'appelait pour une urgence, je demandais toujours le chemin exact à emprunter.» Quelle ferme se trouve sur le chemin? À quel arbre faut-il tourner? Elle est convaincue que pour une personne de l'extérieur, cela aurait été quasiment impossible. Et elle rappelle qu'à l'époque, tous les foyers n'étaient pas encore équipés du téléphone, qu'il n'y avait ni portable ni GPS. Munie d'une carte à l'échelle 1:25 000, elle se mettait en route dans sa jeep. Selon la saison, elle emportait parfois son sac à dos, ses skis de randonnée et ses peaux de phoque dans le coffre. Mais avec le temps, les visites à domicile et les urgences se sont raréfiées. D'une part,



© Eve Kohler

Serena Tinari n'a certes jamais vécu dans la «maison du docteur» à Lützelflüh, mais elle y était souvent invitée.

les numéros d'urgence 144 et 1414 ont été mis en place, d'autre part, les gens sont devenus plus mobiles.

### Travailler sans compter

Connaître les gens était utile à bien des égards, notamment pour les finances. Annemarie Baumgartner raconte avoir travaillé toute sa vie sans compter ses heures. Si un patient ou une patiente avait besoin de parler, il ou elle pouvait rester un peu plus longtemps dans le cabinet. «Je refusais de présenter des factures exorbitantes aux gens de la campagne.»

### «Je m'inscris dans la tradition familiale et son idée de base, mais sous un autre angle», déclare Patrick Baumgartner.

Elle se souvient de ses grands-parents qui parfois déchiraient les factures, quand ils savaient qu'un patient n'avait pas les moyens de payer, ou qui acceptaient un morceau de jambon en guise de rémunération. Et avant la création de la caisse-maladie obligatoire, nombreux sont ceux qui donnaient une pièce de cinq francs à son père pour la consultation.

À un âge avancé, Albert Baumgartner lui avait raconté l'introduction de la caisse-maladie obligatoire et s'était énervé à propos des décomptes, confie Serena Tinari. «Papa était très critique.» La journaliste est arrivée en Suisse en 2000, après avoir rencontré Patrick Baumgartner à Rome. Elle n'a certes jamais vécu dans la «maison du docteur» à Lützelflüh,

mais elle y était souvent invitée. Ce n'est pas vraiment par hasard qu'elle a, à l'époque, commencé à se spécialiser dans la recherche médicale. «Nous t'avons transmis le virus», lance sa belle-mère avec malice.

### La tradition familiale

Dans la famille Baumgartner, on aime discuter. De l'économisation de la médecine, des directives, de l'utilité des check-up ou de la spécialisation toujours plus importante. Annemarie Baumgartner n'a rien contre le progrès. Mais il faut peser les avantages, les inconvénients et les besoins, estime-t-elle.



© Eve Kohler

C'est par le sport que Patrick Baumgartner a découvert la médecine chinoise.



Ces instruments ont été utilisés dans les cabinets médicaux de la famille Baumgartner durant la première moitié du XX<sup>e</sup> siècle.

Patrick Baumgartner est «extrêmement» heureux de ne pas exercer comme médecin, lance-t-il en regardant les évolutions du secteur de la santé. Après sa scolarité à Lützelflüh et Hasliberg, il a commencé à suivre une formation d'enseignant à Berne, mais s'est vite rendu compte que c'était trop théorique pour lui. Il était attiré par l'agriculture et les alpages. En parallèle, il s'intéressait aux arts martiaux asiatiques et est devenu vice-champion du monde de kickboxing en 2011. C'est par le sport qu'il a découvert la médecine chinoise. Dans son cabinet, il utilise principalement des techniques de massage et d'acupuncture. «Je m'inscris dans la tradition familiale et son idée de base, mais sous un autre angle», explique cet homme de 53 ans.

En effet, son grand-père et sa mère pratiquaient déjà l'acupuncture sur leurs patientes et patients. Annemarie Baumgartner précise qu'ils ne connaissaient pas vraiment la philosophie sous-jacente. Elle effectuait les traitements à l'aide d'un livre, d'une «traduction» pour la médecine conventionnelle.

Les choses ont changé depuis. Annemarie s'est rendue plusieurs fois en Chine et propose des cours de qigong depuis de nombreuses années. Mère et fils ont même partagé un moment les locaux du cabinet. Et ce, juste après qu'Annemarie a cédé la majeure partie de son affaire à un couple de médecins en 2007. Outre l'exercice de la médecine à 30% dans son cabinet, elle a entrepris une nouvelle activité à 57 ans avec la mise en place de soins psychiatriques pour personnes âgées dans l'Emmental.

Des années durant, elle a beaucoup travaillé dans son cabinet, peut-être même trop. Refuser un patient ne lui est jamais venu à l'idée. Malgré la charge de travail, les appels nocturnes et sa situation dans le village, la dernière «Dr Baumgartner» reste aujourd'hui convaincue, en se remémorant son temps à Lützelflüh, que «c'était la meilleure manière de pratiquer la médecine».





# 2287 MOMENTS EXTRA

AVEC LE MEILLEUR RACONTEUR DE BLAGUES AU MONDE

GRÂCE À LA PROTECTION CONTRE LES AVC  
PAR XARELTO<sup>®1,2</sup>

**Patients atteints de fibrillation auriculaire non valvulaire<sup>1</sup>**  
Prévention des AVC et prophylaxie des embolies systémiques en cas de fibrillation auriculaire non valvulaire<sup>1</sup>

## #Bénéfice pour vos patients<sup>1</sup>

 **Xarelto<sup>®</sup>**  
rivaroxaban

AVC = accidents vasculaires cérébraux

**Références:** 1. Information professionnelle Xarelto<sup>®</sup> Suisse, www.swissmedinfo.ch. 2. Fox et al. Prevention of stroke and systemic embolism with rivaroxaban compared with warfarin in patients with non-valvular atrial fibrillation and moderate renal impairment. European Heart Journal (2011) 32, 2387–2394. / Les publications et données référencées sont mises à disposition sur demande.

**Information professionnelle abrégée de Xarelto<sup>®</sup> (rivaroxaban):** Inhibiteur direct du facteur Xa C. Comprimés pelliculés contenant 10, 15 et 20 mg de rivaroxaban. **I:** Adultes: a) Prévention des thromboses lors d'interventions orthopédiques majeures des extrémités inférieures, p.ex. pour une prothèse de hanche ou de genou. b) Traitement de l'embolie pulmonaire (EP) et de la thrombose veineuse profonde (TVP) ainsi que prévention des récurrences de TVP et d'EP c) Prévention des accidents vasculaires cérébraux et des embolies systémiques en présence d'une fibrillation auriculaire non valvulaire; Population pédiatrique (poids corporel  $\geq$  30kg): traitement des thromboembolies veineuses (TEV) après une anticoagulation parentérale initiale pour la prévention des récurrences de TEV. **P:** Adultes: a) 10mg 1x par jour. b) 15mg 2x par jour les 21 premiers jours, puis 20mg 1x par jour; à partir du mois 7: 20mg 1x par jour ou 10mg 1x par jour selon une évaluation individuelle des avantages et des risques c) 20mg 1x par jour; en cas de ClCr de 15 à 49 ml/min: 15mg 1x par jour. Prise de la dose de 15 ou de 20 mg pendant un repas. Population pédiatrique: si le poids corporel est  $\geq$ 30kg jusqu'à <50kg: 15mg 1x par jour. Si le poids corporel est  $\geq$ 50kg: 20mg 1x par jour. **CI:** Hypersensibilité aux composants, endocardite bactérienne aiguë, hémorragies cliniquement significatives, hépatopathie/insuffisance hépatique (IH) sévère avec risque hémorragique significativement accru, légère IH avec coagulopathie, insuffisance rénale (IR) nécessitant une dialyse, ulcère gastro-intestinal aigu ou maladie GI ulcéreuse, grossesse, allaitement. **MG:** Co-médication (voir «IA»), prothèse valvulaire, administration simultanée de médicaments influençant l'hémostase. **Pr:** IR (ClCr de 15 à 29 ml/min) ou IR en association avec des médicaments faisant augmenter le taux plasmatique de Xarelto<sup>®</sup>, risque accru d'hémorragies incontrôlées et de diathèse hémorragique, AVC hémorragique récent, hémorragie intracrânienne ou intracérébrale, ulcère GI/maladie GI ulcéreuse récents, hypertension sévère non contrôlée, rétinopathie vasculaire, anomalies vasculaires intracrâniennes ou intracérébrales, chirurgies cérébrales, spinales ou oculaires récentes, antécédents de bronchiectasie ou d'hémorragie pulmonaire, ponction et anesthésie rachidiennes, l'administration doit être arrêtée au moins 24 h avant le procédé invasif/l'intervention chirurgicale, SAPL, des cas isolés d'agranulocytose et de SJS ont été rapportés. **El fréquents:** Hémorragies, anémie, vertige, céphalées, saignements oculaires, hématomes, épistaxis, hémoptysie, nausées, constipation, diarrhées, taux accru d'enzymes hépatiques (ASAT, ALAT), prurit, éruption cutanée, douleurs des extrémités, fièvre, œdème périphérique, asthénie. **IA:** Inhibiteurs puissants du CYP 3A4 et de la P-gp (ritonavir, kétoconazole), inducteurs puissants du CYP 3A4 et de la P-gp (rifampicine, carbamazépine, phénobarbital, millepertuis), médicaments influençant l'hémostase. **Prés.:** 10 et 30 cpr. pell. de 10 mg; 14, 28 et 98 cpr. pell. de 15 et de 20 mg. (b), admis aux caisses (limitation à prendre en considération). Pour de plus amples informations: voir www.swissmedinfo.ch. Distribution: Bayer (Schweiz) AG, Uetlibergstr. 132, 8045 Zurich. MA-M\_RIV-CH-0265-1\_10.2022

# Le pouvoir sous-estimé des gènes

**Immunologie** De récentes découvertes et la pandémie de COVID-19 ont modifié notre compréhension du système immunitaire. L'immunologue Mike Recher, de l'Hôpital universitaire de Bâle, exerçant aussi à l'Université de la cité rhénane, présente l'immunologie du présent et du futur.

Propos recueillis par Adrian Ritter

**Mike Recher, vos recherches se concentrent sur le lien entre la génétique et le système immunitaire. Vous soignez avant tout, dans votre service, des personnes souffrant de déficience immunitaire et de maladies auto-immunes. S'agit-il de personnes dont le système immunitaire réagit trop faiblement, ou trop fort?**

C'est ce qu'on pensait avant. Il est désormais possible de présenter les choses de façon plus nuancée. Actuellement, on parle de dérèglement immunitaire, c'est-à-dire de troubles du fonctionnement du système immunitaire. Les causes peuvent être génétiques ou autres et peuvent se manifester de deux manières: premièrement, sous la forme d'un problème d'immunocompétence, c'est-à-dire de défense contre les agents pathogènes. Deuxièmement, sous la forme d'un manque de tolérance immunitaire ou d'une auto-immunité - le système immunitaire ne fait pas suffisamment la différence entre ce qui lui est propre et ce qui lui est étranger et s'attaque donc aux structures de l'organisme.

**«Il faut relativiser les affirmations générales indiquant que quelqu'un a un bon ou un mauvais système immunitaire.»**

**Cela n'a rien à voir avec la force ou la faiblesse du système immunitaire?**

Non. En fait, une maladie auto-immune est également une faiblesse du système immunitaire, dans laquelle on constate justement une perturbation de la tolérance immunitaire. Mais surtout, ce n'est pas l'un ou l'autre. L'auto-immunité n'est pas le contraire de la faiblesse immunitaire. Beaucoup de personnes concernées ont en même temps des problèmes de

compétence et de tolérance immunitaires [1].

**Quelles sont les conséquences pratiques de cette nouvelle compréhension?**

Pour nous, immunologues, cela signifie que nous devons avant tout chercher les origines moléculaires de ce dérèglement immunitaire. Quand nous les trouvons, nous parvenons souvent à supprimer les deux types de conséquences. Sachant que la recherche des causes a aussi beaucoup changé.

**Mais encore?**

Jusqu'à présent, les maladies immunitaires étaient surtout définies sur la base de symptômes cliniques. Désormais, ce sont essentiellement les perturbations des mécanismes biomoléculaires qui nous intéressent. C'est plus important que le nom d'une maladie.

**Que sait-on aujourd'hui des causes génétiques des immunodéficiences?**

L'être humain compte environ 20 000 gènes, parmi lesquels près de 4000 sont importants pour notre système immunitaire. Nous constatons de plus en plus la portée du marquage génétique de notre système immunitaire. Dans les années 1950, nous avons découvert la première immunodéficience d'origine génétique. Nous en connaissons maintenant près de 600 formes et en trouvons de nouvelles tous les jours. Nos recherches suggèrent que la plupart des personnes ont vécu, à la naissance, jusqu'à dix mutations importantes pour le système immunitaire [2].

**La majorité des personnes présente donc une immunodéficience?**

Une mutation importante pour l'immunité n'implique pas que nous soyons pour autant tous malades, ni que nous le

Le Prof. Dr méd. Mike Recher est médecin adjoint et directeur adjoint du centre universitaire d'immunologie de l'Hôpital universitaire de Bâle. Il dirige aussi, à l'Université de Bâle, un groupe de recherche sur les immunodéficiences congénitales. L'objectif de son équipe est d'identifier de nouvelles maladies grâce au génie biomoléculaire et de mettre au point de nouveaux diagnostics ainsi que des traitements immunitaires ciblés.





«Les immunodéficiences restent insuffisamment diagnostiquées de nos jours», affirme Mike Recher.

devenions. Mais cela montre que chaque individu a ses faiblesses. C'est pourquoi certains souffrent régulièrement d'infections. D'autres pourront attendre 80 ans avant d'être confrontés à un agent pathogène mettant à mal le système immunitaire et déclenchant une pneumonie. Mais il faut relativiser les affirmations générales indiquant que quelqu'un a un bon ou un mauvais système immunitaire. Quand une personne souffrait régulièrement d'infections, on disait qu'elle était fragile. On y regarde maintenant de plus près. Par exemple, pourquoi quelqu'un est systématiquement sujet aux infections bactériennes, et presque jamais aux infections virales? Quelles particularités du système immunitaire restent à découvrir?

**Existe-t-il des estimations du nombre de personnes souffrant réellement d'immunodéficiences ou présentant ce risque?**

Les études actuelles montrent qu'environ 10% de la population souffre d'une maladie auto-immune [3]. Au total, on estime que 20% présentent un trouble de la régulation immunitaire. Pas seulement une mutation génétique, mais

une réelle limitation de la compétence ou de la tolérance immunitaire.

**Cette tendance est-elle à la hausse?**

Pas vraiment. Certaines maladies auto-immunes sont de plus en plus fréquentes, d'autres non. Pourquoi, on ne le sait pas. Une chose est claire: les immunodéficiences restent insuffisamment diagnostiquées de nos jours.

**Dans quelle mesure peut-on aider les personnes touchées?**

Les possibilités de les aider ne cessent de se développer. L'évolution va dans le sens de la médecine personnalisée. C'est d'autant plus important qu'en immunologie, nous avons presque exclusivement affaire à des maladies rares, aux caractéristiques très personnelles. C'est pourquoi le diagnostic génétique et biomoléculaire est de plus en plus utilisé. Plus nous précisons les causes des troubles, plus nous pouvons proposer tôt un traitement ciblé et personnalisé. La disponibilité de ce type de traitement s'améliore.

**En quoi cela consiste?**



© Christian Jaeggi

Avant, la cortisone était le premier choix thérapeutique en immunologie. Elle est importante, notamment comme traitement de première intention. Mais étant donné ses effets indésirables, nous souhaitons la remplacer dès que possible par un deuxième traitement. Les médicaments biologiques sont actuellement les plus utilisés, en tant qu'anticorps thérapeutiques ciblés. Il existe également des médicaments récents, à petites molécules, sous forme de comprimés, qui ont un effet ciblé. Les immunothérapies cellulaires modernes, parfois utilisées aussi pour les cancers au stade avancé, sont très chères et très lourdes. La proportion de patientes et de patients recevant un traitement ciblé est encore inférieure à 50% aujourd'hui, mais elle augmente régulièrement.

**L'évolution actuelle des traitements implique-t-elle qu'on cherche désormais à renforcer le système immunitaire plutôt qu'à lutter contre les agents pathogènes?**

Les traitements de renforcement du système immunitaire ont effectivement connu un essor important. C'est notamment lié au changement de paradigme «du pathogène à l'hôte» [4]. La question reste la suivante: pourquoi les personnes infec-

tées par le même agent pathogène ne tombent-elles pas toutes malades? Nous savons désormais que ce n'est pas la dose infectieuse qui compte, mais avant tout le système immunitaire de l'individu. Il est donc au moins aussi important de renforcer ce système immunitaire que de lutter contre

**«Nos recherches suggèrent que la plupart des personnes ont vécu, à la naissance, jusqu'à dix mutations.»**

un agent pathogène. Les vaccins peuvent par exemple améliorer l'immunité et, en cas de manque d'anticorps, soutenir un traitement substitutif par immunoglobulines.

**Qu'est-ce que la thérapie génique? Va-t-elle devenir le secret de la guérison?**

En théorie, la thérapie génique est pensée pour soigner les immunodéficiences congénitales. Elle est déjà utilisée, par-



© Christian Jaeggi

Beaucoup d'immunodéficiences congénitales ne se révèlent qu'à l'âge adulte.

fois avec succès. Mais elle est très lourde et présente des risques. Nous devons modifier génétiquement les cellules souches et perturber celles qui existaient précédemment, afin de faire de la place pour les cellules souches «réparées». Dans certaines maladies, il sera même plus simple à l'avenir d'influencer les mécanismes du système immunitaire avec des thérapies les plus ciblées possible, sans supprimer le trouble génétique d'origine. Et nous ne connaissons pas toujours les mutations qui ont généré la maladie.

#### Quelles autres évolutions constatez-vous en immunologie?

Je pense qu'avec la bio-informatique et l'intelligence artificielle, la recherche va permettre de mieux comprendre et simuler le système immunitaire. Le vaste séquençage génétique va devenir standard dans quelques années. Grâce à l'évolution des connaissances sur les mécanismes infectieux et immunitaires, nous allons pouvoir traiter de nombreux troubles de façon plus ciblée. Et aussi, en cas de pandémie, protéger plus particulièrement les personnes vulnérables. J'espère que nous parviendrons à répondre à des questions essentielles de l'immunologie qui restent encore sans réponse.

#### Lesquelles?

Il s'agit fondamentalement de mieux comprendre les interactions très complexes des différents facteurs du système immunitaire. Les cellules immunitaires ont leur propre métabolisme, que l'on peut influencer avec les médicaments, ce qui permet d'améliorer les défenses immunitaires. Il existe aussi des cellules immunitaires régulatrices, qui peuvent en principe stopper les processus auto-immunes. Comment pouvons-nous agir sur ces cellules? Autre question intéressante: pourquoi des mutations identiques de gènes importants pour l'immunité déclenchent-elles des maladies différentes, ou se traduisent-elles de façon variable suivant les

personnes, voire ne génèrent-elles aucune maladie? Dans ce qu'on appelle la pénétrance, en génétique, les facteurs comme l'épigénétique ou le mode de vie jouent un rôle important, qu'il nous faut mieux comprendre.

#### Vous avez mentionné les pandémies. À quel point la pandémie générée par le coronavirus a-t-elle laissé des traces en immunologie?

L'essentiel a surtout été qu'avec le COVID-19, nous avons découvert un nouveau mécanisme important de déclenchement des maladies. Chez les personnes hospitalisées à cause du COVID-19, notamment celles de plus de 60 ans, nous avons trouvé des anticorps contre les propres neurotransmetteurs du système immunitaire [5]. Par conséquent, ces personnes ne pouvaient pas lutter assez tôt contre le virus. Une fois les agents pathogènes diffusés dans tout l'organisme, le système immunitaire réagissait tardivement, ce qui débouchait sur des pneumonies. Près d'un cinquième des pneumonies du COVID-19 sont dues à ce mécanisme. Le fait que quelqu'un développe ce type d'anticorps était bien plus déterminant pour l'évolution de la maladie que la surcharge pondérale ou l'âge. Sur la base de cette découverte, les équipes de recherche ont étudié ce mécanisme pour d'autres maladies.

#### Cela a-t-il donné des résultats?

Oui. Nous observons les mêmes effets en cas d'évolution grave de la grippe et de maladies liées au virus de la fièvre du Nil occidental [6, 7]. Les découvertes faites pendant la pandémie ont donc permis de révéler un nouveau groupe de troubles immunitaires. Le problème est que les tests de mesure de ces anticorps, qui génèrent une immunodéficiência, ne font pas encore partie de la routine clinique et restent cantonnés à la recherche. Espérons que cela va bientôt changer.

#### Au vu des dernières découvertes dans le domaine de l'immunologie, à quoi doivent veiller les médecins pour leur patientèle?

Les infections des voies respiratoires, comme les bronchites, les sinusites ou les pneumonies, sont typiques des immunodéficiences congénitales. Je recommande aux personnes souffrant d'infections à répétition, ou de maladies persistantes, de mesurer l'état de leurs défenses immunitaires. Cela ne coûte pas très cher. Pourtant, c'est rarement fait. Or un traitement substitutif par immunoglobulines permet aux patientes et aux patients présentant un manque d'anticorps d'améliorer beaucoup leur qualité de vie. Il ne faut surtout pas oublier que beaucoup d'immunodéficiences congénitales ne se révèlent qu'à l'âge adulte. En cas de tendance aux infections ou à l'auto-immunité, cela vaut la peine d'examiner les choses de plus près, car les solutions thérapeutiques ne cessent de s'améliorer. De nos jours, l'immunologie peut de plus en plus souvent proposer des traitements pour les maladies non immunitaires, les migraines ou le cancer par exemple. Le système immunitaire influence tous les organes.



#### Références

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



Originaire d'un petit village isolé au Népal, Yungdrung Magli a réalisé son rêve de devenir médecin.

## De nomade à médecin

**Récit** En 2012, le Dr méd. Hans Marty s'est rendu au Népal pour aider Yungdrung Magli, une infirmière en charge d'un dispensaire isolé qui désirait devenir médecin. Après un long chemin semé d'embûches, elle est parvenue à ses fins en 2021. Nous vous présentons une traduction libre de son récit, en version abrégée.

**J**e viens de Rigmo, un petit village à 3700 mètres d'altitude dans le district tibétain du Dolpo. Les habitants (Dolpopas) sont nomades et vivent de l'agriculture et du commerce. Comme l'enseignement scolaire était quasi inexistant quand j'étais enfant, mon père m'a envoyée à l'âge de dix ans en internat dans une ONG française. Pour y aller, il nous a fallu marcher pendant quatre jours et franchir deux cols de plus de 5000 mètres. Chaque été pendant quatre ans, j'ai fréquenté cette école. En plus des cours et du mal du pays, je devais aider ma famille d'accueil à cultiver la terre. À l'âge de 14 ans, j'ai pu intégrer un internat à Katmandou, où j'ai rapidement obtenu de bons résultats. Peu après, j'ai appris que ma sœur était décédée d'une hémorragie postnatale, n'ayant pas été traitée correctement après plusieurs jours de marche vers le seul hôpital du Dolpo. C'était comme une évidence, je devais apprendre un métier pour venir en aide aux femmes du Dolpo.

### Infirmière, puis médecin

Les études de médecine étant trop chères, j'ai été l'une des premières du Dolpo à terminer une formation d'infirmière de trois ans en 2010. Je suis retournée dans mon village natal et j'ai aménagé par mes propres soins et sans rémunération un petit local destiné au traitement de la population locale. Ce n'est que la deuxième année que j'ai reçu un salaire de l'ONG Dolpo Tulkhu Charitable Foundation (DTCF). Cette organisation gère chaque hiver une clinique pour les Dolpopas à Katmandou. J'y avais déjà donné un coup de main pendant ma formation. Par l'intermédiaire de la DTCF, le médecin suisse Hans Marty est arrivé à Rigmo en 2012. Il m'a aidée à soigner les patients et a encouragé mon projet de devenir médecin. J'ai d'abord suivi la formation complémentaire de «Female Community Health Volunteer». Puis j'ai traversé tout le Dolpo en 100 jours à pied, accompagnée d'un porteur, pour instruire la population sur

les soins à apporter aux mères et aux enfants. Nous voyagions souvent de tout temps, sous la pluie, la neige ou un soleil de plomb, et franchissions des rivières tumultueuses ou des cols élevés.

### L'espoir comme moteur

Après trois ans et demi comme infirmière, j'ai réalisé que mes connaissances ne suffisaient pas pour traiter tous les problèmes de santé de la population. J'ai donc décidé de faire des études de médecine après l'obtention d'un prêt de la DTCF. Au préalable, j'ai dû suivre une préparation de deux ans dans une école supérieure de Katmandou. Puis il a fallu trouver une place dans une faculté de médecine népalaise et réussir l'examen d'entrée. Début 2016, j'ai enfin pu commencer mes études de médecine à Pokhara, qui ont duré cinq ans et demi. Malgré les difficultés rencontrées, j'ai terminé mes études en 2021. Le Dr Marty m'a invitée à passer un mois en Suisse, où j'ai beaucoup appris du système de santé local. J'ai ensuite effectué mon internat obligatoire d'un an au Népal. Après quoi, j'ai dû travailler dans un hôpital de Katmandou, car je n'avais pas encore commencé la formation postgraduée en médecine générale. Aujourd'hui, je me prépare intensivement à cet examen. Comme la sélection est rude, je postule en même temps pour une place de formation postgraduée en Grande-Bretagne et j'espère que cette étape sera une fois encore couronnée de succès: «So I see hope as that driving force that makes life worth living, dreaming and working for the future. I have never imagined there could be a next village beyond the mountains. I have never imagined I could be a doctor. But the constant hope inside me brought me where I am today. And I want to keep moving with the same hope inside me.»

*Dr méd. Hans Marty*

### Ceci est votre page!

Vous pouvez nous soumettre vos textes pour la rubrique «Forum». Pour plus d'informations, veuillez consulter la page [bullmed.ch/publier](http://bullmed.ch/publier)

# Courrier à la rédaction

## Mit Credits fängt man Ärzte

Die Einführung der Jagd auf Fortbildungscredits bedeutete eine Zäsur. Pilgerfahrten aus der Provinz an die Alma mater für lausige 1,5 Credits wurden gestrichen mangels Ausbeute. Lukrativ hingegen wurden viertägige Praxisferien zum Besuch eines teuren Fortbildungsblocks, einer wässrigen Suppe mit eingestreuten Häppchen. Auch Kongressbesuche erwiesen sich als rentabel, da stets luxuriös ausgestattet mit Credits. Das tatsächlich benötigte Wissen für den Praxisalltag beschaffte man sich aus Online-Journals, nicht honoriertem Selbststudium. Die Entdeckung des Homeoffice dank Pandemie hat alles umgekrempelt. Online-Fortbildungen schossen wie Pilze aus dem Boden. Plötzlich gab es während des Essens auf dem Laptop klinische Rounds, Vorträge im Kopfhörer beim Biken, offline repetierbar während abendlichen Bürokrats. Es ergab sich sogar der Luxus, nichtssagendes Gelaber abzustellen unter Verzicht auf die Credits – was niemand tut, der dafür zwei Stunden Zug gefahren ist. Fortbildungsstunden und -qualität haben sich vervielfacht. Logisch und vorhersehbar, dass sich Vertreter der Fachgesellschaften ärgern, dass der creditsgetriebene Pflichtbesuch ihrer Kongresse fürs Fussvolk hinfällig geworden ist. Ballerinas möchten nun mal vor klatschendem Publikum tanzen. Deswegen schreibt die SGAIM reaktionär wieder obligates physisches Erscheinen in einer Metropolregion vor – andere Fachgesellschaften werden vorhersehbar folgen. Letztendlich beinhaltet das Wort «Fortbildung» doch «Fortgehen»?!

Dr. med. Markus Jakob, Bad Ragaz

## Replik zu «Mit Credits fängt man Ärzte»

Das SGAIM-Fortbildungsprogramm gibt viel Freiheit zur individuellen Ausgestaltung

Seit der Corona-Pandemie hat sich die Fortbildungslandschaft national und international massiv verändert. Währenddem zuvor das physische Erscheinen vor Ort unumgänglich war, haben während und nach der Pandemie virtuelle Fortbildungsformen Einzug gehalten. Elektronische Fortbildungen sind denn auch eine gute Ergänzung, sollten aber nicht die einzige Form der Fortbildung sein.

Denn wir kennen es selber aus unserem persönlichen und beruflichen Alltag: Ein virtueller Austausch zwischen Menschen kann den persönlichen Austausch nur bedingt ersetzen.

Als pandemiebedingte Sonderlösung konnten in der Allgemeinen Inneren Medizin (AIM) anerkannte Livestream-Fortbildungen vorübergehend ausnahmsweise vollumfänglich als Kernfortbildung angerechnet werden. Die Anschlusslösung per 1. Januar 2024 im Rahmen des revidierten Fortbildungsprogramms der SGAIM sieht vor, dass anerkannte Livestream-Fortbildungen mit bis zu 12 Credits pro Jahr als Kernfortbildung (beziehungsweise bis zu 36 Credits pro Dreijahresperiode) anrechenbar sind. Darüber hinaus können bis zu 25 Fortbildungsstunden pro Jahr in Form von Livestream als erweiterte Credits angerechnet werden. Das heisst, Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeine Innere Medizin (AIM) können pro Jahr bis zu 37 von 50 Credits im Rahmen von Livestream-Fortbildungen anrechnen. Darüber hinaus können ortsunabhängig weitere Credits durch erfolgreiches Absolvieren der von der SGAIM akkreditierten Zeitschriften oder E-Learnings erworben werden (8 Kernfortbildungscredits und 25 erweiterte Credits pro Jahr). Die niedergelassenen AIM-ler sind mehrheitlich in Qualitätszirkel eingebunden, welche pro Jahr ebenfalls mit bis zu 8 Kernfortbildungscredits und 25 erweiterten Credits angerechnet werden können. Alle Möglichkeiten der Ausgestaltung finden Sie im Fortbildungsprogramm aufgeführt (Link: [www.sgaim.ch/de/fortbildung/fortbildungsprogramm](http://www.sgaim.ch/de/fortbildung/fortbildungsprogramm)).

Ein Grossteil der Fortbildungspflicht kann somit auch weiterhin flexibel online und ausserhalb von Präsenzfortbildungen erbracht werden. Gleichzeitig ist es der Fortbildungskommission der SGAIM ein wichtiges Anliegen, die Fachärztinnen und Fachärzte zu motivieren, zahlreiche Themengebiete und Veranstaltungsarten aktiv zu besuchen und fachlich möglichst breit zu bleiben. Die SGAIM bietet zweimal jährlich äusserst attraktive Kongresse mit einem vielfältigen Programm an. Daneben gibt es zahlreiche anerkannte physische und

virtuelle Fortbildungsveranstaltungen von anderen Anbietern. Auch mit der neuen Regelung erhält die Fachärztin beziehungsweise der Facharzt AIM eine grosse Freiheit darin, zu entscheiden, welche Fortbildungsaktivitäten und -inhalte persönlich bevorzugt werden. Der SGAIM ist es entsprechend wichtig, die Interaktivität ihrer Mitglieder zu unterstützen.

Dr. med. Donato Tronolone, SGAIM

## Die Frage nach der Qualität

Brief zu: Hardegger-Huber R. et al. Die Strahlenschutz-ausbildung in Schweizer Arztpraxen. Schweiz Ärtztztz. 2023;104(51/52):32–34.

Das BAG veröffentlicht die Daten über die absolvierten Strahlenschutzkurse von MPA und Ärztinnen/Ärzten. Übersichtlich und mit Kuchendiagramm wird aufgezeigt, wie viele Absolventen teilgenommen haben. Nur: Einmal mehr wird das Absolvieren eines erzwungenen Kurses mit Qualitätssteigerung gleichgesetzt. Viel interessanter wäre eine Erhebung, wie die Absolventen vom Kurs profitiert haben, was sie dazugelernt haben und welche Veränderungen der Kurs bewirkt hat. Nur eine solche Statistik hat mit Qualität zu tun. Alles andere sind Strukturdaten, von Interesse vor allem für das federführende Bundesamt.

Dr. med. Kurt Kaspar, Fislisbach

## Replik zu «Die Frage nach der Qualität»

Zusätzliche Informationen zur Qualitätserhebung bei Strahlenschutzausbildungen: Es ist richtig, dass eine Qualitätssteigerung nicht allein durch das Absolvieren einer Ausbildung erreicht wird. Die Steigerung der Qualität hängt stark davon ab, ob das in der erforderlichen Strahlenschutzausbildung erworbene Wissen auch in der Praxis umgesetzt wird.

Gemäss Strahlenschutzverordnung müssen Strahlenschutzausbildungen durch die Behörden anerkannt werden. Im medizinischen Bereich ist dafür das Bundesamt für Gesundheit (BAG) zuständig. Eine ständige Qualitätsverbesserung der Ausbildungen ist dem BAG ein grosses Anliegen. Ein wichtiger Bestandteil des Anerkennungsverfahrens ist zum Beispiel

### Envoyer un courrier

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

**[bullmed.ch/publier/remettre-un-courrier-des-lecteurs-remettre](http://bullmed.ch/publier/remettre-un-courrier-des-lecteurs-remettre)**



die Implementierung einer internen Evaluation durch die Ausbildungsinstitution im Anschluss an die durchgeführte Ausbildung, um eine kontinuierliche Verbesserung der Ausbildungsqualität zu fördern.

Die Ausbildungsinstitutionen führen sowohl nach der Strahlenschutzausbildung für Fachärztinnen und Fachärzte als auch für MPA Evaluationen bei den Teilnehmenden durch. Beide Ausbildungen verfügen zudem über eine Bildungskommission, in der das BAG vertreten ist. Die in den Evaluationsbögen aufgeführten Mängel werden in den Bildungskommissionen besprochen und die Ausbildungen entsprechend den Rückmeldungen an die Anforderungen der Praxis angepasst.

Kürzlich haben Ausbildungsinstitute der Strahlenschutzausbildung für Ärztinnen und Ärzte einen Artikel veröffentlicht, der die Ausbildungsqualität evaluiert und positiv bewertet (16 Jahre Strahlenschutz-Ausbildung, Schweiz *Arzteztg.* 2023;104(45):30–32).

Letztendlich ist eine qualitativ hochwertige Ausbildung jedoch nutzlos, wenn sie nicht absolviert wird. Das BAG bemüht sich auf verschiedene Weise, die Betriebe für die Notwendigkeit und die gesetzlichen Anforderungen der Aus- und Fortbildung zu sensibilisieren. Die Evaluation der Umsetzung der Ausbildung ist eines dieser Mittel. Das BAG wird auch in Zukunft die Qualität der Ausbildungen überprüfen und eine kontinuierliche Evaluation und Anpassung fördern, damit weiterhin qualitativ hochstehende und praxisnahe Ausbildungen angeboten werden können.

*Dr. phil. nat. Nicolas Stritt, Dr. phil. nat. Thomas Flury, Annemarie Harwig, Bundesamt für Gesundheit (BAG)*

## Worte sind auch Medizin

Brief zu: Bourdely S. Worte sind auch Medizin. Schweiz *Arzteztg.* 2023;104(48):78–79

Ein eindrückliches Beispiel erlebte ich vor vielen Jahren. Eine ältere Frau kam wegen eines Melanoms an der rechten Wange in meine Sprechstunde. Nach damaligen Kriterien war eine Exzision inklusive Neck Dissection angezeigt, was ich ihr in einfachen Worten zu erklären versuchte, aber ich merkte, dass sie Mühe hatte, das zu begreifen, insbesondere die Lymphknotenausräumung am Hals. Wie üblich in solchen Fällen entliess ich sie nach Hause und bestellte sie für ein paar Tage später zu einem zweiten Gespräch. Sie kam dann mit einem ihrer erwachsenen Söhne und war schon etwas gefasster, aber sie konnte sich immer noch nicht zu einer Operation entschliessen. Bei der dritten Konsultation war sie ruhiger und willigte in die geplante Operation ein. Vorher schickte ich sie noch zu einer Konsultation unseres Onkologen und der sagte ihr, eine Lymphknotenausräumung sei nicht nötig. Aber dann sagte mir die Patientin, nach unseren langen und mehrfachen Gesprächen habe sie mehr Zutrauen zu mir und willigte in die Operation ein. Ich habe oft bemerkt, dass Patienten mit einem malignen Tumor meinen Erklärungen aufmerksam zuhören, aber sie nicht auf Anhieb begreifen, wahrscheinlich eine unbewusste Abwehr, sodass ich vor der Operation meistens zweimal mit ihnen spreche.

*Dr. Peter Joel Hurwitz, Israel*

Annonce



**IMPRIMÉS D'ART**  
Éditions médicales suisses EMH

Paul Klee et  
August Macke –  
Imprimés d'art



Vous trouverez ces  
tirages d'art et d'autres ici:  
[shop.emh.ch/collections/  
kunstdrucke](https://shop.emh.ch/collections/kunstdrucke)

# Communications

## Examen de spécialiste

### Examen de spécialiste en vue de l'obtention du titre de spécialiste en médecine nucléaire

#### 2<sup>e</sup> partie 2024

##### Date

Vendredi 20 septembre 2024

##### Lieu

Kantonsspital St. Gallen, Haus 39  
Rorschacherstrasse 226  
CH-9007 St. Gallen

#### Délai d'inscription

30.06.2024

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 → Médecine nucléaire

### Examen en vue de l'obtention de la formation approfondie en médecine d'urgence pédiatrique à adjoindre aux titres de spécialiste en pédiatrie ou en chirurgie pédiatrique

##### Date

7 novembre 2024

##### Lieu

Le lieu sera déterminé après réception des inscriptions et en fonction de la langue d'examen souhaitée.

#### Délai d'inscription

31 juillet 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 → Pédiatrie ou en chirurgie pédiatrique

### Examen de spécialiste pour l'obtention du titre de spécialiste en prévention et santé publique (SPHD)

##### Date

Jeudi 12 décembre 2024

##### Lieu

Secrétariat SPHD, c/o polsan, Effingerstrasse 2, Berne

#### Délai d'inscription

18 octobre 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 → Prévention et santé publique

### Examen de spécialiste en vue de l'obtention du titre de spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur

#### Examens finaux (1<sup>re</sup> partie écrit)

##### Date

Samedi 8 juin 2024

##### Lieu

Hôpital de l'Île, Clinique pédiatrique, auditorio Ettore Rossi, Berne

#### Délai d'inscription

15 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 → Chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur

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

#### Date

##### Examen théorique écrit:

Jeudi 13 juin 2024, de 14h00 à 16h30

##### Examen pratique oral:

Mardi 22 octobre 2024

##### Lieu

##### Examen théorique écrit:

Berne ou Madrid  
(durant le congrès de l'EHA 2024)

##### Examen pratique oral:

Inselspital, Berne

#### Délai d'inscription

##### Examen théorique écrit:

Les délais d'inscription de l'EHA s'appliquent.

##### Examen pratique oral:

31 juillet 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 → Hématologie

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

##### Date

##### Examen écrit:

14 septembre 2024

##### Examen oral:

18 janvier 2025

##### Lieu

##### Examen écrit:

Langenthal

##### Examen oral:

Berne

#### Délai d'inscription

##### Examen écrit:

28 avril 2024

##### Examen oral:

30 novembre 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 → Anesthésiologie

# FMH



28

## De la liberté d'action à la place de la bureaucratie

**Smarter Bureaucracy** Une bureaucratie excessive est à l'origine de nombreux problèmes qui mettent en péril la sécurité des patientes et des patients ainsi que leur prise en charge. J'aimerais ici développer ce point en m'appuyant sur des exemples de situations quotidiennes fréquentes et présenter des solutions pour une prise en charge qui soit porteuse de sens, tout à fait dans l'esprit de la «smarter bureaucracy».

Carlos Quinto



30

## Registres médicaux: mise à jour des recommandations

**Recommandations 2.1** Les «Recommandations concernant la création et la gestion de registres dans le domaine de la santé» fournissent des informations permettant de vérifier la qualité des registres médicaux. Leurs éditeurs (ANQ, H+, ASSM, Médecine Universitaire Suisse et FMH) ont procédé à une mise à jour pour tenir compte de la nouvelle législation sur la protection des données.

Stefanie Hostettler, Petra Busch et al.



34

## Un impact important sur la pratique des médecins

**Révision OAMal/OPAS** Une révision conséquente de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal) et de l'ordonnance du DFI sur les prestations de l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (OPAS) est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2024.

Roger von Moos, Markus Borner et al.



L'explosion bureaucratique sous l'impulsion des assureurs-maladie prend parfois des allures grotesques.

## *De la liberté d'action à la place de la bureaucratie*

**Smarter Bureaucracy** Une bureaucratie excessive est à l'origine de nombreux problèmes qui mettent en péril la sécurité des patientes et des patients ainsi que leur prise en charge. J'aimerais ici développer ce point en m'appuyant sur des exemples de situations quotidiennes fréquentes et présenter des solutions pour une prise en charge qui soit porteuse de sens, tout à fait dans l'esprit de la «smarter bureaucracy».



**Carlos Quinto**  
Dr méd., membre du Comité central de la FMH, responsable du département Santé publique et professions de la santé

**L**es coûts de la santé augmentent lentement et de manière linéaire tandis que les charges administratives ont connu une hausse rapide au cours des dernières années. Ces charges entraînent, outre des coûts élevés sans bénéfice pour les patientes et les patients, une insatisfaction croissante au travail et une multiplication des questions existentielles chez de nombreux médecins en activité – pour ne pas parler du désespoir pur et simple de nombreux médecins en formation confrontés à l'ampleur des tâches administratives dans les hôpitaux.

### **Pénurie de médicaments**

La «pénurie de médicaments», terme officiellement employé par la Confédération pour nommer les difficultés d'approvisionnement en médicaments rencontrées en Suisse, présente clairement les caractéristiques d'une fonction exponentielle et peut être qualifiée d'explosive. Étendre l'obligation de notifier et de stocker augmente la marge de manœuvre, mais ne résout pas le problème et n'est pas dénué de coûts. Il ne faudrait pas non plus qu'il en résulte des effets paradoxaux, c'est-à-dire de nouveaux retraits du marché de médicaments

en raison d'obligations plus contraignantes pour les fabricants. De plus, l'Office fédéral pour l'approvisionnement économique du pays (OFAE) devrait recruter du personnel afin de faire face à ce volume de travail supplémentaire. Il convient de noter que ce sont en premier lieu les médicaments très bon marché, ayant fait leurs preuves et dont le brevet a expiré, c'est-à-dire les génériques, qui disparaissent toujours davantage du marché. À cela s'ajoute que de nombreux médicaments et vaccins ne font même plus l'objet d'une demande d'autorisation pour la Suisse, malgré une procédure simplifiée auprès de Swissmedic. Il semblerait que notre marché ne soit plus attractif. Il est certain qu'il perdra encore de son attrait si la vision en tunnel des pouvoirs publics les incite à miser de manière unilatérale sur des réductions de prix sans détenir les connaissances adéquates sur le sujet. Bien sûr, le moins cher pour les assureurs serait qu'il n'y ait plus de médicaments du tout. Les caisses d'assurance-maladie ne sont en effet pas tenues de prendre en charge les coûts des médicaments provenant de l'étranger et refusent en général de les rembourser. La production en Suisse est coûteuse et rendue difficile par une (sur)réglementation complexe, qui a également affaibli la résistance de notre pays aux crises dans le domaine pharmaceutique. Certains changements ont été initiés par la taskforce mise en place par le Conseil fédéral, dont la mission est malheureusement déjà terminée. La production nationale ne résout pas non plus le problème. Si elle devait être augmentée et donc devenir moins chère, il serait nécessaire de conclure des contrats d'achat avec d'autres pays européens ou des contrats de livraison contraignants avec ceux qui produisent déjà ces médicaments. Une solution continentale permettrait au moins de résoudre les problèmes de logistique et de longs trajets qui sont les premiers exposés aux pannes et aux crises. Le système de santé et la recherche qui lui est liée sont de plus en plus mis à mal par les relations actuelles entre la Suisse et l'UE. Il faut avoir présent à l'esprit qu'en termes de population, la Suisse peut être considérée comme une petite boutique sur le marché mondial et ce sont donc bien les prix d'une petite boutique que nous payons lorsque nous imposons des exigences particulières aux fabricants de médicaments.

Actuellement, nous sommes confrontés à la situation suivante: les hôpitaux, les maisons de retraite, les EMS, les pharmacies et les cabinets médicaux doivent tous se démener et fournir une charge de travail très importante pour être en mesure de fournir aux patientes et aux patients les médicaments dont ils ont besoin. Les changements fréquents de médicaments impo-

sés par la pénurie sont également un problème de sécurité des patients, dont les répercussions sont actuellement beaucoup plus importantes en Suisse que celles causées par la résistance aux antibiotiques. Il s'agit ici d'un problème à l'échelle mondiale. Pourtant, les solutions proposées ajoutent de la bureaucratie et s'attaquent à la loi, mais pas à la bonne, à savoir la loi sur les épidémies, qui est en cours de révision partielle. En d'autres termes, il est fort probable que les effets secondaires indésirables dépassent les bénéfices attendus. Les cabinets de médecins de famille sont débordés, nombre d'entre eux ont décidé de ne plus accepter de nouveaux patients. Dans cette situation de pénurie, il est d'autant plus regrettable de constater qu'au moins 20% de notre temps de travail est gaspillé dans un travail administratif et bureaucratique plus ou moins inutile à l'intention des assureurs-maladie et des autorités. Compte tenu de cela, tous les leviers doivent être actionnés pour que ces 20% de bureaucratie n'augmentent pas davantage, sous peine de voir la pénurie de main-d'œuvre qualifiée s'aggraver davantage et avec encore plus de rapidité.

### Moyens et appareils

Dans le domaine des moyens et appareils médicaux, l'explosion bureaucratique sous l'impulsion des assureurs-maladie prend parfois des allures grotesques. Je citerai comme exemple les sous-vêtements d'incontinence et, plus récemment, les bas de compression veineuse. Selon la base de données des objets parlementaires, le Conseil des États s'est déjà penché sur la question des changes absorbants il y a des années, sans malheureusement parvenir à une solution praticable. À l'époque, le conseiller aux États thurgovien Philipp Stähelin l'avait vivement regretté. Les milieux scientifiques distinguent entre l'incontinence légère, moyenne, grave et totale, mesurée en millilitres par heure. Afin d'effectuer cette mesure, le Parlement avait proposé à l'époque que les patientes et les patients apportent leurs sous-vêtements mouillés au cabinet médical pour que ceux-ci y soient pesés. Si vous me permettez, cette proposition du Parlement est extrêmement humiliante pour les personnes concernées ainsi que pour leurs proches. Nous, médecins, souhaitons pouvoir travailler en tant que défenseurs de nos patientes et de nos patients et ne pas avoir à leur demander de se mettre dans ce genre de situation dégradante. Indépendamment du fait que de fortes variations peuvent survenir selon la quantité de boisson ingérée, la fonction cardiaque, la prise de médicaments et d'autres facteurs, cette démarche est disproportionnée. L'argent dépensé par les assureurs pour générer les formulaires, par les méde-

cins pour y répondre et par les assureurs pour les traiter ultérieurement serait mieux investi dans le remboursement de sous-vêtements d'incontinence. En plusieurs décennies d'activité professionnelle, je n'ai jamais rencontré personne portant volontairement des sous-vêtements d'incontinence de manière abusive ou compulsive. Seules les personnes qui en ont vraiment besoin en portent.

Depuis le début de l'année, suite à une décision administrative bureaucratique, les cabinets de médecins généralistes doivent remplir un questionnaire de plusieurs pages à l'intention des assureurs lorsqu'ils prescrivent des bas de classe 2 ou 3. Là encore, c'est du temps et de l'argent à la charge des assureurs et des médecins de famille qui pourraient être investis directement dans des bas de compression. Car, là non plus, en plusieurs décennies d'activité, je n'ai jamais rencontré personne portant volontairement des bas de compression veineuse de classe 2 ou 3 de manière abusive ou compulsive. Seules en portent les personnes qui en ont besoin pour éviter des conséquences plus graves. Quelle est la valeur ajoutée de ce nouveau formulaire, si ce n'est qu'il génère des coûts de plusieurs centaines de francs et crée des postes de travail bureaucratique qui, à leur tour, rendent le système de santé plus cher et moins efficace. Un gros travail de persuasion est nécessaire pour convaincre une personne de porter des bas de compression. Et comme malheureusement les bas s'usent avec le temps, ce travail bureaucratique risque de se répéter à l'infini.

Cette lourdeur administrative restreint encore davantage le temps de travail précieux dont disposent les médecins de famille. Premièrement, ces coûts pour le système de santé engendrés par les assurances-maladie n'ont aucune utilité supplémentaire et deuxièmement, de telles activités inutiles imposées en particulier aux médecins de famille aggravent la pénurie de personnel qualifié. La solution serait pourtant simple: il suffirait que les associations d'assureurs soutiennent avec insistance l'introduction de forfaits. Ainsi, ils pourraient rembourser une contribution forfaitaire pour les sous-vêtements d'incontinence et les bas de compression veineuse sans occasionner des frais administratifs de plusieurs centaines de francs qui n'apportent ni valeur ajoutée ni gain de qualité. Ou alors, les assureurs et les politiques devraient avoir le courage d'expliquer à la population qu'il faut faire des économies et que, par conséquent, ces deux produits ne seront désormais plus remboursés par l'assurance-maladie sociale. Mais ils devraient alors aussi assumer la responsabilité des conséquences négatives sur la santé et des éventuels frais consécutifs engendrés par exemple par les cas d'ulcère veineux de la jambe.



© Pablocavog / Dreamstime

Les recommandations remaniées sont disponibles sur le site internet de la FMH.

# Registres médicaux: mise à jour des recommandations

**Recommandations 2.1** Les «Recommandations concernant la création et la gestion de registres dans le domaine de la santé» fournissent des informations permettant de vérifier la qualité des registres médicaux. Leurs éditeurs (ANQ, H+, ASSM, Médecine Universitaire Suisse et FMH) ont procédé à une mise à jour pour tenir compte de la nouvelle législation sur la protection des données.

**Stefanie Hostettler<sup>a</sup>; Petra Busch<sup>b</sup>; Valérie Clerc<sup>c</sup>; Thomas Giger<sup>d</sup>; Regula Heller<sup>b</sup>; Angelina Hofstetter<sup>e</sup>; Esther Kraft<sup>a</sup>; Agnes Nienhaus<sup>f</sup>; Sabine Thomas<sup>f</sup>; Anne Lübbecke-Wolff<sup>g</sup>**

<sup>a</sup> Fédération des médecins suisses (FMH); <sup>b</sup> Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (ANQ); <sup>c</sup> Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM); <sup>d</sup> Swiss Personalized Health Network (SPHN); <sup>e</sup> Les Hôpitaux de Suisse (H+); <sup>f</sup> Médecine Universitaire Suisse (unimeduisse); <sup>g</sup> Hôpitaux universitaires de Genève (HUG)

Les «Recommandations concernant la création et la gestion de registres dans le domaine de la santé» s'adressent aux responsables de registres, aux sous-traitants et à leur personnel, aux personnes participant aux registres ainsi qu'à toute personne intéressée.

### Assurance-qualité

Les patientes et patients, les prestataires de soins et les responsables politiques intervenant dans le domaine de la santé ont un intérêt légitime à ce que le système de santé soit de qualité élevée tout en restant financièrement supportable. À cet égard, les registres médicaux occupent une fonction essentielle: partie intégrante de l'assurance-qualité et/ou du développement de la qualité, ils contribuent à la transparence et à la comparabilité des prestations médicales, sont à la base de la recherche clinique et épidémiologique et fournissent des données importantes pour la politique de santé et la planification des soins.

### Création et gestion de registres

La conception et la gestion d'un registre nécessitent souvent des ressources organisationnelles, temporelles et financières élevées. Or la saisie incomplète et/ou irrégulière des données, un accès compliqué aux données, des ressources insuffisantes, etc. diminuent la portée des données collectées. Les gestionnaires doivent par ailleurs disposer des infrastructures et des procédures adéquates, d'une organisation adaptée, des compétences appropriées en termes de conception, de gestion et d'utilisation de registres ainsi que des ressources financières et humaines nécessaires.

### Objectifs des recommandations

Les «Recommandations concernant la création et la gestion de registres dans le domaine de la santé» doivent permettre aux gestionnaires de vérifier la qualité des registres et de garantir que

- les registres médicaux disposent d'un contenu adapté et d'une structure adéquate pour mener à bien leur mandat;
- les droits de la personnalité des personnes dont les données de santé sont collectées sont respectés;
- les organisations en charge de registres puissent s'en inspirer;
- les responsables de registres, les sous-traitants et leur personnel disposent des compétences spécialisées et techniques requises;
- les ressources humaines et financières nécessaires sont à disposition;
- le relevé, la saisie et l'utilisation des données ont lieu selon des critères clairement définis;
- la qualité des données est assurée et attestée;
- l'utilisation des données pour la recherche et l'assurance-qualité est réglementée.

Les recommandations offrent des standards minimaux pour la création et la gestion de registres dans le domaine de la santé. Lors de leur application, il convient également de tenir compte de l'objectif, de la portée et du champ d'application du registre concerné.

### Recommandations 2.1

L'ANQ, la FMH, H+, l'ASSM et unimedsuisse ont publié leurs premières «Recommandations concernant la création et la gestion de registres dans le domaine de la santé» en 2016. En 2019, un groupe d'expertes et d'experts les a testées sur la base de dix registres. Les recommandations ont ensuite été adaptées (version 2.0) en tenant compte des résultats obtenus. Suite à l'introduction de la nouvelle législation fédérale sur la protection des données (LPD, OPDO) le 1<sup>er</sup> septembre 2023, les éditeurs ont procédé à une nouvelle vérification avec le soutien de juristes et de spécialistes. Comme les recommandations (version 2.0) étaient formulées de manière générale (par exemple «les bases légales existent» ou «compatible avec les dispositions légales»), sans se référer aux dispositions concrètes ni à la terminologie de la loi ou de l'ordonnance, il a fallu procéder à une nouvelle mise à jour tenant compte du nouveau droit de la protection des données.

## Les registres sont essentiels pour la qualité des soins, l'évaluation des structures de soins et les décisions politiques.

La mise à jour a principalement porté sur la terminologie (par exemple ajout de la notion de «sous-traitant») et sur certaines précisions («assurance-qualité» complétée par «développement de la qualité»). Un nouveau chapitre «Sécurité technique des données» (exigences, architecture, processus, accès, livraison des données, etc.) a également été ajouté.

Vous trouverez les «Recommandations concernant la création et la gestion de registres dans le domaine de la santé 2.1» et la liste de contrôle afférente à l'adresse [www.fmh.ch/fr/themes/qualite-asqm/registres.cfm](http://www.fmh.ch/fr/themes/qualite-asqm/registres.cfm)

### Aspects juridiques

Pour les responsables de registres, les sous-traitants et leur personnel, de même que pour toute personne participant à un registre, ce sont en premier lieu les conditions-cadres juridiques du registre concerné qui s'appliquent (lois cantonales et fédérale sur la protection des données, loi sur la statistique fédérale, loi sur l'assurance-maladie, loi sur les produits thérapeutiques, loi

## Plateforme suisse des registres médicaux

En Suisse, divers registres médicaux recensent des données concernant les maladies et la qualité. Or il est parfois difficile de garder une vue d'ensemble, même pour les spécialistes. Vous aimeriez obtenir un aperçu des registres de votre région ou de votre discipline, ou vous cherchez un registre spécifique? Grâce à la Plateforme suisse des registres médicaux (<https://register-schweiz.fmh.ch/>), vous trouverez rapidement une réponse à vos questions.

Vous tenez un registre qui ne figure pas encore sur la plateforme? Alors aidez-nous à compléter la plateforme en remplissant le formulaire ad hoc (<https://register-schweiz.fmh.ch/>). La saisie d'un nouveau registre prend environ cinq à dix minutes.

sur les épidémies, loi relative à la recherche sur l'être humain, loi sur l'enregistrement des maladies oncologiques, loi sur le dossier électronique du patient, etc.). Les recommandations n'ont pas force de loi et ne sont pas juridiquement contraignantes.

# Une inconnue enfin mise à nu : quelles preuves ressortent réellement des études de phase III sur les AOD en cas de FAnv ?

En matière d'anticoagulation, les AOD se sont imposés par rapport aux AVK au point de devenir le standard thérapeutique en vigueur pour les patients suisses. Si les médecins ont une grande expérience de ces médicaments, certaines questions demeurent. Certains éléments sont connus, d'autres restent à clarifier.

## Anticoagulation en cas de fibrillation auriculaire : ce qui est connu

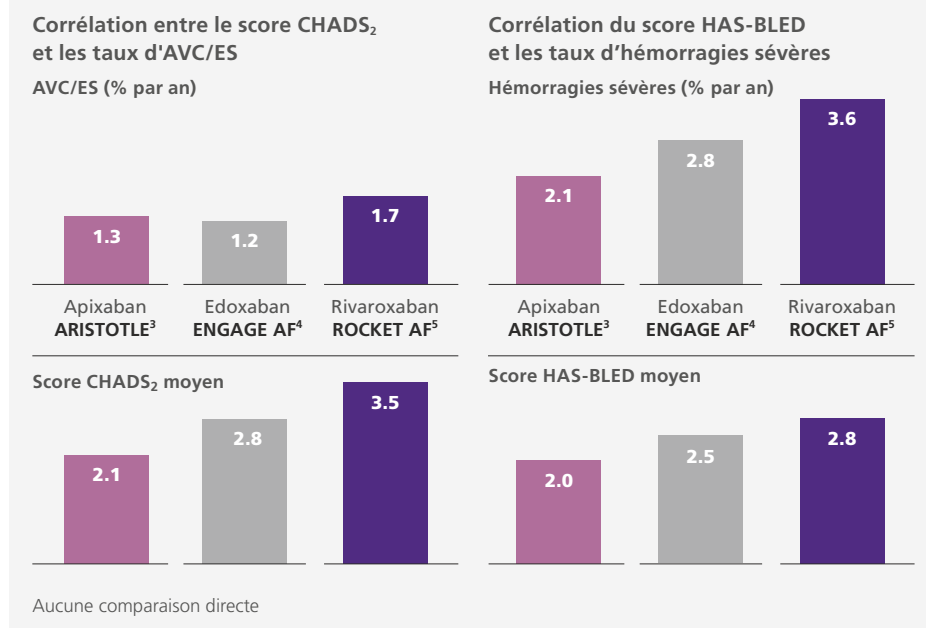
Dans les directives internationales de la Société Européenne de Cardiologie (ESC), les AOD sont recommandés de manière équivalente (classe IA) en cas de FAnv.<sup>1</sup> Ces recommandations se basent sur les données provenant des études de phase III, qui ont montré un profil d'efficacité et de sécurité cohérent pour les AOD.<sup>2</sup> Selon les études, les taux absolus d'événements varient, étant plus faibles dans les populations à faible risque et plus élevés dans les populations à risque plus élevé (fig. 1).<sup>3-5</sup> Cette corrélation entre le risque de la population et les taux d'événements a également été mise en évidence dans les registres et les analyses de bases de données.<sup>6-8</sup>

## Ce qui reste à clarifier

Les forest plots des études de phase III, présentés dans les méta-analyses et les formations continues, révèlent à première vue des différences entre les AOD, particulièrement prononcées chez les patients atteints de FAnv et d'insuffisance rénale (fig. 2a).<sup>9,10</sup>

Qu'est-ce que cela cache ? Le forest plot montre le rapport entre les AOD et les AVK dans les études, mais pas les taux absolus d'événements. Tout comme dans la population globale, les scores CHADS<sub>2</sub> varient parmi les différentes études portant sur les AOD, y compris au sein du sous-groupe des patients avec une insuffisance rénale. Les taux absolus d'événements sous AOD étaient ici corrélés de la même manière au score de risque : plus le score était élevé, plus le taux d'événements

**Fig. 1 :** Présentation des résultats des études de phase III en lien avec le risque de la population de patients<sup>3-5</sup>

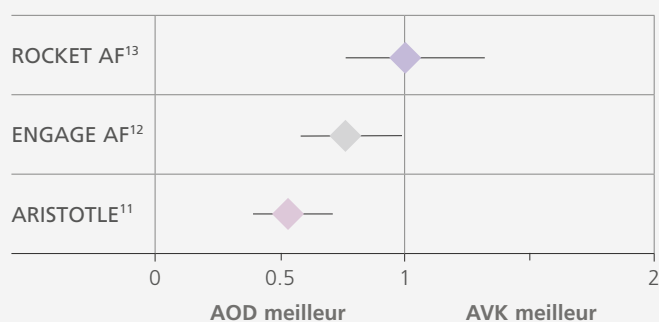


était élevé (fig. 2b).<sup>9</sup> En ce qui concerne les taux d'événements absolus dans le bras AVK, la situation était différente : alors que les taux d'hémorragies dans les bras AVK des deux études avec un risque patient plus élevé (ENGAGE-AF, score CHADS<sub>2</sub> : 3.1 et ROCKET-AF, score CHADS<sub>2</sub> : 3.7) étaient respectivement de 5.3% et 4.7%, le taux d'hémorragies dans le bras AVK de l'étude ARISTOTLE avec le risque patient le plus faible (score CHADS<sub>2</sub> : 2.6) était le plus élevé, atteignant 6.4% (fig. 2b).<sup>9,11-13</sup> La présentation de ces données dans un forest plot met en évidence les bénéfices

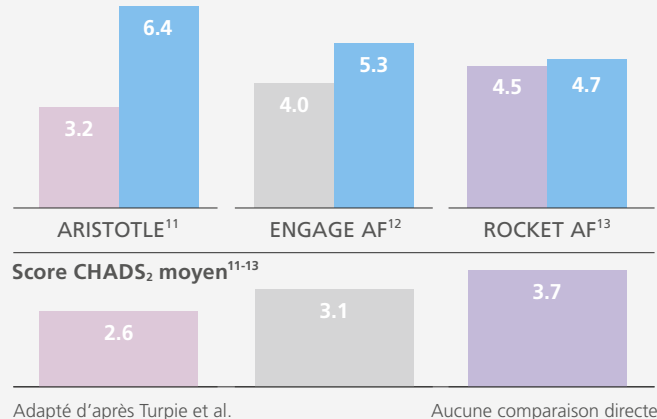
de l'apixaban (fig. 2a). Les auteurs autour de Turpie et al. ont écrit à ce sujet : « *On ne sait pas si le bénéfice observé avec l'apixaban est lié à la molécule, au hasard, à d'autres facteurs confondants ou éventuellement à un taux d'hémorragies plus élevé que prévu avec les AVK dans le sous-groupe* ». <sup>9</sup>

Ce phénomène ne peut donc pas être expliqué.<sup>9</sup> Sur la base des taux absolus d'événements observés sous AOD dans les études de phase III, tous les AOD ont un profil d'efficacité et de sécurité comparable.

**Fig. 2a :** Forest plot pour les hémorragies sévères chez les patients atteints de FAnv avec une insuffisance rénale<sup>9</sup>



**Fig. 2b :** Taux absolus d'événements hémorragiques sévères chez les patients atteints de FAnv avec une insuffisance rénale (% par an)<sup>9</sup>





### Les données de niveau de preuve inférieur (preuves empiriques) nous fournissent-elles des informations supplémentaires ?

Il convient ici de distinguer différents niveaux de preuve (fig. 3).<sup>14</sup> Pour l'edoxaban et le rivaroxaban, il existe par exemple des études de surveillance post-marketing à grande échelle (PMSS ; programme ETNA-AF avec l'edoxaban<sup>15</sup> et programme XANTUS avec le rivaroxaban<sup>16</sup>), qui font partie des études cliniques prospectives non interventionnelles. Elles ont été menées dans de nombreux pays et ont montré des corrélations entre les taux d'événements et les scores de risque comparables aux données de phase III.<sup>17</sup>

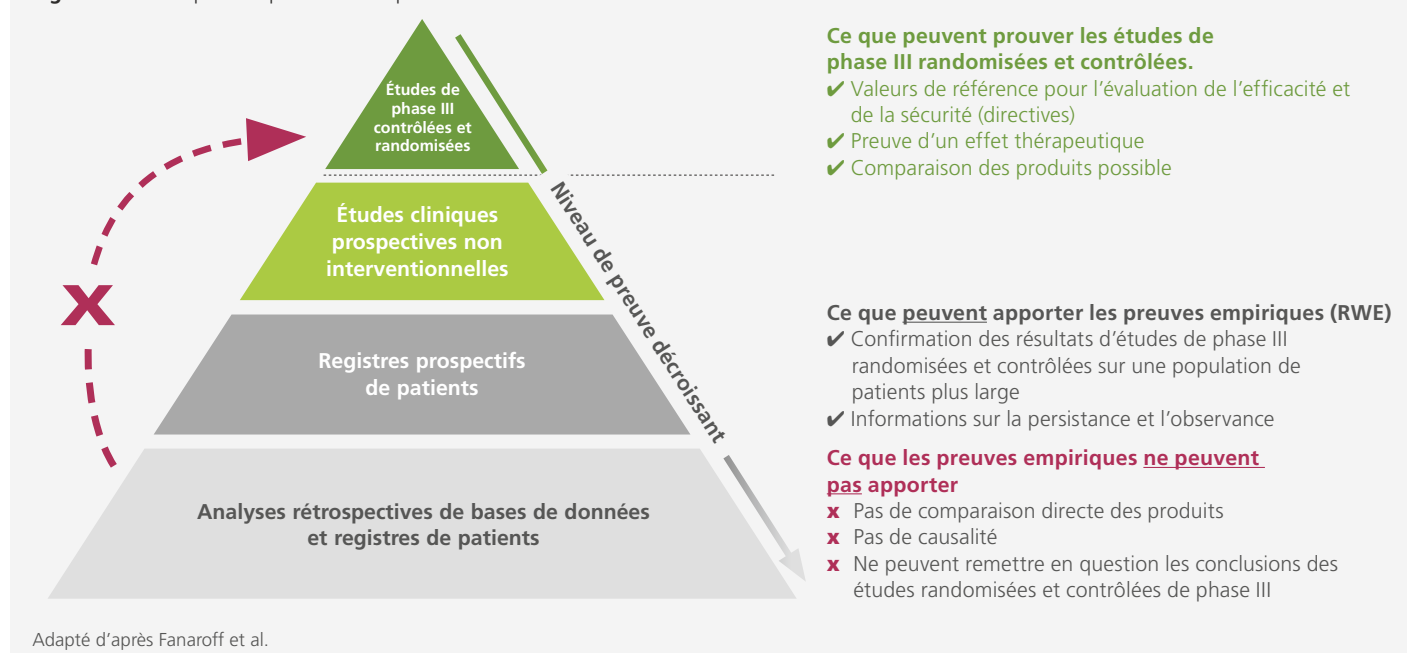
Les analyses rétrospectives de bases de données avec les preuves les moins solides sont relativement peu coûteuses à réaliser et sont

donc nombreuses. Elles peuvent fournir des informations sur les dosages des médicaments, l'observance thérapeutique et les profils des patients dans une population de patients plus large, mais ne peuvent pas mettre en évidence des liens de cause à effet entre le traitement et les résultats en raison du caractère limité de la qualité des données et de la méthodologie.<sup>14</sup> Par conséquent, quel que soit le nombre de patients étudiés, de telles analyses ne peuvent pas répondre à la question de savoir si les AOD se distinguent en termes de profil d'efficacité et de sécurité. Une telle utilisation, certes séduisante d'un point de vue commercial, mais inappropriée d'un point de vue scientifique, devrait être évitée : « *The pharmaceutical industry should avoid the inappropriate use of observational studies for commercial and marketing purposes* ». <sup>14</sup>

### Après l'efficacité et la sécurité, quels sont les aspects importants à prendre en compte lors du choix d'un AOD ?

Bien que les AOD puissent être considérés comme comparables en termes d'efficacité et de sécurité sur la base des données prospectives, il existe des différences pertinentes pour les patients dans la pratique quotidienne. Ainsi, les AOD se distinguent en partie par leur métabolisme, la taille de leurs comprimés et leurs schémas posologiques. Par exemple, une dose quotidienne unique est plus simple pour le patient qu'une dose biquotidienne et est associée à une meilleure observance, ce qui apparaît essentiel en termes de prévention des AVC.<sup>18-21</sup>

Fig. 3: Niveau de preuves provenant de plusieurs sources de données<sup>14</sup>



Contact : Bayer (Schweiz) AG, Uetlibergstr. 132, 8045 Zurich

Abréviations : AOD= anticoagulants oraux directs ; FAnv = fibrillation auriculaire non valvulaire ; TTR : Time in Therapeutic Range ; AVK : antagonistes de la vitamine K

L'information professionnelle abrégée sur Xarelto (rivaroxaban) se trouve à la page 17

Références: 1. Hindricks G et al. 2020 ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation. Eur Heart J 2020;42:373-498. 2. Pokorney et al. Assessing generalizability of trial results in general practice. EHJ 2016;37(14):1154-57. 3. Granger CB, et al. Apixaban versus warfarin in patients with atrial fibrillation. N Engl J Med 2011;365:981-992. 4. Giugliano RP, et al. Edoxaban versus warfarin in patients with atrial fibrillation. N Engl J Med 2013;369:2093-2104. 5. Patel MR, et al. Rivaroxaban versus Warfarin in Nonvalvular Atrial Fibrillation. N Engl J Med 2011;365:883-891. 6. Friberg L, et al. Evaluation of risk stratification schemes for ischaemic stroke and bleeding in 182 678 patients with atrial fibrillation: the Swedish Atrial Fibrillation cohort study. Eur Heart J 2012;33:1500-1510. 7. Olesen JB, et al. Validation of risk stratification schemes for predicting stroke and thromboembolism in patients with atrial fibrillation: nationwide cohort study. BMJ 2011;342:d124. 8. Yao X, et al. Comparison of the CHA2DS2-VASc, CHADS2, HASBLED, ORBIT, and ATRIA Risk Scores in Predicting Non-Vitamin K Antagonist Oral Anticoagulants Associated Bleeding in Patients With Atrial Fibrillation. Am J Cardiol 2017;120:1549-1556. 9. Turpie AGG, et al. Nonvitamin K antagonist oral anticoagulant use in patients with renal impairment. Ther Adv Cardiovasc Dis 2017;11(9):243-256. 10. Ruff CT et al. Comparison of the efficacy and safety of new oral anticoagulants with warfarin in patients with atrial fibrillation: a meta-analysis of randomised trials. Lancet 2014; 383: 955-62. 11. Hohnloser SH, et al. Efficacy of apixaban when compared with warfarin in relation to renal function in patients with atrial fibrillation: insights from the ARISTOTLE trial. Eur Heart J. 2012;33(22):2821-30. 12. Bohula EA, et al. Impact of renal function on outcomes with Edoxaban in the ENGAGE AF-TIMI 48 Trial. Circulation 2016;134(1):24-36. 13. Fox KAA, Prevention of stroke and systemic embolism with rivaroxaban compared with warfarin in patients with non-valvular atrial fibrillation and moderate renal impairment. Eur Heart J 2011;32(19):2387-94. 14. Fanaroff AC et al. Stroke prevention in atrial fibrillation: redefining 'real-world data' within the broader data universe. Eur Heart J 2018;39(32):2932-41. 15. De Caterina R, et al. Safety and effectiveness of edoxaban in atrial fibrillation patients in routine clinical practice: One-year follow-up from the global noninterventional ETNA-AF program. J Clin Med 2021;10(4):573. 16. Kirchoff et al. Global Prospective Safety Analysis of Rivaroxaban. J Am Coll Cardiol. 2018 Jul 10;72(2):141-53. 17. Camm AJ, et al. XANTUS: a real-world, prospective, observational study of patients treated with rivaroxaban for stroke prevention in atrial fibrillation. Eur Heart J 2016;37(14):1145-53. 18. McHorney CA, et al. Modelling the impact of real-world adherence to once-daily (QD) versus twice-daily (BID) nonvitamin K antagonist oral anticoagulants on stroke and major bleeding events among non-valvular atrial fibrillation patients. Curr Med Res Opin. 2019;35(4):653-660. 19. Coleman C, et al. Importance of balancing follow-up time and impact of oral-anticoagulant users' selection when evaluating medication adherence in atrial fibrillation patients treated with rivaroxaban and Apixaban. Curr Med Res Opin 2017;33(6):1033-1043. 20. Alberts MJ, et al. Association between once- and twice-daily direct oral anticoagulant adherence in nonvalvular atrial fibrillation patients and rates of ischemic stroke. Int J Cardiol. 2016;215:11-3. 21. Deshpande CG et al. Impact of medication adherence on risk of ischemic stroke, major bleeding, and deep vein thrombosis in atrial fibrillation patients using novel oral anticoagulants. Curr Med Res Opin. 2018;34(7):1285-9

Les données ou publications référencées sont mises à disposition sur demande.



© Igor Terekhov / Dreamstime.com

La SSOM et la FMH s'engagent pour un accès rapide et équitable aux thérapies innovantes.

# Un impact important sur la pratique des médecins

**Révision OAMal/OPAS** Une révision conséquente de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal) et de l'ordonnance du DFI sur les prestations de l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (OPAS) est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2024. Cet article nous éclaire sur les conséquences pour le corps médical et met l'accent sur l'un des trois piliers de la révision l'utilisation de médicaments hors étiquette.

**Roger von Moos<sup>a</sup>; Markus Borner<sup>b</sup>; Arnaud Roth<sup>c</sup>; Urs Stoffel<sup>d</sup>; Andreas Wicki<sup>e</sup>; Dominique Froidevaux<sup>f</sup>**

<sup>a</sup> Prof., responsable du ressort Politique de la SSOM, Centre des tumeurs et centre de recherche, Hôpital cantonal des Grisons; <sup>b</sup> Prof., co-président de la SSOM, clinique Engeried, Lindenhofgruppe Berne; <sup>c</sup> Prof., président de la SSOM, Hôpitaux universitaires de Genève; <sup>d</sup> Dr, membre du Comité central de la FMH, responsable du département Médecine et tarifs ambulatoires; <sup>e</sup> Prof. méd., Dr phil., membre du Comité de la SSOM, Université et Hôpital universitaire de Zurich; <sup>f</sup> M. Sc, directeur de la SSOM, Pro Medicus GmbH, Zurich

En septembre 2023, le Conseil fédéral a adopté une vaste révision de l'OAMal et de l'OPAS. En vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2024, cette révision est synonyme de changements importants pour le corps médical, les patientes et les patients, les assureurs-maladie et l'industrie pharmaceutique. Au-delà des mesures visant à optimiser les processus et celles visant à promouvoir les biosimilaires et les génériques, la révision s'est également attaquée aux dispositions relatives à la prise en charge de médicaments dans des cas particuliers selon les art. 71a à 71d OAMal. Ces derniers concernent l'utilisation de médicaments hors étiquette (off-label use, OLU), c'est-à-dire l'utilisation de médicaments pour des indications qui ne sont pas (encore) enregistrées ou remboursées en Suisse.

Le traitement du cancer exige souvent l'utilisation de médicaments hors étiquette. Compte tenu de l'impact important de la révision de l'OAMal et de l'OPAS pour les médecins et les patients, la Société suisse d'oncologie médicale (SSOM) a développé un *slide kit* qui donne un aperçu rapide des principales nouveautés. Ce document est mis gracieusement à la disposition des médecins et peut être demandé au secrétariat de la SSOM (cf. encadré en fin d'article).

### Off-label use: les défis

Les articles de l'ordonnance (71a-71d OAMal) sur l'utilisation de médicaments hors étiquette connaissent un grand succès et permettent à

de nombreuses personnes vivant et assurées dans notre pays d'accéder à des thérapies innovantes. Pourtant, l'utilisation hors étiquette se heurte de plus en plus à ses limites: alors qu'elle a été conçue initialement comme une réglementation d'exception, 38 000 garanties de prise en charge ont été délivrées en 2019 [1]. Ce nombre élevé s'explique notamment par la durée comparativement longue de l'autorisation de mise sur le marché de thérapies innovantes [2], par les progrès de la technologie médicale (tendance à la médecine personnalisée) et par les stratégies d'accès sur le marché et de remboursement de l'industrie pharmaceutique.

L'utilisation hors étiquette est *extrêmement lourde sur le plan administratif* aussi bien pour les médecins traitants et les médecins-conseils que pour les assureurs-maladie et les entreprises pharmaceutiques. Pour les patients et leurs proches, l'utilisation d'un médicament hors étiquette s'accompagne souvent d'une *charge mentale alourdie par l'insécurité juridique* de la situation – et ce pour un diagnostic potentiellement mortel dont le traitement optimal est menacé par ce délai d'attente supplémentaire. Un cancer étant défini par la multiplication incontrôlée de cellules, inutile de préciser que tout retard dans le traitement entraîne une augmentation du volume de la tumeur et l'apparition de mutations réfractaires au traitement. À cela s'ajoute que les anciennes dispositions sur la prise en charge de médicaments dans des cas particuliers, telle que définie aux articles 71a à

71d, n'accordaient pas la même égalité de chance d'accéder aux thérapies innovantes. En effet, il pouvait arriver qu'une même demande de garantie de prise en charge soit acceptée ou refusée en fonction de l'assurance-maladie ou du lieu de résidence de la personne concernée [3]. Or un refus se traduit souvent par un cas de rigueur qui peut avoir des conséquences fatales pour cette dernière [4].

Conjointement avec la FMH, plusieurs sociétés de discipline médicale et organisations de recherche et de patients [5], la SSOM s'est penchée avec acuité sur cette question afin de contribuer à ce qu'un *accès rapide et équitable aux thérapies innovantes* soit possible pour les personnes résidant dans notre pays [6]. Hormis cette démarche capitale, la SSOM s'engage en faveur d'un recours structuré aux avis d'experts lors de cas complexes, une évaluation des avantages et bénéfices (outil OLU) adaptée aux progrès médico-techniques (médecine personnalisée) et une réduction drastique de la charge administrative qui pèse sur le corps médical et toutes les personnes concernées.

La figure 1 récapitule les critères pour une demande de prise en charge des coûts selon les art. 71a-71d OAMal.

### Prise en charge des cas particuliers

La révision de l'OAMal/OPAS apporte notamment les nouveautés suivantes concernant la prise en charge de médicaments dans des cas particuliers (art. 71a à 71d OAMal):

## Critères pour une demande selon l'art. 71a-71d OAMal

Les critères d'exception pour une prise en charge des coûts restent valables

### Quelles sont les 3 exigences de l'article 71a-71d OAMal?



- Maladie potentiellement mortelle ou entraînant des problèmes de santé graves et chroniques.
- Bénéfice thérapeutique élevé escompté (OLUtool onco/non-onco)
- Absence de traitements alternatifs autorisés

#### Définition :

##### Art. 71a Produit sur SL :

- Cependant, off-label ou hors limite SL

##### Art. 71b Produit ne figurant pas sur la SL :

- Cependant autorisé par Swissmedic

##### Art. 71c Non autorisé par Swissmedic :

- Mais par une autre autorité de réglementation (par ex. EMA, FDA)

Rating	Avantages thérapeutiques	Participation aux frais
A	Très grande utilité	oui
B	Une grande utilité	oui
C	Bénéfices escomptés	Essai thérapeutique de 2 mois puis participation aux frais
D	Aucun avantage	Pas de participation aux coûts / Pas de thérapie

\*OLUtool : Évaluation du bénéfice pour le remboursement des médicaments au cas par cas (art. 71a-71d OAMal)

© SSOM / Révision OAMal/OPAS / janvier 2024

Figure 1: Critères pour une demande selon les art. 71a-71d OAMal.

## Nouveautés concernant la rémunération au cas par cas (art. 71a-71d OAMa)

### Augmenter l'égalité de traitement & la transparence, simplifier la négociation des prix

Objectif	Jusqu'à présent	Nouveautés à partir du 1.1.2024, explications à ce sujet
Égalité traitement	<ul style="list-style-type: none"> <li>• OLUtool* sans engagement</li> <li>• Recours facultatif à des experts</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• OLUtool* (évaluation de l'utilité) <b>obligatoire pour toutes les assurances</b></li> <li>Noter : OLUtool<sup>†</sup> fournit la notation des études <b>plus</b> la notation des cas individuels : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ =&gt; la notation globale (possibilité d'up- ou downrating) peut différer de la notation des études</li> <li>○ =&gt; OLUtool ne fournit pas d'évaluation d'une alternative efficace &amp; autorisée</li> </ul> </li> <li>• Recours à un expert toujours possible mais <b>obligatoire en cas de</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Développement de OLUtool*</li> <li>○ Refus de garantie de prise en charge des coûts sur les maladies rares</li> <li>○ =&gt; Définition des maladies rares dans le cadre d'un garantie de prise en charge des coûts non triviale</li> </ul> </li> <li>• Rating sectoriel** possible, mais pas obligatoire <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Mais doit être accessible aux sociétés savantes et à toutes les assurances</li> <li>○ =&gt; non accessible à l'industrie pharmaceutique (indirectement via les sociétés médicales)</li> <li>○ =&gt; impact actuellement difficile à évaluer</li> </ul> </li> </ul>

† Lien OLUtool : <https://www.medicins-conseils.ch/assurances/7786/>

\*OLUtool : Procédure méthodique permettant de quantifier l'utilité clinique des applications de l'art.71a-d ou de les classer en 4 catégories : (A-, B-, C-, D-rating)

\*\* Rating sectoriel : rating d'étude commun des assurances pour une indication définie d'un médicament ; est visé pour les indications locales importantes (thérapies innovantes et fréquentes)

© SSOM / Révision OAMa/OPAS / janvier 2024

Figure 2: Nouveautés (non exhaustives) concernant la prise en charge de médicaments dans des cas particuliers.

1. L'évaluation des avantages par les médecins-conseils est standardisée; ils doivent désormais utiliser l'outil OLU dans sa forme actuelle pour évaluer et motiver leur décision. Les autres solutions d'évaluation ne sont plus autorisées. C'est assurément un pas dans la bonne direction pour mieux comparer les décisions et, espérons-le, atteindre une meilleure égalité de traitement. Une recherche concomitante devra montrer si c'est effectivement le cas. La SSOM s'attelle actuellement à la préparation des bases nécessaires.

2. Les refus de garantie de prise en charge des coûts doivent être motivés à l'aide de l'outil OLU, ce qui signifie de facto que les médecins-conseils sont tenus de mettre à disposition le formulaire rempli. Cela augmente la transparence vis-à-vis de la personne qui a déposé la demande et du patient concerné, et évite des procédures de reconsidération à l'issue incertaine. En outre, les arguments scientifiques d'une demande de reconsidération peuvent être formulés de manière plus précise lorsque les divergences de la position du médecin-conseil sont clairement exposées.

3. Les réductions de prix sont désormais fixes, ce qui signifie que les longues discussions entre les assureurs-maladie et les entreprises pharmaceutiques ne sont plus nécessaires pour définir le prix dans les cas particuliers. Cela devrait permettre d'accélérer considérablement le processus, mais il reste un bémol: l'entreprise

pharmaceutique concernée n'est pas légalement tenue de livrer le médicament à ce prix. Il reste donc à savoir dans quelle mesure les entreprises vont faire preuve d'une attitude responsable sur ce point et quel risque elles sont prêtes à prendre quant à une éventuelle atteinte à leur réputation en cas de refus de livrer la substance à un certain prix.

La figure 2 montre quelques nouveautés concernant la prise en charge de médicaments dans des cas particuliers.

### Le traitement du cancer exige souvent l'utilisation de médicaments hors étiquette.

#### Garantie de prise en charge

Une demande de garantie de prise en charge doit en principe être déposée avant le début d'un traitement en off-label. Recommandations:

1. Utiliser le modèle [7] du site internet de la Société suisse des médecins-conseils et médecins d'assurance (SSMC) pour déposer une demande. Si ce modèle n'est pas utilisé, fournir au moins toutes les informations mentionnées.
2. Joindre la bibliographie pertinente.
3. Si possible, remplir déjà l'évaluation de l'utilisation hors étiquette, cela donne au médecin-

conseil des indications claires sur la manière dont la personne qui a déposé la demande voit la situation.

Si le traitement a déjà commencé, les bénéfices du traitement doivent être évalués au début du traitement, indépendamment de son succès.

#### Que faire en cas de refus

Si le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché n'est pas disposé à proposer le médicament au prix économique défini par les assureurs-maladie (catégorie A, B, C), le critère d'économicité ne peut pas être considéré comme rempli.

1. En cas de désaccord, la patiente ou le patient ne peut pas bénéficier du traitement
2. Les coûts des médicaments sont considérés comme non économiques et ne peuvent donc pas être remboursés par l'assurance obligatoire des soins (AOS).

Attention: pour l'heure, on ne peut pas exclure que les demandes de garantie de prise en charge soient davantage refusées parce que les assureurs-maladie et les entreprises pharmaceutiques ne s'entendent pas sur la catégorie du bénéficiaire.

Dans ce cas, les médecins disposent des possibilités suivantes:

1. En cas de refus, toujours demander le formulaire de l'outil OLU renseigné (les formulaires de l'outil OLU remplis pour des demandes qui

**Recommandations d'action concernant les détails formels de la demande de prise en charge des coûts :**

- Mentionner dans le titre qu'il s'agit d'une **demande de garantie prise en charge des coûts** selon l'art. 71a-71d OAMal
- Mentionner le nom de la marque (pas seulement le nom de la substance active) dans la demande.
- **Recommandation** Joindre l'évaluation OLUtool par le médecin traitant
- Toujours mentionner dans la justification : *Maladie mettant la vie en danger, donc traitement urgent nécessaire*
- Conserver la garantie de prise en charge des coûts dans le dossier du patient. Cave éventuellement limitation de temps

Figure 3: Mesures recommandées concernant les détails formels de la demande de prise en charge des coûts.

ont été refusées sont recueillis dans le cadre du projet SPAP).

2. Une *reconsidération* devrait être justifiée de manière objective et éventuellement étayée par des sources bibliographiques supplémentaires.

3. En cas de nouveau refus, il est possible de recourir aux instruments suivants:

- Demander à *consulter le dossier*. L'assurance doit alors mettre à disposition tous les documents relatifs au cas, ce qui permet d'avoir une meilleure vue d'ensemble pour déterminer si cela vaut la peine d'aller plus loin.
- Demander une *décision juridiquement valable*. Attention: seuls les patients peuvent la demander ou alors leur médecin doit avoir une procuration.
- *Dénonciation auprès de l'OFSP*. Cette option doit être envisagée en particulier lorsque le comportement du même assureur ou du même médecin-conseil paraît abusif pour la personne qui a déposé la demande.

La figure 3 résume les mesures recommandées pour les demandes de garantie de prise en charge des coûts.

### Période de transition

Les modifications sont en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2024. Que se passe-t-il pour les pa-

tients qui ont une garantie de prise en charge en cours?

Celle-ci reste valable aux mêmes conditions jusqu'à fin mars 2024. Si la garantie de prise en charge a été délivrée pour une durée indéterminée, l'assureur-maladie doit, durant la période de transition, conclure un nouvel accord avec le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché conformément à la nouvelle ordonnance. Si aucun accord n'est trouvé, l'assureur-maladie est tenu d'informer le médecin traitant que la prise en charge des coûts n'est plus garantie à partir d'avril 2024. Une réévaluation n'est pas nécessaire si la notation (rating) a été effectuée avant le 1<sup>er</sup> janvier 2024 avec l'outil OLU. La catégorie du traitement reste inchangée.

La figure 4 récapitule la période de transition.

### Droit de substituer

Une modification du droit de substitution visé à l'art. 52a de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal) est également entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2024: lorsque plusieurs médicaments ayant la *même composition de substances actives* sont admis dans la liste des spécialités, les pharmaciens peuvent remettre un médicament dont le prix est *plus avantageux*, pour autant

qu'il soit *tout aussi adéquat du point de vue médical pour l'assuré, à moins que le médecin ou le chiropraticien n'exige expressément la délivrance d'une préparation originale* [8].

## L'utilisation hors étiquette est extrêmement lourde. Un refus peut avoir des conséquences fatales.

Le Conseil fédéral peut fixer à quelles conditions les médicaments ne sont pas considérés comme tout aussi adéquats du point de vue médical. Si le médecin traitant veut qu'une préparation spécifique soit délivrée, il doit le spécifier sur l'ordonnance. Dans le cas contraire, le pharmacien peut la substituer et doit en informer la personne qui l'a prescrite.

### Quote-part génériques et biosimilaires

L'art. 38a de l'OPAS régit le devoir d'information aux patients concernant les génériques et les biosimilaires. Les médecins ou les pharmaciens les informent lorsque:

- *au moins un générique ou biosimilaire* composé des mêmes substances actives que la



Figure 4: Art. 71a-71d OAMal, période de transition jusqu'au 31 mars 2024.

▪ **Si la remise de la préparation originale ou de référence est obligatoire, il faut donc désormais que la prescription de la préparation originale ou de référence plus chère ou le refus de la substitution pour des raisons médicales soient prouvés et documentés, afin que la participation accrue aux coûts des assurés soit supprimée ("Sic" seul ne suffit plus) Le médecin doit documenter les raisons médicales prouvées dans le dossier du patient et les communiquer à l'assureur sur demande.<sup>1</sup>**

Une preuve peut être apportée, par exemple, si :

- des essais thérapeutiques ont été effectués avec au moins deux génériques ou biosimilaires et l'intolérance ou l'efficacité insuffisante correspondante a été documentée de manière contrôlable.
- il s'agit d'un médicament contenant une substance active à marge thérapeutique étroite.<sup>1</sup>

1. OFSP Rapport administratif sur les conséquences des modifications. [Succès et échecs, données administratives](#)  
2. [Lettre d'information du 2 décembre 2023 \(L23\) sur les modifications relatives à la prescription d'alternatives pour les médicaments au 1er janvier 2024 \(PDF, 214 KB, 06.12.2023\)](#)

Figure 5: Quote-part différenciée.

préparation originale ou la préparation de référence figure dans la liste des spécialités;

- la quote-part pour le médicament remis est supérieure à 10% [9].

Les préparations qui présentent une quote-part de 40% sont marquées d'un «X» dans la colonne QP (quote-part) de la liste des spécialités. *Tous les produits qui n'ont pas de «X» dans cette colonne ont une quote-part de 10%.*

L'art. 38a, al. 1, spécifie que la quote-part s'élève à 40% des coûts dépassant la franchise pour les médicaments dont le prix de fabrique est au moins 10% supérieur à la moyenne des prix de fabrique du tiers le plus avantageux de tous les médicaments composés des mêmes

substances actives et figurant sur la liste des spécialités. S'il est prouvé que le médecin prescrit expressément, pour des *raisons médicales*, une préparation originale ou une préparation de référence, ou s'il est prouvé que le pharmacien refuse la substitution pour des raisons médicales, l'alinéa 1 ne s'applique pas.

Par raisons médicales, on entend les intolérances, une efficacité insuffisante ou autres. Une simple préférence pour une préparation n'est pas une raison médicale (cf. fig. 5). Il est important de les *inscrire* en détail dans le *dossier médical* et de les *communiquer au médecin-conseil* afin d'éviter la quote-part plus élevée.

Comme les patientes et les patients qui suivent un traitement onéreux atteignent généralement plus vite leur quote-part, on pourrait croire qu'ils l'atteignent simplement plus tôt dans l'année avec la nouvelle règle des 40%. Mais ce n'est pas le cas, comme l'illustre l'exemple de calcul de la figure 6.

#### En résumé

La révision de l'OAMal/OPAS impacte considérablement la pratique des médecins traitants. Les démarches sont désormais plus contraignantes, et l'obligation de tout consigner augmente aussi la bureaucratie. L'avenir dira si l'égalité de traitement s'améliore. Il n'est cepen-

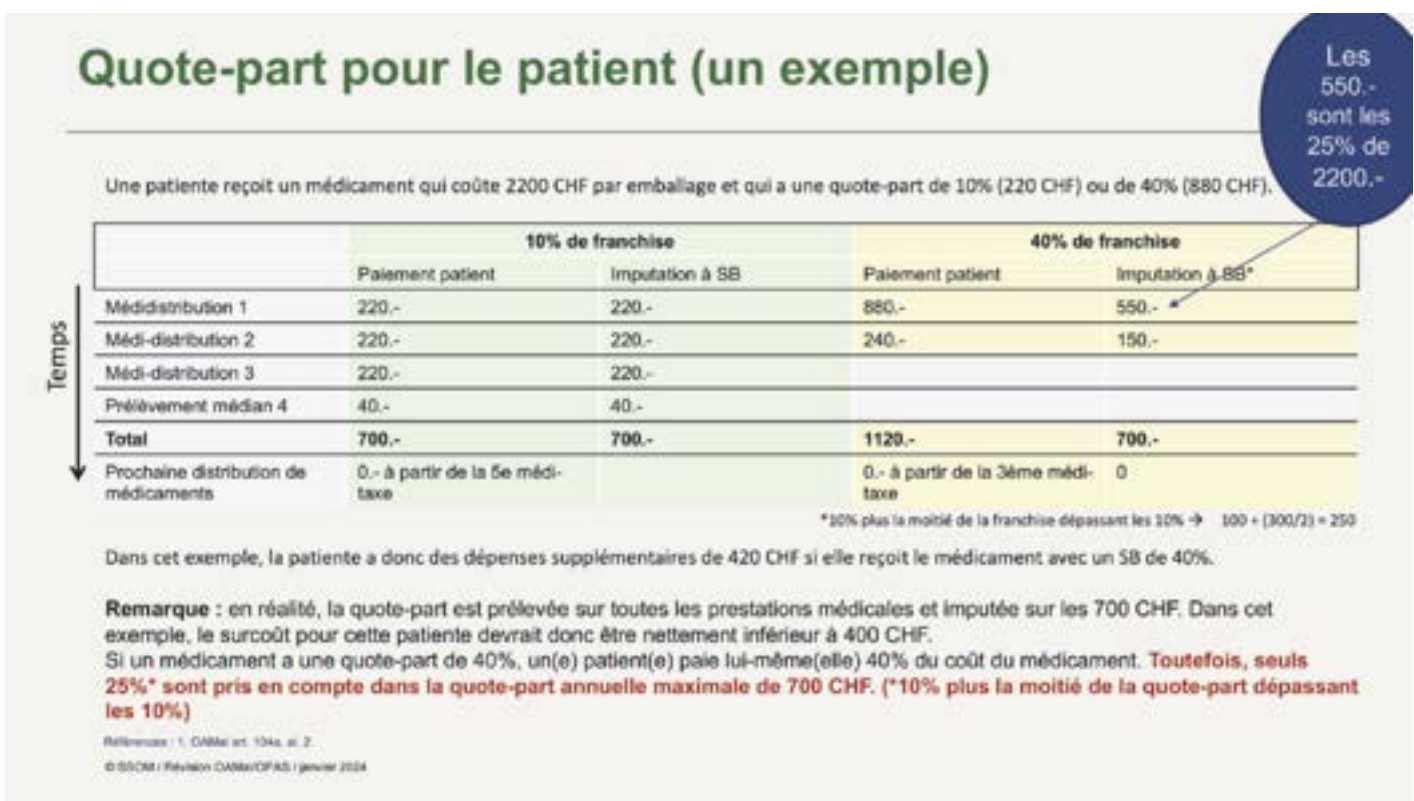


Figure 6: Quote-part pour les patients.

## Slide kit de la SSOM: «OAMa/OPAS, révision 2024: résumé des change- ments importants du point de vue des médecins»

La SSOM a établi en automne 2023 un résumé des changements les plus importants de la révision OAMa/OPAS pour les médecins traitants. Soumis à l'OFSP pour examen avant sa publication, le slide kit peut être téléchargé sur le site de la SSOM. Disponible en français et en allemand, il sera actualisé si nécessaire.

Lien pour télécharger le  
slide kit: [https://www.  
sgmo.ch/fr/politique/revi-  
sion-oamal-opas/](https://www.sgmo.ch/fr/politique/revision-oamal-opas/)



de mettre en place un programme incluant une étude concomitante afin de surveiller les évolutions. La SSOM s'engage aux côtés de la FMH

## Les articles sur l'utilisation de médicaments hors étiquette permettent d'ac- céder à des thérapies inno- vantes.

et de nombreuses autres organisations de renom pour un accès rapide et équitable aux thérapies innovantes.

**Correspondance**  
info[at]sgmo.ch



### Références

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

dant pas exclu que l'accès aux thérapies innovantes se détériore à terme. Il est donc urgent

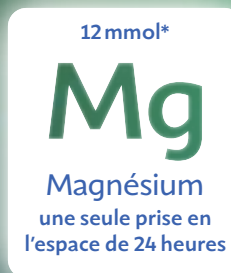
Annonce

# Sans calcul compliqué?

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



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



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

La performance,  
droit au but

MAGNESIUM		
Diasporal®		
3	Li	4
11	Na	12
19	K	20
21	Sc	

### Références

1) Information professionnelle Magnésium-Diasporal® 300 sous [www.swissmedicinfo.ch](http://www.swissmedicinfo.ch), consulté en septembre 2023 2) Information professionnelle Magnésium-Diasporal® 100 CitraCaps sous [www.swissmedicinfo.ch](http://www.swissmedicinfo.ch), consulté en septembre 2023 3) Information professionnelle Magnésium-Diasporal® 300 sans sucre sous [www.swissmedicinfo.ch](http://www.swissmedicinfo.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-ammoniac-magnésienne; excrucose. **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.swissmedicinfo.ch](http://www.swissmedicinfo.ch).

DOETSCH GRETHER SA, 4051 Bâle, tél. 061 287 34 11, [info@doetschgrether.ch](mailto:info@doetschgrether.ch), [www.doetschgrether.ch](http://www.doetschgrether.ch)

DG  
DOETSCH GRETHER  
PHARMA • OTC • CONSUMER CARE

# Nouvelles du corps médical

## Todesfälle / Décès / Decessi

*Ernesto Ostinelli (1945)*, † 27.12.2023, Spécialiste en pathologie, 6830 Chiasso

*Mevion Famos (1944)*, † 31.12.2023, Facharzt für Chirurgie, 6612 Ascona

*Viktor Eli (1934)*, † 11.1.2024, Spécialiste en anesthésiologie, 3006 Bern

*David Arthur Künzler-Feucht (1933)*, † 15.1.2024, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, 8910 Affoltern am Albis

*Josef Guggenheim (1942)*, † 19.1.2024, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, 8049 Zürich

der Ärzte-Gesellschaft des Kantons Zug eingereicht werden. Nach Ablauf der Einsprachefrist entscheidet der Vorstand über Gesuch und allfällige Einsprachen.

## Praxiseröffnung / Nouveaux cabinets médicaux / Nuovi studi medici

### ZH

*Cyrill Denner*, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Mitglied FMH, Witellikerstrasse 40, 8032 Zürich

## Ärztegesellschaft des Kantons Bern Ärztlicher Bezirksverein Bern Regio

Zur Aufnahme als ordentliches Mitglied haben sich angemeldet:

*Martha Monika Groove*, Fachärztin für Hämatologie und Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, Mitglied FMH, Onko-Netz Bern, Monbijoustrasse 10, 3011 Bern

*Stefanie Siegfried*, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, Mitglied FMH, Effinger-Praxis, Effingerstrasse 14, 3011 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 Zug

Zur Aufnahme als ordentliches Mitglied hat sich angemeldet:

*Patrick Schur*, Praktischer Arzt, Mitglied FMH, Praxis Dr. Schur, Poststrasse 10, 6300 Zug

Einsprachen gegen diese Kandidaturen müssen innerhalb 14 Tagen seit dieser Veröffentlichung schriftlich und begründet beim Sekretariat





# PRÉSENTATION DE LIVRE

Éditions médicales suisses EMH

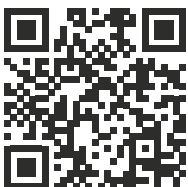


**Wilhelm Felder, Kurt Schürmann**

## Supervision en psychothérapie – spécialité psychiatrie systémique de l'enfant et de l'adolescent

Ce livre est le résultat des longues années d'exercice des deux auteurs, qui sont étroitement liés à la pensée systémique. Sur la base d'une expérience de plusieurs décennies en supervision clinique, il propose aux consœurs et confrères de la prochaine génération une méthode pertinente et effi-

cace de supervision en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Dans les professions dites «d'aide», la supervision fait, pour les spécialistes des établissements de psychologie et psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, partie intégrante de la formation initiale et continue ainsi que de l'assurance qualité.



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



Le workshop sur les soins coordonnés en médecine de premier recours s'est tenu les 10 et 11 novembre 2023 à Lucerne.

# De l'importance des médecins de premier recours

**Meeting 3C** Comment garantir de façon durable la qualité élevée des soins coordonnés en médecine de premier recours, tout en maintenant des coûts acceptables? En novembre dernier, une centaine de professionnels se sont réunis pour organiser l'avenir du système de santé suisse. Compte rendu du Meeting 3C à Lucerne.

**Werner Mäder**  
medswissnet

Le Meeting 3C («3C» pour «Community of Coordinated Care») a lieu chaque année, sous le patronage de l'Association suisse des réseaux de médecins medswiss.net. L'an dernier, ce workshop centré sur l'innovation et consacré aux soins coordonnés en médecine de premier recours s'est tenu les 10 et 11 novembre à Lucerne. Une centaine de personnes,

représentant les réseaux de médecins et de cabinets ainsi que des sociétés d'exploitation, assurances et associations issues de la politique, ont réfléchi au système de santé suisse. Les participants ont développé des idées sur la façon dont l'avenir pouvait être organisé, et ont mis en évidence les questions à aborder pour garantir durablement en Suisse une qualité élevée

des soins coordonnés en médecine de premier recours, tout en maintenant des coûts acceptables.

Felix Huber, président de mediX suisse, a présenté la multitude des champs d'action, en faisant des rapprochements avec l'Antiquité. «Héra, très vite devenue jalouse, a envoyé deux serpents pour tuer le petit Héraclès. Il les a

étranglés tous les deux.» Pour faire un parallèle avec la politique de santé en Suisse, il importe de réagir de la même manière avec le flux de décisions, ordonnances et nouvelles lois. C'est ainsi que cela fonctionne depuis des années avec l'avalanche de réglementations du Département fédéral de l'intérieur (DFI) et de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), ainsi qu'avec les interventions parlementaires et nouvelles lois sur la politique de la santé.

L'augmentation de la bureaucratie surcharge le quotidien des acteurs du secteur médical et accentue le manque de personnel qualifié. Il suffit de regarder les objectifs de coûts et les rêves de budgétisation globale, qui sont finalement devenus des tigres de papier sans aucun effet, la loi sur la qualité coupée des réalités, ou la réglementation des admissions, qui contribue en fin de compte à l'intensification de la pénurie de personnel qualifié.

La santé étant trop complexe pour être maîtrisée, Felix Huber en arrive à la conclusion que le modèle du médecin de premier recours conventionné, qui prévoit des soins coordonnés continus, est le meilleur moyen d'assurer une indication basée sur des données probantes ainsi qu'un suivi qui tienne compte des coûts et recueille l'adhésion des patientes et des patients.

### Les difficultés actuelles

Yvonne Gilli, présidente de la FMH, constate qu'entre 2000 et 2020, les primes des caisses-maladie par ménage n'ont augmenté que de 2% par rapport au revenu brut moyen des ménages. «L'évolution des coûts suit celle de tous nos pays voisins, voire ralentit.» En revanche, elle estime que la charge bureaucratique s'est accentuée, ainsi que la dépendance envers l'étranger et la pénurie de personnel qualifié. «Nous ne cessons de parler d'explosion des coûts, en ignorant l'implosion des soins», conclue-t-elle.

Thomas Christen, vice-président de l'OFSP, explique qu'avec la stratégie «Santé2030», la Confédération veut «qu'en Suisse, les personnes vivent dans un environnement favorable à une bonne santé, indépendamment de leur état de santé et de leur milieu socioéconomique.» Selon lui, «la population bénéficie d'un système de santé moderne, de qualité élevée et financièrement acceptable.» Pour Thomas Christen, les principales difficultés résident dans le retard de la numérisation, la pénurie de personnel qualifié dans les soins de premier recours, l'amélioration de la qualité, la hausse des coûts et des primes, sans oublier l'obsolescence des tarifs et les incitations inopportunes.

### Où en serons-nous dans cinq ans?

Rémi Guidon, CEO de la nouvelle organisation tarifaire OTMA SA, voit une lueur d'espoir sur le front des tarifs. La création d'une institution



Felix Huber, président de mediX suisse.

nationale commune, regroupant les prestataires et les assurances du secteur de la santé, est pour lui une étape importante dans l'évolution des systèmes tarifaires nationaux régissant les prestations médicales ambulatoires (TARDOC et forfaits ambulatoires).

Urs Stoffel, du département Médecine et tarifs ambulatoires de la FMH, déclare toutefois que tous les problèmes ne sont pas résolus concernant la tarification des prestations ambulatoires. Certes, la FMH salue les forfaits ambulatoires sur le principe. C'est pourquoi l'assemblée générale a adopté la version V1.3.2 du TARDOC, ainsi que la lettre cadre sur l'en-

semble des mesures, avec l'accord général et les principes de tarification. Elle a en revanche rejeté la demande d'approbation de la version V1.0 des forfaits ambulatoires, car elle n'était pas d'accord avec son contenu. Il annonce que l'entrée en vigueur du ou des tarif(s) ambulatoire(s) sera malgré tout possible dès le 1<sup>er</sup> janvier 2025.

### Quelles sont les variables d'ajustement?

Christoph Bosshard, vice-président de la FMH, souligne que le problème du manque de médecins n'est toujours pas résolu. Il plaide donc en faveur d'une augmentation des places pour les



Yvonne Gilli, présidente de la FMH.

## Organisations



Thomas Christen, vice-président de l'OFSP.

étudiantes et étudiants, mesure qui ne pourra pas produire d'effet avant une dizaine d'années. Ce qui pourrait être assez rapidement efficace, ce sont des conditions de travail modernes, même pour la «génération des plus anciens», une diminution de la charge administrative, une actualisation des systèmes de tarifs et de financement, enfin la promotion de l'approche interprofessionnelle et de la numérisation.

Philippe Luchsinger, président de la mfe, pense que, pour sécuriser les soins en Suisse, il faut plus que de simples variables d'ajustement. Il estime que la Suisse se trouve déjà confrontée à un manque de soins, et que la situation va s'accroître dans les années à venir. Si, comme c'est le cas actuellement, seuls 20% des étudiantes et étudiants en médecine s'orientent vers la médecine de premier recours, à compter de 2025 à peine la moitié de ce type de soins pourra être assuré. Il pense donc qu'il faut de toute urgence un plan directeur pour la promotion de la relève.

### Le modèle «Smart Managed Care»

Le manque de capacités a amené beaucoup de médecins de premier recours à limiter le nombre de nouvelles patientes et de nouveaux patients, afin de pouvoir maintenir le niveau de qualité. Lors de la récente initiative de medswiss.net sur les médecins de premier recours, «Hausarztmodell PLUS», Leander Muheim, CEO de mediX zürich AG, a déclaré que c'était de nos jours un «privilege d'avoir un médecin de premier recours». Il précise que beaucoup de modèles de listes orientent vers des médecins qui, depuis longtemps déjà, ne prennent plus de nouvelles patientes, ni de nouveaux patients. C'est là qu'intervient le modèle Hausarztmodell

PLUS: «Nous voulons rendre les modèles de médecins de premier recours conventionnés, qui sont de réels modèles de qualité, visibles pour la patientèle, avec une disponibilité des médecins consultable pour ce type de modèle.» Sur la liste comparative des primes de Comparis, à partir de mi-2024, il sera par exemple possible de limiter la sélection des produits d'assurance aux «offres associées à un médecin de premier recours existant».

Pour Robin Schmidt, membre de la direction de mediX zürich, le traditionnel modèle de médecins de premier recours arrive à ses limites. L'avenir est pour lui dans le modèle «Smart Managed Care», qui laisse aux assurés le choix entre un rendez-vous chez le médecin de premier recours ou l'utilisation d'un centre

d'appels, avec accès à leurs principales données médicales. Ce centre d'appels peut alors leur délivrer des recommandations fiables, pour le self-care (autogestion de sa santé), la prise de rendez-vous avec un médecin de premier recours, une téléconsultation avec un médecin du modèle Telmed, voire pour une consultation médicale en urgence.

### Numérisation et données

Marc Keller, spécialiste des données et des assurances chez MedSolution, explique que les échanges de données entre les assurances et les réseaux de médecins fonctionnent suivant le même modèle depuis 25 ans. Il estime que nous avons maintenant besoin d'un nouveau standard pour les données des réseaux de soins intégrés («managed care»). Il indique que l'objectif est d'améliorer l'efficacité des coûts et la responsabilisation budgétaire, d'intensifier la mise en réseau, de faciliter le choix des fournisseurs privilégiés («preferred provider») et de mieux évaluer la qualité de sa propre prestation.

Mathias Becher, responsable de la division Transformation numérique à l'OFSP, concède clairement que dans le système de santé suisse, la numérisation accuse un gros retard. Il indique que le programme «DigiSanté: promouvoir la transformation numérique du système de santé» doit «maintenant mettre au point pour la Confédération des prestations numériques et standards en lien avec la santé, et permettre un quotidien professionnel efficace». L'objectif du projet est de créer un espace commun pour les données liées à la santé. Mais ce projet complexe ne démarrera qu'en 2025 et durera entre huit et dix ans.

Pour Jonathan Meier, CEO et fondateur d'Healthinal, grâce à la solution de mise en réseau «Heureka», les données du dossier médical



Philippe Luchsinger, président de la mfe.

peuvent être mises à la disposition des acteurs de la télémédecine ou des médecins partenaires beaucoup plus simplement et beaucoup plus vite, voire dès l'année prochaine. Il explique qu'Heureka peut fournir, à la demande et de façon décentralisée, sous le contrôle des médecins adhérents, des informations totalement cryptées et compatibles avec la protection des données, sans charge supplémentaire pour le système primaire et quelle que soit la solution informatique. Il affirme que les essais pilotes réalisés avec les différents systèmes d'information PIS ont montré que la solution technique fonctionne; il indique que la version 1 sera utilisée début 2024, par plus de 800 médecins, avec les données de base, le traitement et les diagnostics dans un premier temps.

### Soulager l'activité médicale

La dernière thématique consistait à déterminer où, comment et par qui le soutien des médecins de premier recours était judicieux.

En tant que médecin de premier recours, Wolfgang Czerwenka, membre du conseil d'administration d'Argomed Ärzte AG, voit d'un œil critique la tendance de tout un chacun à vouloir

«jouer le médecin de famille». Il insiste bien: la médecine de premier recours n'a rien d'un jeu, c'est un travail ardu. Les médecins de famille font beaucoup plus qu'orienter et sont aussi bien plus qu'un simple produit d'assurance.

Les infirmières et infirmiers de pratique avancée (APN) pourraient assumer une partie du travail jusque-là réservé au médecin. Les personnes au poste de clinical assistant travaillent la plupart du temps en présence du médecin de premier recours et assurent des examens plutôt standards. Ces deux professions pourraient soulager l'activité médicale dans les grands cabinets.

### Résumé en cinq points

Conformément à la tradition, le workshop s'est terminé sur la formulation de thèses sur les modifications nécessaires du système de santé, pour promouvoir des soins de premier recours coordonnés. En voici un résumé:

1. Les réseaux de médecins deviennent l'accès exclusif à la médecine de premier recours et assurent la transparence de leurs travaux de qualité. C'est un «privilege d'avoir un médecin de premier recours».

2. L'EFAS et le TARDOC doivent à présent être rapidement mis en œuvre. Les obstacles à un modèle de soins innovants et intégrés doivent donc être levés, et des incitations à l'efficacité et à la qualité mises en place. Il faut changer le calcul des primes pour les modèles.

3. Afin de remédier au manque de personnel qualifié dans les soins de premier recours, les cantons devraient permettre, dès maintenant, d'acquérir les trois années d'expérience dans un cabinet de soins de premier de recours.

4. La santé publique n'est pas vraiment un système. C'est pourquoi elle n'est pas gérable de l'extérieur. L'innovation sera encouragée par des interventions très peu invasives, et non par l'avalanche actuelle de réglementations.

5. Il faut veiller à ce que la numérisation soit utile aux médecins, sans leur imposer de charge de travail supplémentaire. Les systèmes de données décentralisés devraient être mis en réseau avec des interfaces intelligentes, au lieu d'élaborer de nouvelles mémoires de données centrales.

### Correspondance

annesybil.goetschi[at]medsolution.ch

Annonce

Nouveau  
admis par  
les caisses<sup>1</sup>

## Pour une bonne digestion<sup>2-4</sup>

**Vita Hepa 600® Dragées** –  
Stimulent la sécrétion de bile et  
favorisent la digestion des lipides<sup>3,4</sup>

- pour le traitement des troubles gastro-intestinaux p. ex. en cas de digestion difficile, de sentiment de pesanteur et de ballonnements<sup>2</sup>
- profil de tolérance favorable<sup>2</sup>
- admis par les caisses-maladie<sup>1</sup>

Vita   
**Hepa 600**

Extrait de feuilles d'artichaut contre  
les troubles gastro-intestinaux



**Références:** 1) Office fédéral de la santé publique, liste des spécialités, [www.listedesspecialites.ch](http://www.listedesspecialites.ch), état au 1<sup>er</sup> juillet 2023. 2) Information destinée aux patients Vita Hepa 600® sous [www.swissmedicinfo.ch](http://www.swissmedicinfo.ch). 3) Holtmann G et al. Efficacy of artichoke leaf extract in the treatment of patients with functional dyspepsia: a six-week placebo-controlled, double-blind, multicentre trial. *Aliment Pharmacol Ther.* 2003;18:1099–1105. doi: 10.1046/j.1365-2036.2003.01767.x. 4) Ben Salem M et al. Pharmacological Studies of Artichoke Leaf Extract and Their Health Benefits. *Plant Foods Hum Nutr.* 2015;70(4):441–453. doi: 10.1007/s11130-015-0503-8. Si nécessaire, les professionnels de santé peuvent se procurer les références citées auprès de Doetsch Grether AG (adresse ci-dessous).

**Information professionnelle abrégée Vita Hepa 600 dragées. Principes actifs:** extrait sec de feuilles d'artichauts (*Cynara cardunculus* L., folium) DER 4–6:1, solvant d'extraction: eau pour des fins d'extraction. **Indications:** pour traiter les problèmes gastro-intestinaux, comme une digestion difficile, un sentiment de pesanteur et des ballonnements. **Posologie:** chez l'adulte: 1 dragée 2 fois par jour. **Contre-indications:** en cas d'allergie aux artichauts et à d'autres composées (Asteraceae), ainsi qu'en cas d'obstruction des voies biliaires; enfants et adolescents de moins de 18 ans. **Mises en garde:** en présence de calculs biliaires et intolérance à certains sucres. **Grossesse, allaitement:** aucun risque n'est connu, toutefois il manque des études scientifiques systématiques. **Effets indésirables:** l'emploi approprié n'a donné lieu à aucun effet indésirable. **Présentation:** 20, 50 ou 100 dragées. **Liste D;** Doetsch Grether AG, 4051 Basel; Mise à jour de l'information: août 2022.

Informations basées sur l'information destinée aux patients. Pour des informations détaillées voir [www.swissmedicinfo.ch](http://www.swissmedicinfo.ch).



© Bert Folsom / Dreamstime

La loi interdit l'importation de produits dopants, et donc de DHEA, quelle qu'en soit la quantité.

# La DHEA et ses conséquences judiciaires

**Interdiction d'importation** La médecine dite «anti-âge» a le vent en poupe et les cures d'hormones vantent la promesse d'une vie plus épanouie. De plus en plus de professionnels de santé recommandent à leurs patientes et patients de prendre de la DHEA (déhydroépiandrostérone), un précurseur d'hormones sexuelles masculines et féminines, – souvent avec de lourdes conséquences.

**Jonas Personeni**

Responsable Prévention et Communication, Swiss Sport Integrity

**E**n tant que stéroïde anabolisant, la DHEA peut être utilisée de manière abusive à des fins de dopage et figure donc sur la liste des substances dopantes. La DHEA figure par ailleurs dans l'annexe de l'Ordonnance sur l'encouragement du sport (OESp) et est donc considérée comme un produit dopant interdit au sens de la Loi sur l'encouragement du sport (LESp). Celle-ci s'applique indépendamment

des activités sportives, donc également aux non-sportifs. Conformément à cette loi, l'importation de produits dopants, et donc de DHEA, est interdite, quelle qu'en soit la quantité [1]. Avec le soutien de l'Office fédéral de la douane et de la sécurité des frontières (OFDF) ainsi que celui des autorités policières cantonales, des colis suspects sont constamment saisis et transmis à Swiss Sport Integrity. Les saisies ont

atteint un nouveau record en Suisse en 2022, et la tendance à la hausse se poursuit en 2023.

## Quelles conséquences juridiques?

Souvent, les commandes de DHEA ne sont pas justifiées par des raisons médicales légitimes. En conséquence, les produits dopants saisis sont détruits par Swiss Sport Integrity dans le cadre d'une procédure administrative, moyennant

des frais pour la personne qui a passé la commande. Les personnes qui sont membres ou licenciées d'une fédération sportive, d'une association ou d'un club affilié à Swiss Olympic font en outre l'objet d'une procédure disciplinaire pouvant mener à une suspension durant plusieurs années. En cas de soupçon de trafic de DHEA, l'OFDF ou Swiss Sport Integrity dépose une dénonciation pénale auprès du ministère public compétent.

### Cas exceptionnels

Ces produits en principe interdits peuvent éventuellement être autorisés pour un usage médical justifié. Pour ce faire, une ordonnance médicale suisse valable (établie avant l'importation) ainsi qu'une demande écrite d'autorisation doivent être présentées dans le délai prescrit. Sous ces conditions, un particulier peut importer des médicaments prêts à l'emploi en petite quantité, équivalente à un mois de consommation, pour son propre usage. Si cette limite n'est pas respectée et qu'une quantité plus importante est importée, la quantité totale sera considérée comme une importation illégale de médicaments [2] et fera l'objet de poursuites par Swissmedic. L'autori-

sation d'une partie de cette quantité n'est pas possible.

### Consignes pour les médecins

En raison de son action pharmacologique et de ses effets secondaires possibles, la DHEA n'est autorisée en Suisse que sous forme de médicaments délivrés sur ordonnance. Les compléments alimentaires contenant de la DHEA, tels qu'ils sont disponibles sur le marché américain sans ordonnance, ne peuvent pas être commercialisés en Suisse. Si un traitement à la DHEA est indiqué et considéré comme judicieux, une prescription en bonne et due forme du produit par le médecin traitant est nécessaire (le dosage doit également être indiqué). Dans ce cas, le médecin assume la responsabilité du traitement avec un médicament non autorisé. Dans le cadre du devoir de diligence, le patient doit alors être informé du traitement avec un médicament non autorisé, et son consentement doit être obtenu.

Le traitement prescrit peut par exemple être préparé sous forme de préparation magistrale par une pharmacie disposant de l'autorisation correspondante pour le patient concerné.

Avant de procéder à la commande et à l'importation de DHEA, les professionnels desanté et leurs patients doivent s'informer très précisément sur le produit en question afin d'exclure tout risque potentiel pour la santé et toute conséquence juridique.

### Correspondance

info[at]sportintegrity.ch



### Références

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

Annnonce

# 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\*1im. (LS septembre 23), 20\*1im. (LS septembre 23), 10x20\*1im. (LS septembre 23); caps 6, 10\*1im. (LS septembre 23), 20\*1im. (LS septembre 23), 10x20\*1im. (LS septembre 23) (D). [Février 2021]. Pour de plus amples renseignements, veuillez consulter le site <http://swissmedicinfo.ch>.

Information destinée aux spécialistes.

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



# EMPLOIS

Bulletin des médecins suisses



À consulter  
**maintenant!**

## Publier des offres d'emploi là où elles sont lues!

- Abonnements de recherche avec notifications
- Possibilité de postuler et administration des candidatures
- Optimisé pour tous les terminaux



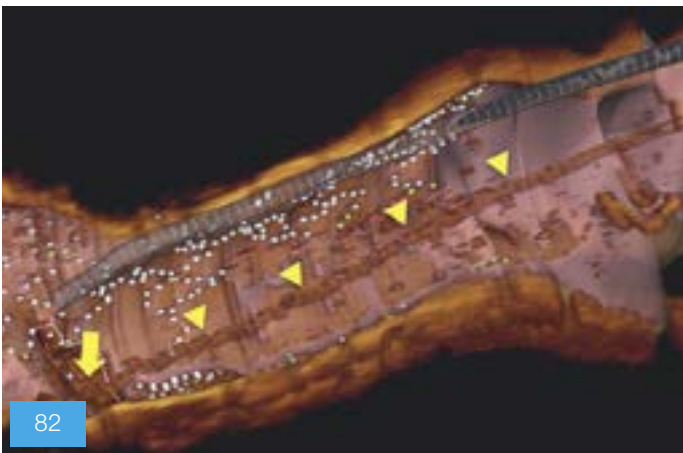
[jobs.saez.ch](https://jobs.saez.ch)

Powered by:  
**EMHMedia**  
SCHWEIZERISCHER ÄRZTEVERLAG  
EDITIONS MEDICALES SUISSES



# 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.

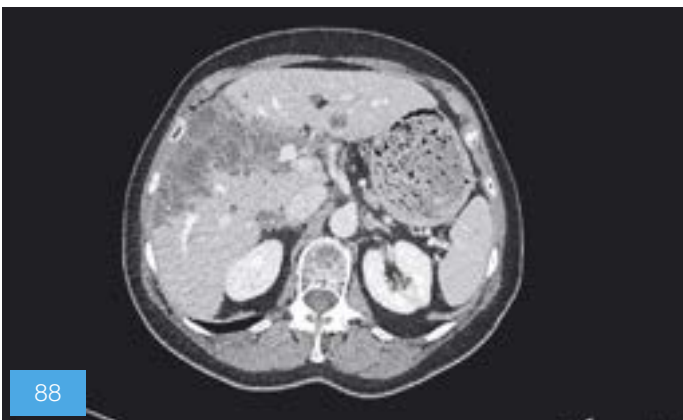


82

## L'avenir de l'intervention coronarienne percutanée

**Imagerie intracoronaire** À la lumière des publications récentes, cet article de revue offre une vue d'ensemble pratique de l'imagerie intracoronaire, avec un accent particulier sur la tomographie par cohérence optique, et s'adresse à un public d'internistes et de cardiologues non invasifs.

Miklos Rohla, Lorenz Räber



88

## Diagnostic différentiel rare d'une tumeur hépatique

**Douleurs épigastriques** La patiente de 73 ans souffrant d'une hypertension artérielle connue se présente aux urgences avec des douleurs aiguës côté droit allant de l'épigastre au flanc, de caractère lancinant et tiraillant. Elle explique que les douleurs sont apparues subitement, s'accroissent au repos et s'améliorent pendant l'activité physique.

Joëlle Brügger, Constantine Bloch-Infanger



92

## If you hear hoofbeats, think of horses, not zebras

**Anémie ferriprive** Un garçon de 11 ans s'est présenté en raison de douleurs abdominales basses persistantes après avoir subi une appendicectomie laparoscopique. Il avait des antécédents de douleurs abdominales chroniques et de constipation depuis plusieurs années. Depuis environ cinq ans, un trouble de la croissance se profilait en outre.

Tobias Müller, Anna Kündig et al.

## Journal Club

# Weekly Briefing

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

Rédaction scientifique Forum Médical Suisse

## Arrêt des contraceptifs

### Disparition de la thrombophilie?

Les contraceptifs combinés (CC), associant œstrogène + progestatif, entraînent un risque accru de thrombose veineuse/embolie pulmonaire. En combien de temps la thrombophilie disparaît-elle à l'arrêt des CC? Chez 66 femmes ayant arrêté leur CC, de nombreux marqueurs biochimiques thrombotiques ont été déterminés de manière séquentielle pendant jusqu'à 12 semaines après l'arrêt. Deux marqueurs décisifs, à savoir la sensibilité de la formation de thrombine à la protéine C activée (nAPCsr) et la thrombomoduline (nTMsr), se sont normalisés dans >80% des cas en 2 semaines et dans >85% des cas en 4 semaines. Après 12 semaines, les valeurs étaient normalisées. On peut en conclure qu'une pause de 2–4 semaines avant une opération majeure ou l'arrêt d'un traitement anticoagulant est suffisante.

Blood. 2024. doi.org/10.1182/blood.2023021717.  
Rédigé le 10.1.24\_MK

## Pénicilline à libération prolongée

### Traitement de 1<sup>er</sup> choix de la syphilis précoce

Le traitement standard de la syphilis précoce reste la pénicilline intramusculaire à libération prolongée (1× 2,4 millions d'UI de benzathine pénicilline, 1,2 million dans chaque fesse). Comme elle n'est pas autorisée en Suisse, il faut à chaque fois commander des produits étrangers. Les alternatives orales actuelles ont l'inconvénient de devoir être administrées 2× par jour pendant 14 jours (doxycycline 100 mg) ou de présenter déjà des résistances (macrolides). L'étude la plus récente sur le linézolide oral 600 mg 1× par jour pendant 5 jours est elle aussi décevante: 62 patientes et patients ont été comparés à 28 autres du groupe contrôle prenant de la pénicilline à libération prolongée. Alors que tous les sujets du groupe contrôle ont été guéris, seuls 70% l'ont été avec le linézolide.

Lancet. 2024. doi.org/10.1016/S1473-3099(23)00683-7.  
Rédigé le 10.1.24\_MK

## Bactériémie à *Staphylococcus aureus*

### Spondylodiscite hématogène

Une complication redoutée de la bactériémie à *Staphylococcus aureus* (BSA) est la dissémination hématogène. Quelle est la probabilité d'une ostéomyélite vertébrale? Sur 3165 patientes et patients avec BSA, 127 (4%) ont développé une spondylodiscite à SA (SSA). Le risque de développer cette complication était indépendant du génotype et du profil de résistance de la bactérie, mais des facteurs liés aux patientes et patients ont été identifiés comme étant associés à la dissémination hématogène: 1. BSA nosocomiale, 2. délai jusqu'au diagnostic de la BSA >2 jours et 3. persistance de la BSA sous antibiothérapie. La morbidité concomitante de la SSA était élevée: 26% des personnes avaient en plus une endocardite, 26% ont subi une opération du rachis, 30% ont eu une récidive. Le taux de létalité de la SSA était de 22%.

Clin Infect Dis. 2023. doi.org/10.1093/cid/ciad377.  
Rédigé le 11.1.2024\_MK

## CME

### Supplémentation orale en fer: principes essentiels

- Malgré la popularité de la supplémentation intraveineuse en fer, la supplémentation orale est la mesure de premier choix en cas de carence en fer avec ou sans anémie.
- La supplémentation intraveineuse doit être envisagée uniquement lorsque toutes les possibilités d'optimisation de l'absorption orale du fer ont été considérées et testées.
- Il existe de nombreuses possibilités d'amélioration subtiles pour rendre la supplémentation orale en fer plus simple, mieux tolérée et plus efficace. Il faut es-

sayer d'adapter la supplémentation aux besoins individuels de chaque patiente et patient.

1. En cas d'effets indésirables gastro-intestinaux dus aux suppléments de fer: réduire la dose et/ou l'intervalle entre les suppléments de fer, changer de produit.
2. L'absorption du fer est meilleure en cas de prise 1× par jour ou mieux encore 1× tous les 2 jours (!). Éviter la prise 3× par jour. L'absorption est meilleure le matin que l'après-midi.
3. L'absorption du fer est optimisée si les suppléments de fer sont pris à jeun, éventuellement avec un verre de jus d'orange (vitamine C).
4. Respecter un intervalle de 30–60 minutes avant de prendre du café/thé et le petit-déjeuner/repas.

5. Si les suppléments de fer ne sont pas tolérés à jeun, les prendre avec les repas, même si l'absorption s'en trouve réduite.
6. Faire attention aux interactions: le calcium diminue l'absorption du fer – adapter l'heure de la prise. Attention aux inhibiteurs de la pompe à protons: ils causent non seulement une carence en vitamine B<sub>12</sub>, mais aussi en fer.
7. En cas de carence en fer due aux habitudes alimentaires: remplacer les produits carnés par des aliments riches en fer non-hémique: tofu, lentilles, fèves de soja.
8. La reconstitution des réserves de fer prend jusqu'à six mois.

BMJ. 2024. doi.org/10.1136/bmj-2023-075741.  
Rédigé le 11.1.24\_MK

## Traitement par cellules CAR-T

# De l'oncologie aux maladies auto-immunes?

Le traitement par cellules CAR-T (CAR = récepteur antigénique chimérique) utilise des lymphocytes T qui, après modification génétique, expriment un récepteur antigénique spécifique. Celui-ci se lie aux épitopes correspondants d'une cellule cible et active ensuite la cellule T: la cellule cible présentatrice d'antigène est détruite. Ce principe a révolutionné le traitement des hémopathies malignes graves, en particulier des lymphomes et leucémies à cellules B. Le CD19, exprimé par les lymphocytes B, est la cible moléculaire la plus fréquente.

Les cellules B sont cependant aussi impliquées dans la pathogenèse de maladies auto-immunes, de manière décisive par exemple du lupus érythémateux systémique (LES) et de la sclérose en plaques (SEP). Il est connu qu'un traitement déplétif des cellules B (rituximab) entraîne ici une amélioration clinique, mais au prix d'une immunosuppression. Le traitement par cellules CAR-T a aussi des effets indésirables sévères: le plus redouté est la tempête cytokinique («cytokine release syndrome»), qui se traduit par des nausées, de la fièvre et un dysfonctionnement des organes et s'observe dans 40–80% des cas. Les personnes atteintes d'une maladie auto-immune sont généralement un peu plus jeunes et en meilleure santé que les patientes et patients hématologiques, et la tolérance aux effets indésirables sévères d'un traitement est donc plus faible. Une bonne candidate, un bon candidat pour un traitement par cellules CAR-T a donc une pathologie auto-immune à prédominance de cellules B avec une évolution potentiellement fatale et une absence de réponse à d'autres traitements (plus sûrs et moins chers!).

Après des rapports de cas anecdotiques («n=1») et de petites séries de cas, plusieurs études précliniques et cliniques précoces sur le traitement par cellules CAR-T et l'auto-immunité sont maintenant en cours, notamment dans le pemphigus vulgaire, la myasthénie grave, le diabète sucré de type 1, la SEP, la polyarthrite rhumatoïde et le LES. Dans ce traitement modifié (CAAR, «chimeric autoantigen receptor»), seules les cellules B présentant également l'auto-antigène correspondant sont lysées. Malgré tout l'optimisme que suscite cette approche curative, il reste (encore) le problème des coûts immenses: un traitement unique coûte jusqu'à un demi-million de francs suisses.

Nat Med. 2024, doi.org/10.1038/s41591-023-02716-7.  
Rédigé le 14.1.2024\_HU

## Divertissant et curieux



© Felipe Caparros Cruz / Dreamstime

Qui est né en 1824? Quand le terme «abcès» a-t-il été mentionné pour la première fois dans un texte écrit? Ces «anniversaires» et bien plus encore peuvent être consultés chaque année dans le *British Medical Journal* sous la plume de Jeffrey K. Aronson, un pharmacologue clinicien d'Oxford.

## Anniversaires médicaux

Jeffrey K. Aronson, un pharmacologue clinicien d'Oxford, publie chaque année dans le *British Medical Journal* une liste d'anniversaires médicaux à chiffres ronds: anniversaires de scientifiques, de médecins, de découvertes majeures, de l'introduction de nouvelles méthodes et thérapies [1]. Divertissant et curieux. C'est par exemple le 200<sup>e</sup> anniversaire de la naissance de l'anatomiste français **Paul Broca**, qui a donné son nom au centre moteur du langage – il est né en 1824, l'année de la mort de **James Parkinson**, chirurgien anglais célèbre pour son article «An Essay on the Shaking Palsy». Il y a 150 ans naissait **Nikolai Korotkov**, un chirurgien russe qui inventa la mesure auscultatoire de la pression artérielle («bruits de Korotkov»); la même année, le médecin allemand **Theodor Billroth** (oui, lui aussi chirurgien!) décrivait les streptocoques et les staphylocoques comme cause d'infections des plaies, tandis que le pharmacologue **Robert Wood Johnson** – fondateur avec ses deux frères de «Johnson and Johnson» – inventait un nouveau type de vêtement de protection médical, à base de caoutchouc. En 1874 a été fondée «**The London School of Medicine for Women**», la première faculté de médecine britannique destinée à former des femmes médecins. Enfin, nous fêtons le centenaire de l'introduction des **Kleenex** – ces petites lingettes utiles en substitut du coton – et du prix Nobel décerné à Willem Einthoven pour ses découvertes ayant conduit au **développement de l'électrocardiogramme**.

Cette énumération est complétée par une «liste lexicographique»: les anniversaires ronds de la première apparition de certains termes spécialisés sous forme imprimée [2]. L'auteur a identifié 144 **anniversaires de mots** de ce type – certains ont disparu ou ne sont plus utilisés, d'autres ont bien résisté –, ce qui donne un panorama intéressant de l'histoire de la médecine en accéléré. Ma sélection personnelle: contagieux (première mention en 1374); abcès (1574); coqueluche (1774); anémie, méningite, pathologique (1824); cocaïne, embolique, histopathologique, coup de chaleur (1874); iatrogène (1924). Les termes suivants ont 50 ans: médecine alternative, tomographie, cytochromes, immunomodulation, métoprolol, ribavirine, rotavirus, STD («sexually transmitted disease»), sous-diagnostiqué...

1 BMJ. 2024, doi.org/10.1136/bmj.q32.

2 BMJ. 2024, doi.org/10.1136/bmj.q85.

Rédigé le 14.1.2024\_HU

## Imagerie intracoronaire

# L'avenir de l'intervention coronarienne percutanée

À la lumière des publications récentes, cet article de revue offre une vue d'ensemble pratique de l'imagerie intracoronaire, avec un accent particulier sur la tomographie par cohérence optique, et s'adresse à un public d'internistes et de cardiologues non invasifs.

PD Dr méd. et phil. Miklos Rohla; Prof. Dr méd. et phil. Lorenz Räber

Universitätsklinik für Kardiologie, Inselspital, Universitätsspital Bern, Bern

## Introduction

Les stents à élution médicamenteuse (SEM) modernes ont connu des améliorations considérables de leurs trois composants (armature métallique, polymère et substance antiproliférative libérée par le polymère). Les alliages modernes (principalement cobalt-chrome ou platine-chrome) avec une épaisseur des mailles plus faible, les polymères plus biocompatibles avec une cinétique de libération optimisée et les nouvelles substances antiprolifératives (évérolimus, zotarolimus, biolimus, amphimus) ont contribué à l'atteinte d'un plateau en termes de sécurité et d'efficacité des SEM récents [1–4]. Suite aux résultats à long terme décevants du premier stent Absorb biorésorbable largement étudié, l'utilisation de technologies biorésorbables est actuellement limitée aux études [5, 6]. Ainsi, outre des mesures prophylactiques secondaires rigoureuses, il reste actuellement l'optimisation du résultat interventionnel comme facteur modifiable pour un bon devenir à long terme. L'angiographie coronaire, en tant que méthode bidimensionnelle à faible résolution, ne peut être utilisée que de manière limitée pour la caractérisation de la plaque, l'optimisation de l'intervention et la détection des complications, et elle nécessite une très longue expérience. Alors que l'échographie intravasculaire (IVUS) est utilisée dans ces domaines depuis les années 1990 et que l'on dispose d'une expérience clinique et scientifique d'environ trois décennies, l'utilisation de la tomographie par cohérence optique (TCO) ne cesse de gagner du terrain dans la pratique clinique quotidienne. À la lumière des publications récentes et des nouvelles lignes directrices, les principes et les domaines d'application de l'imagerie intra-

coronaire ainsi que les données récentes s'y rapportant sont résumés ci-après, avec un accent particulier sur la TCO.

## Modalités d'imagerie intracoronaire

### Échographie intravasculaire

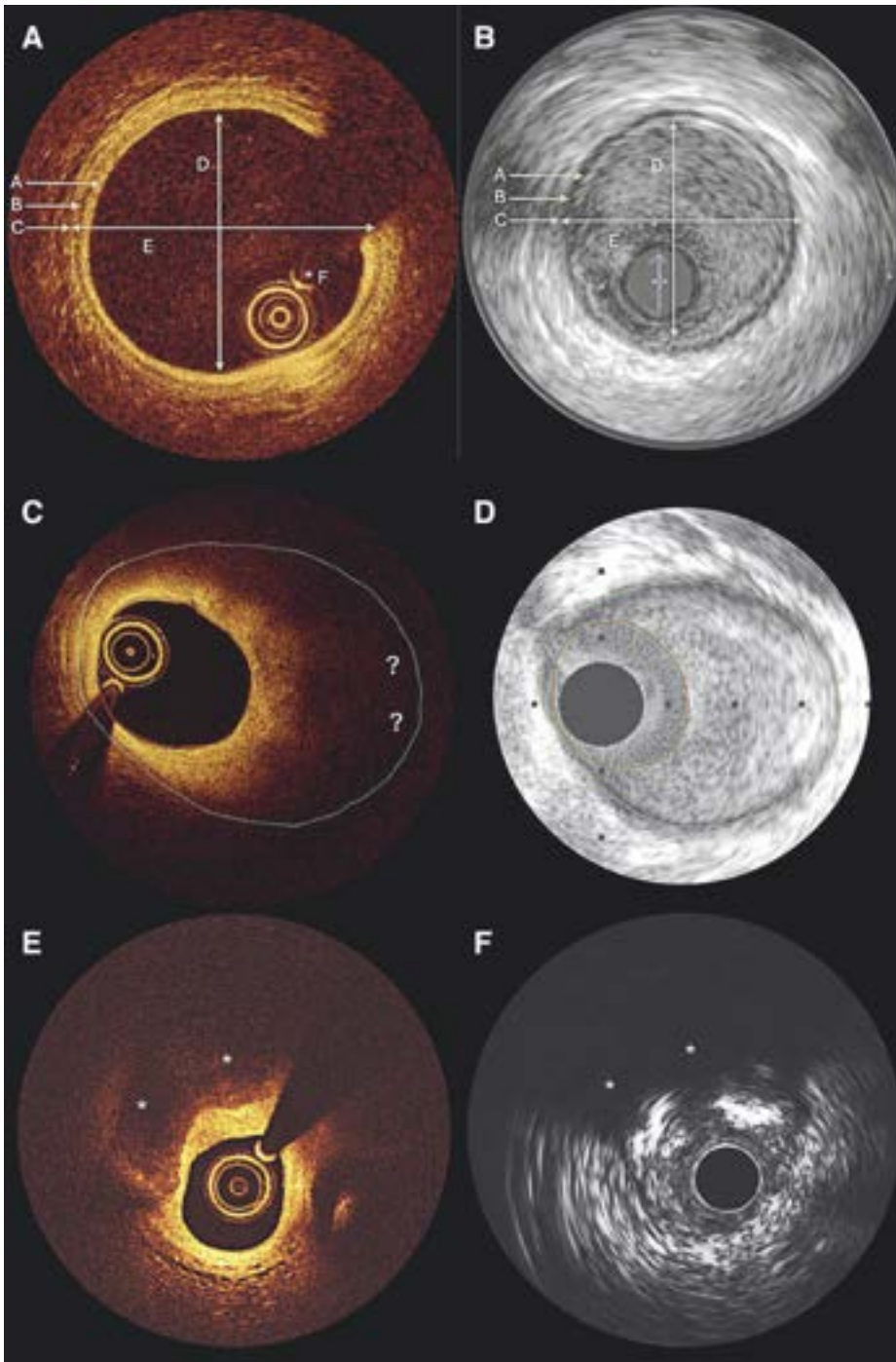
Dans l'IVUS, comme dans l'échocardiographie, les images sont générées par des éléments piézoélectriques qui produisent des ondes acoustiques d'une fréquence de 20–50 MHz. Le pouvoir de résolution est de 100–150 µm. En comparaison, l'épaisseur des mailles de la plupart des stents utilisés aujourd'hui est de 60–88 µm, ce qui explique pourquoi l'IVUS ne permet pas de visualiser l'endothélialisation des stents et ne permet que difficilement de visualiser les dissections, les malappositions et les thrombi. Depuis la première application in vivo en 1988, de vastes connaissances cliniques et scientifiques ont été acquises dans le domaine de la caractérisation des tissus, ainsi que de la planification et de l'optimisation des interventions [7, 8]. Dans la figure 1, la TCO et l'IVUS sont comparées à titre d'exemple dans un vaisseau sain (A et B), dans un vaisseau avec une plaque riche en lipides (C et D) et dans un vaisseau avec une plaque calcifiée (E et F).

L'un des principaux avantages de l'IVUS est qu'il n'est pas nécessaire d'évacuer le sang pour visualiser les vaisseaux coronaires. L'IVUS n'implique donc pas d'exposition à un produit de contraste et constitue la technique idéale pour les lésions aorto-ostiales où un rinçage avec du produit de contraste n'est pas possible en raison de l'intubation sélective de l'ostium coronaire avec le cathéter de guidage.

Les occlusions chroniques constituent un autre domaine d'application intéressant. La résolution relativement plus faible déjà mentionnée est la principale limite de cette modalité. La combinaison de l'IVUS et de la spectroscopie proche infrarouge (IVUS-NIRS; longueur d'onde 800–2500 nm) dans un cathéter permet d'obtenir un «chimiogramme» du vaisseau et de déterminer ainsi spécifiquement la teneur lipidique d'une plaque [9].

### Tomographie par cohérence optique

La TCO est basée sur l'émission de lumière proche du spectre infrarouge. Dans les méthodes à ultrasons traditionnelles, les ondes rétrodiffusées, y compris leur délai de propagation, sont mesurées. En raison de la vitesse 200 000 fois plus élevée de la lumière et de la diffusion prédominante de la plupart des photons du fait des propriétés des tissus, il est impossible de mesurer directement la latence des rayons rétrodiffusés. Dans la TCO, de la lumière à faible longueur de cohérence temporelle est émise sur un miroir dans un bras de référence (avec une distance connue) et sur le tissu examiné. Le signal d'interférence des particules lumineuses rétrodiffusées par le bras de référence et le bras «tissu» est ensuite utilisé pour générer l'image. Les caractéristiques des tissus peuvent ainsi être obtenues à l'aide de l'indice de réfraction et des informations de profondeur correspondantes [10]. Le principal avantage de la TCO par rapport à l'IVUS est sa résolution axiale environ 10 fois plus élevée, ce qui permet une caractérisation tissulaire détaillée, y compris visualisation de la composition de la plaque et de l'infiltration de macrophages, ainsi que des différentes mailles du stent et de leur endothélialisation. Il est égale-



**Figure 1:** Exemples classiques de vaisseaux visualisés par tomographie par cohérence optique (TCO) et par échographie intravasculaire (IVUS).

**A/B)** Identification des couches artérielles à la TCO (A) et à l'IVUS (B). A: intima; B: média; C: membrane élastique externe (EEM); D: dimension de la lumière; E: diamètre de l'EEM à l'EEM; F: artefact du fil-guide. **C/D)** Visualisation d'une plaque riche en lipides. Caractérisée à la TCO (C) par une forte atténuation diffuse du signal (les couches vasculaires situées derrière la plaque ne sont plus visibles en raison de la faible profondeur de pénétration). Bordure rouge: intima; bordure verte: média (délimitable uniquement dans les régions avec moins de plaque entre 6 et 12 heures). Caractérisée à l'IVUS (D) par une faible atténuation diffuse du signal. Bordure rouge: intima; bordure verte: média (clairement délimitable en raison de la profondeur de pénétration plus élevée de l'IVUS). **E/F)** Visualisation d'une plaque calcifiée. Caractérisée à la TCO (E) par une atténuation du signal bien délimitée (étoiles). Caractérisée à l'IVUS (F) par une ombre acoustique.

ment possible de différencier les thrombi blancs des thrombi rouges. Pour visualiser les structures vasculaires, le sang doit être chassé par l'injection d'un produit de contraste (env. 10-30 ml par retrait), de sorte que, pendant une intervention, on n'acquiert en général pas

plus de 2-4 séries de clichés. Un autre inconvénient est la profondeur de pénétration plus faible par rapport à l'IVUS, si bien qu'il n'est souvent plus possible de voir les structures vasculaires situées derrière les plaques lipidiques, les thrombi ou les plaques calcifiées. Ainsi,

contrairement à l'IVUS, il est impossible de visualiser la délimitation externe des vaisseaux (transition entre la média et l'adventice) et donc de déterminer la charge de la plaque (fig. 1C).

## Utilisation pratique

Dans la pratique clinique, l'imagerie intracoronaire est utilisée dans le cadre de l'intervention coronarienne percutanée pour trois indications principales:

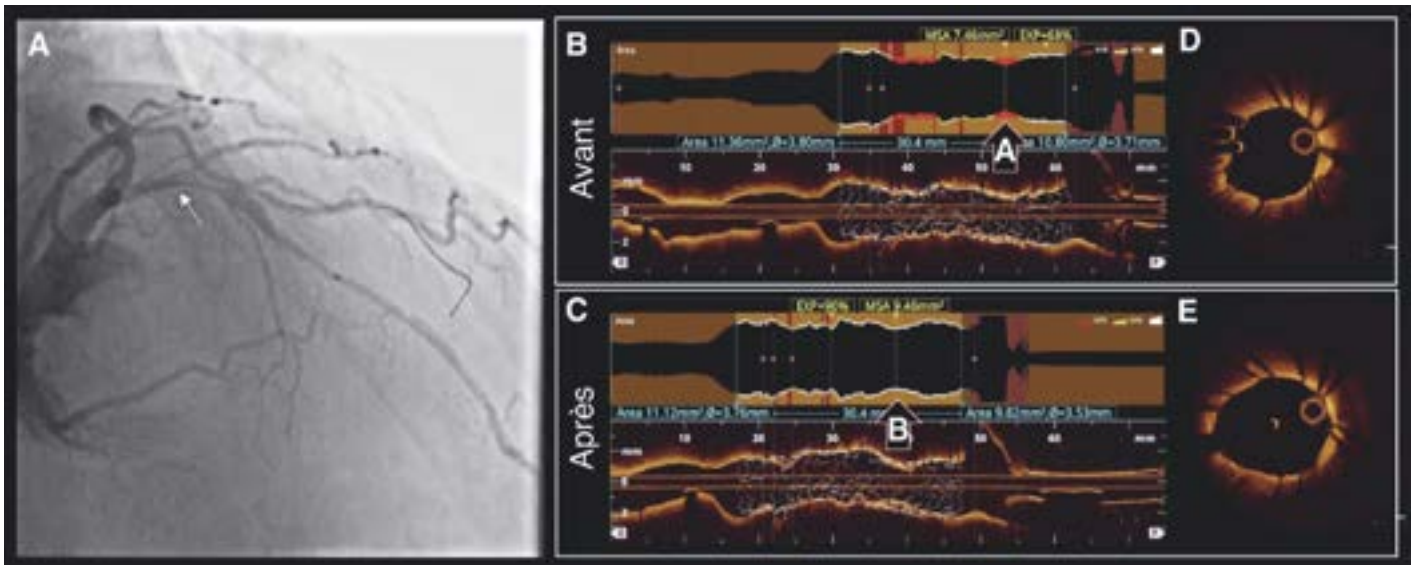
### Planification de l'intervention

Pour la planification de l'intervention, les segments sains distaux et proximaux ainsi que leurs diamètres de référence sont déterminés avec une précision atteignant jusqu'à 100 µm (0,1 mm). La longueur du stent à implanter peut être mesurée avec la même précision. Le diamètre du stent est choisi pour correspondre au segment de référence distal (afin d'éviter les dissections et ruptures vasculaires distales) et est adapté proximale au calibre vasculaire plus important par post-dilatation [11]. La composition du segment malade renseigne sur la préparation nécessaire de la lésion. Alors que pour les plaques «molles» contenant des lipides (fig. 1C), une bonne expansion du stent peut aussi être obtenue avec une prédilatation peu agressive ou une implantation directe du stent, les segments vasculaires fortement calcifiés (par ex. plaques calcifiées s'étendant latéralement sur >3 quadrants, ayant une épaisseur >0,5 mm et une longueur >5 mm) nécessitent une préparation adéquate (fig. 1 E). À cet effet, des dilatations à haute pression au moyen de ballons non compliants, de ballons coupants serts de lames capables de couper le calcaire, de ballons de lithotripsie ou d'une athérectomie rotationnelle («rotablator») sont utilisées [11, 12].

### Optimisation après implantation de stent

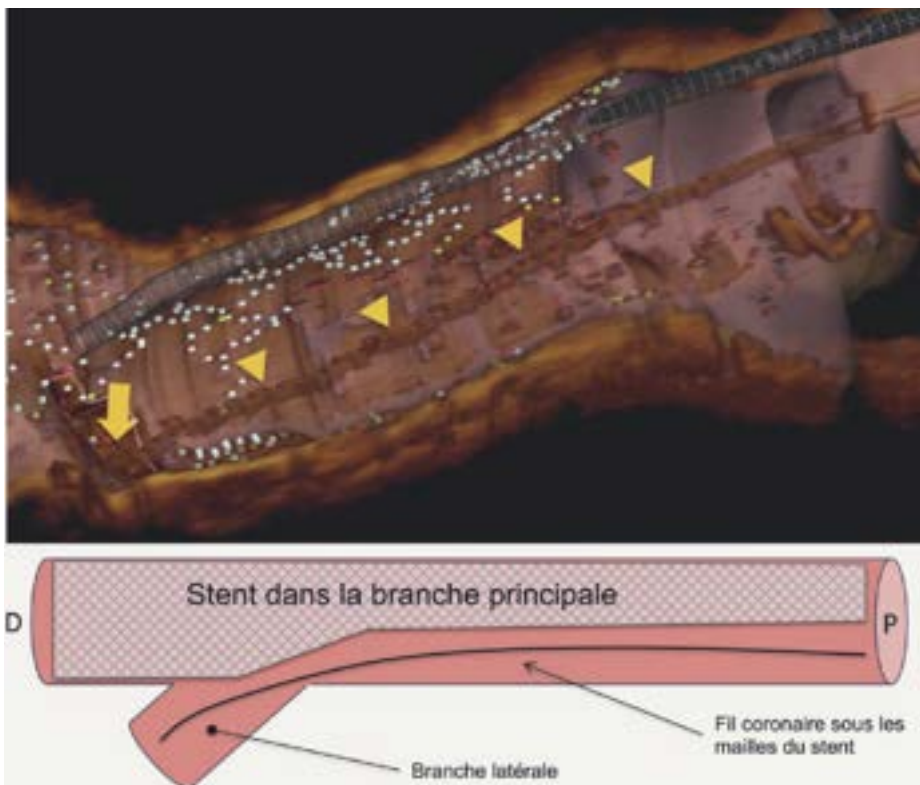
Le deuxième domaine d'application de l'imagerie intracoronaire est l'optimisation du résultat après la mise en place du stent. Un déterminant essentiel du taux de resténose à long terme est l'expansion du stent, c.-à-d. le rapport entre la lumière intra-stent et un segment de référence sain ou la surface absolue à l'intérieur du stent. Selon les études actuellement disponibles, une expansion de >80% par rapport au segment de référence ou une surface à l'intérieur du stent d'au moins 4,5 mm<sup>2</sup> (selon la TCO) ou 5,5 mm<sup>2</sup> (selon l'IVUS) devrait être obtenue [11]. La figure 2 illustre un exemple classique de sous-expansion de stent.

Les malappositions (mailles du stent flottantes, qui ne sont pas en contact avec la paroi



**Figure 2:** Optimisation du stent par imagerie intracoronaire: sous-expansion.

Sous-expansion, définie par un déploiement insuffisant du stent par rapport à un segment de référence. **A)** Angiographie coronaire avec sténose longue significative de l'artère interventriculaire antérieure (RIVA; flèche) proximale. **B)** Vue à la TCO avant optimisation du stent. Coupe longitudinale du vaisseau avec profil de la lumière et reconstruction vasculaire longitudinale sous-jacente, stent inclus. Les zones rouges (flèche «A») sont les segments sous-expansés; expansion calculée à 68%. **C)** Vue à la TCO après optimisation du stent par inflations de ballon à haute pression. La sous-expansion (flèche «B») a été corrigée. **D/E)** La différence d'expansion est aussi bien visible sur les coupes transversales à la TCO. La partie moyenne de la RIVA est d'un calibre plus petit que la partie distale, l'explication en est un trajet intramural (pont myocardique), cela peut également être vu à l'OCT. TCO: tomographie par cohérence optique.



**Figure 3:** Optimisation du stent par imagerie intracoronaire: malapposition importante pendant traitement de bifurcation.

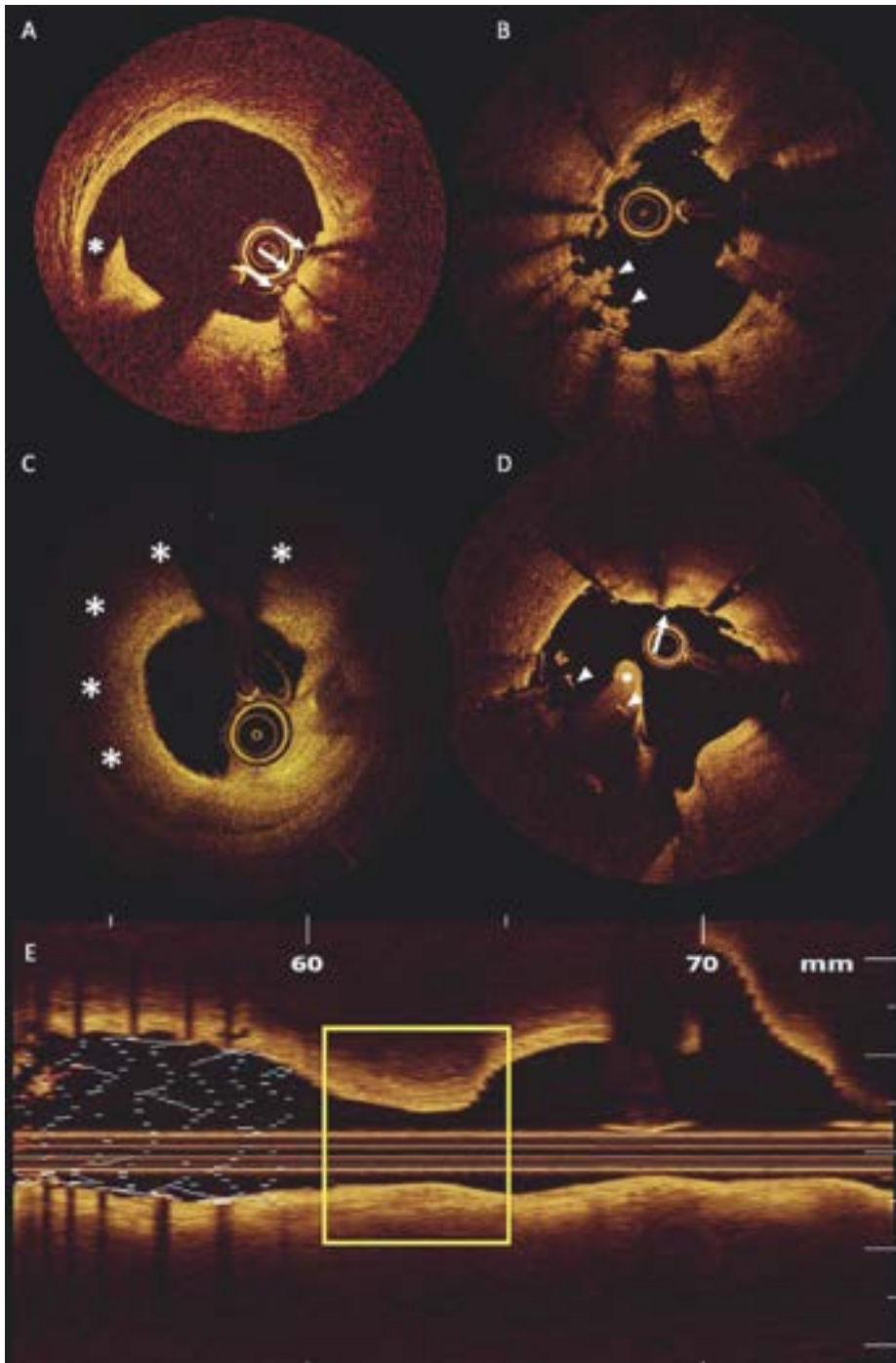
Tomographie par cohérence optique (TCO) avec reconstruction 3D d'un stent fortement malapposé du fait d'une position involontaire du fil sous les mailles du stent. Le stent à peine déployé est visible sur le bord supérieur du vaisseau. Les têtes de flèches jaunes montrent le fil qui n'est pas situé dans la lumière du stent. Cela peut se produire si, après avoir re-sondé une branche latérale (ostium de la branche latérale: flèche jaune) via le stent déjà inséré dans la branche principale, on ne sonde pas dans la lumière du stent, mais à côté en raison d'une malapposition préexistante. Si une dilatation dans la branche latérale est ensuite réalisée via ce fil, cela entraîne une compression du stent contre la paroi du vaisseau, sans que cela ne soit perceptible à l'angiographie. Il s'agit d'un terrain idéal pour une thrombose de stent ultérieure. D: distal; P: proximal.

du vaisseau) se retrouvent dans 40–70% des interventions coronariennes percutanées (ICP) et ne sont pas visibles à l'angiographie [13]. L'influence des malappositions sur les événements coronariens, tels que thromboses de stents, est sujette à controverse. Bien que, d'un point de vue prospectif, les malappositions ne semblaient pas être associées à des événements cardiaques dans toutes les études, la malapposition est l'une des pathologies sous-jacentes les plus fréquentes chez les personnes se présentant avec une thrombose de stent [14, 15]. La figure 3 illustre une autre conséquence potentielle d'une malapposition non corrigée, à savoir la position involontaire du fil derrière les mailles du stent.

Les documents de consensus actuels recommandent de corriger les malappositions volumineuses (>400  $\mu\text{m}$ ) et longues (>1 mm), car en dessous de ces valeurs limites, une endothélialisation des mailles du stent semble probable [11]. Des corrections trop agressives peuvent provoquer des dissections des bords du stent, augmentant le risque de complications.

### Détection des complications

Le troisième domaine d'application de l'imagerie intracoronaire (principalement la TCO en raison de sa résolution plus élevée) est la détection de complications vasculaires souvent indétectables à l'angiographie. Parmi les plus fréquentes figurent les dissections au niveau des bords du stent (fig. 4A), les thrombi intra-



**Figure 4:** Détection de complications par tomographie par cohérence optique.

**A)** Dissection (étoile) sur le bord du stent. Flèches: mailles du stent projetant une ombre. **B)** Activité du thrombus au niveau des mailles du stent non détectable à l'angiographie. Les thrombi se présentent classiquement sous forme de structures nuageuses aux limites irrégulières (têtes de flèches). Les thrombi blancs riches en plaquettes présentent une faible atténuation du signal, comme dans cet exemple, les thrombi rouges riches en érythrocytes une forte atténuation du signal. **C)** Hématome intramural prononcé (étoiles) avec sténose luminale significative, causée par une dissection iatrogène profonde proximale. S'il n'est pas détecté, une occlusion vasculaire peut se produire par la suite en raison de la compression de la lumière par l'hématome. **D)** Fracture de stent avec mailles de stent fracturées faisant saillie dans la lumière du vaisseau (têtes de flèche) et plaque faisant saillie dans le vaisseau (étoile). Cela provoque en général rapidement une resténose. À côté, mailles de stent bien apposées (flèche). **E)** Exemple classique de «geographical miss» en coupe longitudinale. Le stent (situé à gauche) ne couvre pas le segment malade (bordure jaune). Cela entraîne généralement une resténose.

stent subcliniques (fig. 4B) et le «geographical miss», c'est-à-dire lorsque le stent ne couvre pas la totalité de la lésion coronaire, laissant une plaque résiduelle nette proximale ou

distalement au stent (pas nécessairement détectable à l'angiographie) (fig. 4E). Les dissections profondes, en particulier au niveau du bord distal du stent (où une propagation en

profondeur est possible), sont des facteurs établis de complications précoces et tardives [11, 16]. Comme pour les malappositions, il ne s'agit pas d'un phénomène binaire et il convient de faire une distinction en fonction de leur étendue et de leur localisation. Selon un consensus d'experts, les dissections étendues ( $>60^\circ$ ,  $>2$  mm de longueur, avec pénétration dans la média ou l'adventice) doivent être corrigées [11]. Dans de rares cas, les dissections profondes peuvent causer des hématomes intramuraux, également détectables par TCO et difficiles à distinguer des autres causes de sténose luminale par angiographie (fig. 4C). Les fractures de l'armature du stent, par exemple dans des segments vasculaires très tortueux ou calcifiés, peuvent aussi être visualisées par TCO (fig. 4D).

### Données disponibles depuis 2023

Lors du congrès annuel de la Société européenne de cardiologie (ESC), le 27 août 2023, la méta-analyse la plus grande et la plus précise sur le plan méthodologique jamais réalisée sur des études randomisées avec des données individuelles de patientes et patients a été présentée, incluant aussi de nouvelles études publiées simultanément. Ainsi, les interventions guidées par angiographie, par TCO et par IVUS ont pu être comparées entre elles pour un total de 12428 patientes et patients. L'utilisation de l'imagerie intracoronaire (TCO ou IVUS) était associée à une réduction du risque relatif (RR) d'«échec de la lésion cible» de 31% après un suivi moyen de 26 mois par rapport aux interventions guidées par angiographie (RR 0,69; intervalle de confiance à 95% [IC] 0,61–0,78;  $p < 0,01$ ). Cette différence était due à une réduction significative des trois composantes, à savoir décès cardiovasculaires (RR 0,54; IC à 95% 0,40–0,74;  $p < 0,01$ ), infarctus du myocarde (IM) lié au vaisseau cible (RR 0,80; IC à 95% 0,40–0,74;  $p = 0,02$ ) et nécessité de revasculariser le stent (RR 0,71; IC à 95% 0,59–0,85;  $p < 0,01$ ). Il s'agit en outre de la première étude à démontrer un avantage en termes de mortalité grâce à l'utilisation de l'imagerie intracoronaire (RR 0,75; IC à 95% 0,60–0,93;  $p < 0,01$ ). La réduction du RR la plus importante, soit 52%, a également été obtenue avec l'imagerie intracoronaire et concernait les thromboses de stents (RR 0,48; IC à 95% 0,31–0,76;  $p < 0,01$ ). Une comparaison directe des deux modalités d'imagerie (TCO versus IVUS) n'a pas montré de différence significative (RR 0,89; IC à 95% 0,51–1,57;  $p > 0,05$  pour la non-infériorité). L'étude OCTIVUS, présentée en même temps et ayant comparé directement l'efficacité de l'IVUS et de la TCO, est arrivée à la même

conclusion. La TCO et l'IVUS étaient comparables en termes d'échec du vaisseau cible (2,5% versus 3,1%;  $p < 0,01$  pour la non-infériorité) et de complications pertinentes telles que la néphropathie induite par les produits de contraste (1,4% versus 1,5%) [17, 18].

Les études récentes mentionnées ci-après ont été incluses dans la méta-analyse. L'étude RENOVATE-COMPLEX-PCI a montré qu'une intervention guidée par imagerie intracoronaire (75% IVUS; 25% TCO) est supérieure à l'évaluation angiographique traditionnelle concernant les événements cardiovasculaires majeurs. Elle a inclus 1639 personnes avec lésions complexes (sténoses de bifurcation, occlusions chroniques, lésions du tronc principal, lésions longues ou très calcifiées). L'incidence des échecs de la lésion cible (7,7% versus 12,3%; hazard ratio [HR] 0,64; IC à 95% 0,45–0,89;  $p < 0,01$ ) et des décès cardiovasculaires (1,7% versus 3,8%; HR 0,47; IC à 95% 0,24–0,93;  $p < 0,01$ ) était nettement et significativement plus faible en faveur de l'imagerie intracoronaire [19].

L'étude OCTOBER, également publiée lors du congrès de l'ESC, est la première étude de taille adéquate ayant utilisé des critères d'évaluation cliniques durs pour comparer l'utilisation de la TCO et de l'angiographie dans le traitement des lésions de bifurcation (y compris lésions du tronc principal). Dans cette étude, 1201 personnes ont été randomisées dans 38 centres européens. Dans le groupe TCO, l'intervention devait être réalisée en utilisant une liste de contrôle avec des moments prédéfinis pour un nouvel examen d'imagerie et les mesures à prendre. Le critère d'évaluation primaire (événements cardiovasculaires majeurs, définis comme les décès cardiovasculaires, les IM liés à la lésion cible ou les revascularisations de la lésion cible dues à une ischémie) était réduit de 30% à deux ans, ce qui est nettement en faveur du groupe TCO, avec une réduction du risque absolu cliniquement significative de 4 points de pourcentage (10,1% [TCO] versus 14,1% [angiographie]; HR 0,70; IC à 95% 0,50–0,98;  $p = 0,04$ ) [20].

L'étude ILUMIEN IV est la première étude randomisée d'une puissance adéquate pour examiner des critères d'évaluation cliniques durs dans un collectif de patientes et patients plus diversifié. Au total, 2487 personnes souffrant de diabète sucré ou de lésions coronaires complexes ont été incluses et randomisées dans un groupe d'intervention guidée par TCO ou dans un groupe d'intervention guidée par angiographie. Dans le groupe TCO, un protocole strict d'optimisation du stent devait être suivi. Le critère d'évaluation d'imagerie primaire était la surface minimale de stent obtenue et le critère d'évaluation clinique pri-

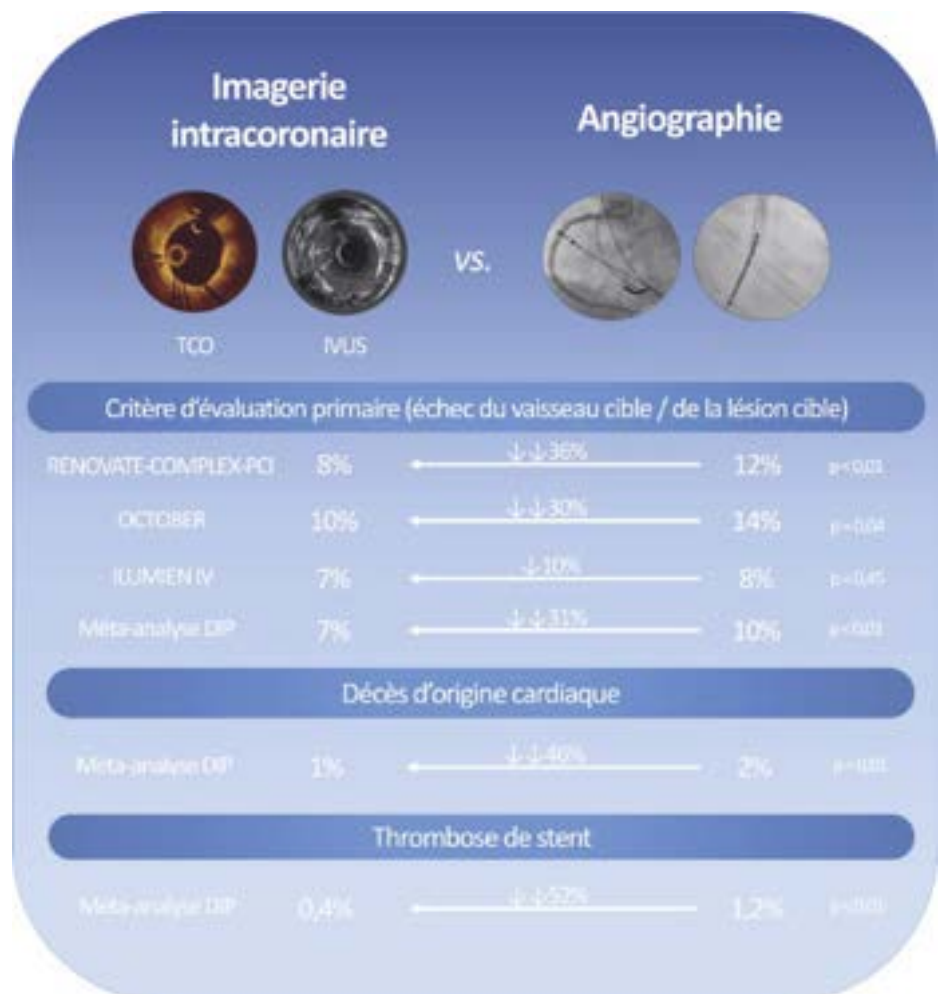
maire était l'incidence des échecs du vaisseau cible au cours du suivi à deux ans. La surface minimale de stent obtenue était significativement plus grande dans le groupe TCO, même si elle était numériquement faible ( $5,72 \pm 2,04$  versus  $5,36 \pm 1,87$  mm<sup>2</sup>; différence moyenne 0,36 mm<sup>2</sup>; IC à 95% 0,21–0,51;  $p < 0,01$ ). Cela n'était toutefois pas associé à une réduction statistiquement significative des échecs du vaisseau cible (7,4% versus 8,2%; HR 0,90; IC à 95% 0,67–1,19;  $p = 0,45$ ). Cependant, une réduction du RR de thromboses de stents cliniquement significative de 64% a été observée en faveur de l'intervention guidée par TCO (HR 0,36; IC à 95% 0,14–0,91;  $p = 0,02$ ). Après l'ICP, il y avait moins de dissections et de malappositions ainsi qu'une meilleure couverture des lésions dans le groupe TCO. La raison pour laquelle le critère d'évaluation clinique primaire n'a pas été atteint n'est pas claire. Il est possible que les très bons résultats dans le groupe contrôle (expansion minimale du stent de 81% par TCO versus 78% par angiographie) aient contribué au résultat neutre [21].

Au vu de ces données récentes, la conclusion est la suivante: indépendamment de la modalité d'imagerie intracoronaire (TCO ou IVUS), celle-ci est associée à des avantages considérables concernant les critères d'évaluation cliniques durs (échec du vaisseau cible, mortalité totale, thromboses de stents) en particulier en cas de lésions coronaires complexes (fig. 5).

Cela devrait conduire à un passage d'une indication de classe IIa («devrait être envisagé») à une indication de classe I («est recommandé») dans la prochaine mise à jour des lignes directrices sur la revascularisation myocardique.

## Perspectives

Un domaine d'application futur de l'imagerie intracoronaire sera la prédiction et la prévention des IM aigus sur la base de la morphologie de la plaque. Environ la moitié des IM aigus sont dus à des ruptures de plaque ne limitant pas la circulation, ce qui explique pourquoi les personnes concernées ne ressentent souvent aucun symptôme avant l'IM [22–24]. La figure 6 montre



**Figure 5:** Résumé des études récentes (données selon [18]).

Des études récentes montrent un meilleur devenir après une intervention coronarienne guidée par imagerie intracoronaire par rapport à un traitement guidé uniquement par angiographie. DIP: données individuelles des patientes et patients; IVUS: échographie intravasculaire; TCO: tomographie par cohérence optique.





**Figure 6:** Plaque à risque de rupture.

L'étiologie la plus fréquente de l'infarctus du myocarde avec sus-décalage du segment ST est la rupture de plaque avec agrégation plaquettaire et activation de la cascade de coagulation plasmatique. **A)** Plaque contenant des lipides avec une capsule fine («thin cap fibroatheroma»; têtes de flèches) et un risque accru de rupture. **B)** Visualisation intracoronaire d'un infarctus du myocarde aigu avec sus-décalage du segment ST accompagné d'un thrombus résiduel frais (tête de flèche). **C)** Cavité de la plaque restante (étoile).

une lésion vulnérable avec rupture de plaque récente consécutive visualisée à la TCO.

Chez les personnes présentant un syndrome coronarien aigu et le milieu prothrombotique correspondant, le traitement des lésions non coupables avec un degré de sténose angiographique >70% est clairement établi (indication de classe IA), indépendamment de la pertinence hémodynamique [25, 26]. En revanche, un traitement interventionnel «prophylactique» n'est actuellement pas indiqué selon les lignes directrices pour les lésions intermédiaires à l'angiographie (40–70%). Il existe une controverse quant à savoir si les lésions intermédiaires doivent être évaluées quant à leur vulnérabilité et, le cas échéant, traitées sur la base de leur pertinence hémodynamique (évaluation par mesure de la «réserve coronaire» [FFR]) ou sur la base de critères d'imagerie intracoronaire. Plusieurs études en cours se penchent sur cette question.

Des études ayant utilisé l'IVUS-NIRS et la TCO ont montré que les plaques non pertinentes sur le plan fonctionnel (sur la base de la FFR) avec une capsule fine («thin-cap fibroatheromas» [TCFA]), une petite lumière vasculaire (<3,5 mm<sup>2</sup> à la TCO), une teneur élevée en lipides et une infiltration de macrophages sont associées à un risque nettement accru de rupture de plaque [22–24]. L'étude COMBINE OCT-FFR a suivi 550 personnes diabétiques souffrant d'un syndrome coronarien chronique ou aigu. Les lésions non pertinentes sur le plan fonctionnel ont été subdivisées en fonction de la présence ou non d'un TCFA (env. 25% des lésions étaient TCFA+). Après 1,5 ans de suivi, des IM intéressant le vaisseau cible sont survenus exclusivement dans le groupe TCFA+, et le taux de revascularisations de la lésion cible cliniquement indiquées était

presque 9 fois plus élevé dans ce groupe (11,2% versus 1,4%) [27].

En l'absence de pertinence angiographique ou fonctionnelle (basée sur la FFR) mais en présence de plaques à haut risque, seule une prophylaxie primaire médicamenteuse plus agressive entre actuellement en ligne de compte comme stratégie thérapeutique conforme aux lignes directrices [28]. Le bénéfice potentiel d'un traitement interventionnel précoce est en cours d'évaluation dans des études [29].

#### Correspondance

Prof. Dr. med. et phil. Lorenz Räber  
Leiter Herzkatheterlabor  
Universitätsklinik für Kardiologie  
Inselspital  
Freiburgstrasse 20  
CH-3010 Bern  
lorenz.raeber[at]insel.ch

### L'essentiel pour la pratique

- Les plateformes de stents actuellement disponibles ont atteint un plateau en termes de sécurité et d'efficacité.
- Une amélioration supplémentaire du devenir à long terme des patientes et patients est actuellement possible grâce à des mesures prophylactiques secondaires rigoureuses et à l'imagerie intracoronaire.
- La tomographie par cohérence optique permet une planification précise de l'intervention, l'optimisation du résultat immédiat et la détection de complications non décelables à l'angiographie.
- L'avenir de l'imagerie intracoronaire réside dans la détection et éventuellement le traitement «prophylactique» des plaques vulnérables.

#### Funding Statement

MR déclare des subventions de la Fondation Suisse de Cardiologie et de la Fondation Bangerter Rhyner. LR a reçu des subventions de recherche versées à l'institution du Fonds national suisse et de la Fondation Suisse de Cardiologie.

#### Conflict of Interest Statement

MR a reçu des honoraires de consultant de Daiichi Sankyo, Sanofi Aventis, COR2ED, Novartis et Medtronic, et des honoraires de conférencier de Daiichi Sankyo, Biotronik et Takeda Pharma. LR a reçu des subventions de recherche versées à l'institution d'Abbott, Boston Scientific, Biotronik, Heartflow, Infraredx, Sanofi, Regeneron et des honoraires de conférencier et/ou de consultant d'Abbott, Amgen, Biotronik, Canon, Medtronic, Novo Nordisk, Occlutech et Sanofi.

#### Author Contributions

LR a défini le contenu, le concept et la structure de l'article, y compris les figures. MR a rédigé la première ébauche, LR l'a révisée.



#### Références

La liste complète des références est disponible sur: <https://smf.swisshealthweb.ch/fr/article/doi/fms.2024.1327157427>.



**PD Dr. méd. et phil. Miklos Rohla**  
Universitätsklinik für Kardiologie,  
Inselspital, Universitätsspital Bern, Bern



**Prof. Dr. méd. et phil. Lorenz Räber**  
Universitätsklinik für Kardiologie,  
Inselspital, Universitätsspital Bern, Bern

## Douleurs épigastriques aiguës

## Diagnostic différentiel rare d'une tumeur hépatique

Joëlle Brügger<sup>a,b</sup>, médecin diplômée; Dr méd. Constantine Bloch-Infanger<sup>a</sup><sup>a</sup> Innere Medizin, Kantonsspital Uri, Altdorf; <sup>b</sup> Gemeinschaftspraxis Dokterhüüs, Schattdorf

## Description de cas

La patiente de 73 ans vigoureuse, souffrant d'une hypertension artérielle connue, se présente aux urgences avec des douleurs aiguës côté droit allant de l'épigastre au flanc, de caractère lancinant et tiraillant. Elle explique que les douleurs sont apparues subitement, s'accroissent au repos et s'améliorent pendant l'activité physique. La patiente précise souffrir de maux de dos chroniques depuis un accident de ski survenu près d'un an auparavant, mais que ces douleurs sont différentes et pas aussi intenses. L'examen clinique révèle une légère douleur à la pression au niveau de l'épigastre droit ainsi qu'une douleur à la pression paravertébrale dans la zone inférieure du rachis thoracique côté droit.

## Question 1

Quel est le diagnostic différentiel le plus probable?

- a) Problème biliaire
- b) Douleurs pleurales
- c) Urolithiase
- d) Problème musculo-squelettique
- e) Infarctus du myocarde

En raison du caractère nouveau des douleurs ainsi que de la douleur à la pression au niveau de l'épigastre droit, une cause pleurale, myocardique ou musculo-squelettique nous semble improbable. Avec cette présentation clinique, une urolithiase nous semblait également secondaire. Nous avons toutefois demandé des analyses d'urine afin d'exclure une hématurie; celles-ci se sont révélées négatives. Pour nous, le diagnostic différentiel se concentrait sur une pathologie de la vésicule biliaire ou des voies biliaires, raison pour laquelle nous avons demandé une prise de sang. Les paramètres de laboratoire ont montré une légère anémie normochrome normocytaire avec une valeur d'hémoglobine de 120 g/l, une protéine C réactive (CRP) de 10 mg/l, une hyponatrémie hypoosmolaire avec un taux de sodium 129 mmol/l ainsi qu'une élévation de la gam-

ma glutamyl-transférase (GGT) de 235 U/l (norme: <38 U/l) et de la phosphatase alcaline de 352 U/l (norme: 30-120 U/l). Cela a donc renforcé la suspicion initiale d'un début de cholécystite ou cholédocholithiase et nous avons demandé une échographie abdominale. Outre une cholécystolithiase non inflammatoire, celle-ci a révélé une grosseur d'environ 10 cm, hétérogène et fortement vascularisée dans le lobule hépatique droit, avec des composantes à la fois kystiques et solides (fig. 1).

Pour approfondir le diagnostic, une tomodensitométrie (TDM) abdominale a été réalisée et a montré une grande lésion hépatique, diffuse et hétérogène dans le lobule hépatique droit, d'environ 12,5 × 6 × 8 cm, avec des composantes majoritairement hypodenses/kystiques, des ruptures vasculaires intralésionnelles et des dilations des voies biliaires (fig. 2).

Il y avait par ailleurs plusieurs lésions spléniques focales qui, sur le plan radiologique, ne pouvaient toutefois pas être mises clairement

en lien avec le foie. Il n'y avait pas d'autres signes de métastases ou de tumeur primaire.

## Question 2

Quel diagnostic différentiel est actuellement le plus probable?

- a) Métastases hépatiques d'une tumeur primaire extrahépatique
- b) Cholangiocarcinome
- c) Carcinome hépatocellulaire
- d) Hémangiome
- e) Échinococcose alvéolaire

Sur la base de la présentation radiologique, nous avons d'abord pensé à un cholangiocarcinome, avec un diagnostic différentiel de carcinome hépatocellulaire, et nous avons donc décidé de réaliser une biopsie à l'aiguille fine échoguidée sur la lésion principale. L'observation histologique n'a toutefois montré aucun signe de malignité et indiquait plutôt des altérations inflammatoires.



Figure 1: Échographie abdominale. Mise en évidence d'une tumeur kystique solide dans le lobule hépatique droit.



**Figure 2:** Tomodensitométrie abdominale, coupe transversale. Lésion diffuse, hétérogène, d'env. 12,5 × 6 × 8 cm dans le lobule hépatique droit.

Lors d'une nouvelle discussion avec les radiologues, la suspicion d'une échinococcose alvéolaire (EA) de présentation radiologique atypique a été exprimée. Par conséquent, une sérologie a été demandée, qui s'est avérée clairement positive, avec la mise en évidence d'anticorps contre *Echinococcus multilocularis* 18 (Em18). Le diagnostic d'une EA active a donc été posé.

Bien que nous n'ayons initialement pas envisagé le diagnostic différentiel d'EA, celle-ci est rétrospectivement le diagnostic différentiel le plus vraisemblable par rapport au cholangiocarcinome, en particulier en raison du bon état général de la patiente ainsi que de l'absence de symptômes B.

### Question 3

Alors quelle est la meilleure approche thérapeutique chez cette patiente?

- Réssection chirurgicale (curative) radicale sans traitement antiparasitaire
- Albendazole pendant deux ans, indépendamment de la résecabilité
- Réssection chirurgicale (curative) radicale combinée à un traitement médicamenteux
- Mébandazole pendant trois mois
- Aucun traitement nécessaire en l'absence d'autres troubles

En l'absence de traitement, la létalité d'une échinococcose alvéolaire est de 90% à 10 ans, et de 100% à 15 ans [1]. L'introduction d'un traitement par albendazole permet pratiquement de normaliser l'espérance de vie. Jusqu'à il y a peu, un traitement médicamenteux seul n'était considéré que comme parasitostatique et non parasitocide, et n'était donc jamais considéré

comme curatif. Un traitement curatif n'est donc possible qu'avec une résection chirurgicale radicale combinée à un traitement par albendazole au long cours [2]. Des données récentes indiquent cependant que dans certains cas, un traitement purement médicamenteux peut également s'avérer curatif [3]. Le mébandazole est moins efficace que l'albendazole, et son mode d'administration est compliqué. Il ne devrait donc être utilisé que de manière exceptionnelle pour le traitement médicamenteux d'une EA [4].

Nous avons pris contact avec les collègues d'un centre abdominal universitaire, et ceux-ci ont évalué la tumeur comme curable via une résection, malgré qu'elle soit située dans le hile du foie. Nous avons donc planifié l'opération environ 4 mois après la pose du diagnostic. Le traitement par albendazole a été initié avant même l'opération. Lors de l'opération, une anomalie extrahépatique a en outre été observée au niveau des ganglions lymphatiques et du diaphragme. Les interventions suivantes ont été réalisées: une hémihépatectomie droite en bloc avec segment I droit et résection de la voie biliaire, une cholécystectomie et lymphadénectomie avec hépatico-jéjunostomie de Roux-Y, une résection de la veine porte et anastomose, ainsi qu'une résection atypique du diaphragme côté droit.

### Question 4

Quelles sont les complications possibles de cette opération?

- Fuite biliaire
- Hémorragie hémodynamique pertinente
- Épanchement pleural
- Insuffisance hépatique
- Tous les points ci-dessus

La complication la plus redoutée est l'insuffisance hépatique postopératoire, avec une mortalité allant jusqu'à 70%. Les facteurs de risque de cette complication sont la taille de la partie réséquée ainsi qu'une limitation fonctionnelle préexistante du foie restant [5]. Mais les autres réponses sont également des complications possibles de l'hépatectomie, ce qui s'illustre à l'exemple de cette patiente. Quelques jours après l'opération déjà, une fuite biliaire s'est produite, rendant une révision nécessaire 12 jours après l'opération. Après 10 jours de plus, en présence d'une persistance de la fuite biliaire, une hémorragie par érosion avec choc s'est produite à partir de la base de l'artère hépatique droite, nécessitant une nouvelle révision par laparotomie. Lors de la même intervention, le drainage des voies biliaires a été réalisé au moyen d'un «drain en T», ainsi que la pose d'un drain thoracique à droite de l'épanchement pleural. Les épanchements pleuraux sont, tout comme les pneumonies, des complications relativement fréquentes après une hépatectomie, en raison de la modification de la mécanique respiratoire; leur fréquence est respectivement de 40 et 22% [6].

Par la suite, l'état général de la patiente n'a cessé de s'améliorer, mais les paramètres inflammatoires ont à nouveau augmenté. Il n'y avait pas de collection liquidienne intra-abdominale. Un traitement antibiotique a cependant été nécessaire en raison d'une suspicion de cholangite. Après dix bonnes semaines d'hospitalisation, l'état général de la patiente était stable et elle a pu rentrer chez elle. Le traitement par albendazole était encore poursuivi au moment de la rédaction de cet article. Environ 15 mois après l'opération, l'état général de la patiente s'était rapproché de son état initial. Cependant, une tendance aux cholangites persistait – vraisemblablement en raison de sténoses biliaires – et avait provoqué trois épisodes nécessitant un traitement.

## Discussion

### Question 5

Quelles déclarations sur l'échinococcose alvéolaire sont correctes?

- Le diagnostic doit être confirmé par biopsie.
- Elle a pratiquement disparu en Suisse.
- Elle nécessite un suivi à vie.
- Il est pratiquement impossible de distinguer les formes active et inactive.
- Un traitement médicamenteux n'est pas nécessaire en cas de résection chirurgicale complète.

Avec 20 à 30 nouveaux cas par an en Suisse, l'EA constitue un diagnostic différentiel rare et facilement oublié en cas de tumeurs hépatiques aux composantes kystiques, et qui est tout à fait comparable à une tumeur maligne en termes

## Quel est votre diagnostic?

de morbidité et de mortalité [4]. Sur les 20 dernières années, le nombre de nouveaux cas a pratiquement triplé [4]. Une ponction n'est pas nécessaire pour la pose du diagnostic, la méthode de choix étant la sérologie, le test ELISA («Enzyme-linked Immunosorbent Assay») Em2 et Em18 permettant aussi une distinction entre forme active et inactive ainsi qu'un suivi pendant le traitement. La mise en évidence d'anticorps anti-Em18 est ici corrélée à l'activité des parasites. Elle permet donc de faire la distinction entre infection active et inactive, et les anticorps anti-Em18 peuvent être utilisés comme marqueurs sous traitement [4]. En présence d'une affection disséminée, un traitement suppressif médicamenteux au long cours par albendazole est visé. En cas de tumeurs résecables de façon curative, une résection chirurgicale complète suivie d'un traitement adjuvant par albendazole pendant au moins 2 ans constitue l'approche de choix. Même une fois le traitement terminé, un suivi au long cours avec des examens radiologiques et sérologiques est nécessaire, car l'EA peut récidiver.

Pour résumer, la fréquence de l'EA est croissante [4], avec une morbidité et une mortalité considérables, à laquelle il faudrait davantage être sensibilisé.

### Réponses

**Question 1: a. Question 2: b. Question 3: c. Question 4: e. Question 5: c.**

### Correspondance

Joëlle Brügger  
Dokterhüüs AG, Hausarztpraxis  
Dorfstrasse 6  
CH-6467 Schattdorf  
joelle.bruegger[at]dokterhüüs.ch

### Remerciements

Les auteurs remercient le Docteur Lennart Sandig, médecin-conseil en radiologie à l'hôpital cantonal d'Uri, pour son soutien dans le domaine radiologique.

### Ethics Statement

Un consentement éclairé écrit est disponible pour la publication.

### Conflict of Interest Statement

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

### Références

- 1 Ammann RW, Eckert J. Cestodes. *Echinococcus*. *Gastroenterol Clin North Am*. 1996;25(3):655–89.
- 2 Torgerson PR, Schweiger A, Deplazes P, Pohar M, Reichen J, Ammann RW, et al. Alveolar echinococcosis: from a deadly disease to a well-controlled infection. Relative survival and economic analysis in Switzerland over the last 35 years. *J Hepatol*. 2008;49(1):72–7.
- 3 Deibel A, Stocker D, Meyer Zu Schwabedissen C, Husmann L, Kronenberg PA, Grimm F, et al. Evaluation of a structured treatment discontinuation in patients with inoperable alveolar echinococcosis on long-term benzimidazole therapy: A retrospective cohort study. *PLoS Negl Trop Dis*. 2022;16(1):e0010146.

- 4 Beldi G, Müller N, Gottstein B. L'échinococcose alvéolaire. *Forum Med Suisse*. 2017;17(36):760–6.
- 5 Balzan S, Belghiti J, Farges O, Ogata S, Sauvanet A, Delefosse D, Durand F. The «50-50 criteria» on postoperative day 5: an accurate predictor of liver failure and death after hepatectomy. *Ann Surg*. 2005;242(6):824–8.
- 6 Nobili C, Marzano E, Oussoultzoglou E, Rosso E, Addeo P, Bachellier P, et al. Multivariate analysis of risk factors for pulmonary complications after hepatic resection. *Ann Surg*. 2012;255(3):540–50.

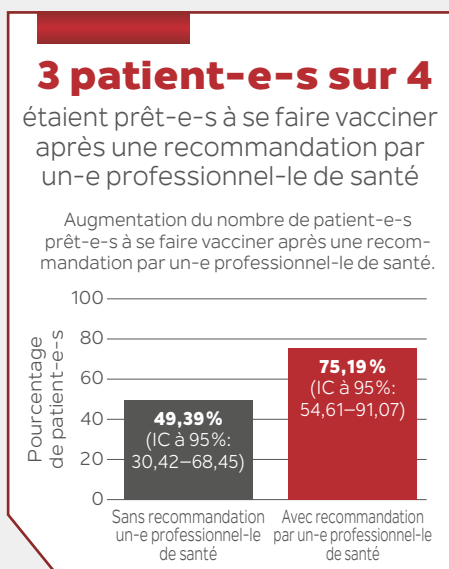


**Joëlle Brügger, médecin diplômée**  
Innere Medizin, Kantonsspital Uri,  
Altdorf; Gemeinschaftspraxis  
Dokterhüüs, Schattdorf

# Une revue récente à travers les régions de l'OMS met en évidence le rôle crucial des professionnel-le-s de santé dans la protection des patient-e-s contre le zona.

Une revue publiée en 2023 met l'accent sur le rôle essentiel que les professionnel-le-s de santé jouent dans la protection des patient-e-s et l'impact positif que leurs recommandations proactives peuvent avoir sur la volonté des patient-e-s à se faire vacciner.<sup>2</sup>

Les adultes âgé-e-s de 50 ans et plus présentent un risque accru de développer un zona et ses complications potentiellement invalidantes, notamment une névralgie post-herpétique.<sup>1</sup> Bien que le vaccin contre le zona soit disponible dans plus de 60 pays à travers le monde, la couverture vaccinale pourrait être améliorée.<sup>2</sup>



Ces résultats ont été publiés en premier dans Wang Q, et al. JMIR Public Health Surveill. 2023; le graphique a été créé indépendamment par GSK à partir des données d'origine.

Une revue systématique et une méta-analyse récentes ont estimé les taux de consentement à la vaccination contre le zona à travers toutes les régions de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et ont identifié les facteurs impactant la prise de décision par les patient-e-s.<sup>2,\*</sup>

Parmi les adultes âgé-e-s de 50 ans et plus, 56% étaient prêt-e-s à recevoir un vaccin contre le zona. Les obstacles à la vaccination étaient notamment des craintes en matière d'efficacité, de sécurité ou de coût, ou encore le simple fait de n'avoir pas connaissance de l'existence d'un vaccin contre le zona.<sup>2</sup>

D'après la revue, les recommandations des professionnel-le-s de santé améliorent le consentement des patient-e-s à se faire vacciner. Après avoir été conseillé-e-s par des professionnel-le-s de santé, 75% des patient-e-s étaient prêt-e-s à recevoir un vaccin contre le zona, contre seulement 49% sans conseils par des professionnel-le-s de santé. **Ceci souligne le rôle essentiel des professionnel-le-s de santé dans la prévention de cette maladie et l'importance d'en discuter et de recommander activement la prévention aux patient-e-s afin de favoriser la couverture vaccinale contre le zona.<sup>2</sup>**

À travers le monde,

**1 adulte**

âgé-e de 50 ans

**ou plus sur 2**

est prêt-e à recevoir

un vaccin contre le zona<sup>2</sup>

56,06% (IC à 95%: 37,26-74,02)

Données de Wang Q et al. 2023.

## Protégez vos patient-e-s âgé-e-s de 50 ans et plus contre le zona<sup>3,\*†</sup> – c'est maintenant qu'il faut leur parler de la prévention du zona.

† SHINGRIX/l'immunisation ne protège pas 100% des individu-e-s vacciné-e-s

\* Revue systématique mondiale et méta-analyse des taux de consentement à la vaccination contre le zona à travers toutes les régions de l'OMS. Un total de 13 papiers ont été inclus à la date du 20 juin 2022, portant sur 14 066 individus issus de 8 pays (Australie, Canada, Chine, France, Corée du Sud, Émirats arabes unis, Royaume-Uni et États-Unis) dans 4 régions de l'OMS (région Méditerranée orientale, région Europe, région des Amériques et région du Pacifique occidental). Le taux de consentement et les facteurs associés, notamment la perception sociodémographique et les perceptions individuelles, étaient synthétisés par contexte géographique, sur la base des concepts du Modèle de croyance en santé. Le taux groupé de consentement a été calculé en utilisant une double transformation arc-sinus sur 2 variables, le nombre d'individus interrogés et le nombre d'individus acceptant la vaccination contre le zona.<sup>2</sup>

**Shingrix** (Vaccin contre le zona, recombinant, avec adjuvant). **PA:** Glycoprotéine E du virus varicelle-zona (antigène gE). **I:** Prévention du zona chez les adultes de 50 ans et plus, et chez les adultes de 18 ans et plus présentant un risque accru de zona. **P:** Posologie usuelle: Immunisation de base: deux doses (chacune à 0,5 ml), intervalle de 2 mois au minimum. Posologie

spécifique: voir information professionnelle. Par voie intramusculaire dans le muscle deltoïde. On ne dispose d'aucune donnée concernant la nécessité de doses de rappel. **CI:** Hypersensibilité à l'un des composants. **M/P:** Une réponse immunitaire protectrice peut ne pas être obtenue chez tous les sujets vaccinés avec Shingrix. **IA:** Shingrix peut être administré simultanément à un vaccin contre la grippe saisonnière sans adjuvant, un vaccin PPV23, un vaccin PCV13 ou un vaccin dTpa. Toujours injecter les vaccins à des sites différents. **G/A:** Il n'existe pas de données cliniques sur l'emploi pendant la grossesse et l'allaitement. **EI:** Très fréquents: Céphalées, symptômes gastro-intestinaux (y compris nausées, vomissements, diarrhée et/ou douleurs abdominales), myalgie, réactions au site d'injection (douleurs, rougeur, gonflement), fatigue, frissons, fièvre. **Fréquents:** Prurit au site d'injection, malaise. **Occasionnels:** Lymphadénopathie, vertiges, arthralgie. **Expériences post commercialisation:** **Rares:** Réactions d'hypersensibilité. **Très rares:** Syndrome de Guillain-Barré. **Fréquence inconnue:** Toxicité cutanée grave. **Cons:** Conserver au réfrigérateur (2-8°C). **Pr:** Flacon de poudre et flacon de suspension, x1. **CR:** B. **Mise à jour de l'information:** mars 2023. GlaxoSmithKline AG, 3053 Münchenbuchsee. Consulter [www.swissmedinfo.ch](http://www.swissmedinfo.ch) pour des informations détaillées. Veuillez signaler les effets indésirables médicamenteux à l'adresse [pv](mailto:swiss@gsk.com).

[swiss@gsk.com](mailto:swiss@gsk.com). Les professionnel-le-s de la santé peuvent demander les références mentionnées à GlaxoSmithKline AG.

▼ Ce médicament fait l'objet d'une surveillance supplémentaire. Pour plus d'informations, se référer à l'information professionnelle de Shingrix disponible sous [www.swissmedinfo.ch](http://www.swissmedinfo.ch).

**Références:** 1. Harpaz R et al. Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Prevention of herpes zoster: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). MMWR Recomm Rep. 2008;57(RR-5):1-30. 2. Wang Q, et al. Willingness to vaccinate against herpes zoster and its associated factors across WHO regions: Global systematic review and meta-analysis. JMIR Public Health Surveill. 2023;9:e43893. 3. Information professionnelle Shingrix, [www.swissmedinfo.ch](http://www.swissmedinfo.ch), consulté en nov. 2023. 4. Strezova A, et al. Long-term Protection Against Herpes Zoster by the Adjuvanted Recombinant Zoster Vaccine: Interim Efficacy, Immunogenicity, and Safety Results up to 10 Years After Initial Vaccination. Open Forum Infectious Diseases, Volume 9, Issue 10, October 2022, ofac485, <https://doi.org/10.1093/ofid/ofac485>.

Cet article a été rendu possible grâce au soutien financier de GlaxoSmithKline AG.

Vous souhaitez en savoir plus sur les données sur 10 ans<sup>4</sup> de SHINGRIX?



Visionnez la vidéo de l'avis d'expert du Professeur Cunningham (Australie)



Souhaitez-vous être au courant du statut de livraison des vaccins GSK? Inscrivez-vous à la newsletter.

**LE ZONA**

**EST ÉVITABLE –**

**POURQUOI ATTENDRE?**

**SHINGRIX**  
(ZOSTER VACCINE RECOMBINANT, ADJUVANTED)

image-symbole

GlaxoSmithKline AG, Talstrasse 3, CH-3053 Münchenbuchsee, Tél. +41 (0)31 862 2111, Fax +41 (0)31 862 22 00, [www.glaxosmithkline.ch](http://www.glaxosmithkline.ch)  
Trademarks are owned by or licensed to the GSK group of companies. ©2023 GSK group of companies or its licensor.

**GSK**

## Douleurs abdominales chroniques chez l'enfant

# If you hear hoofbeats, think of horses, not zebras

Dr méd. Tobias Müller<sup>a,b</sup>; Dr méd. Anna Kündig<sup>c</sup>; Irene Bosma<sup>d</sup>, médecin diplômée; Dr méd. Thomas Bächler<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Klinik für Viszeral- und Thoraxchirurgie, Kantonsspital Winterthur, Winterthur; <sup>b</sup> Chirurgische Klinik, GZO Spital Wetzikon, Wetzikon; <sup>c</sup> Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Kantonsspital Winterthur, Winterthur; <sup>d</sup> Klinik für Radiologie und Nuklearmedizin, Kantonsspital Winterthur, Winterthur

## Contexte

Environ 10–15% des enfants souffrent de douleurs abdominales chroniques, plus fréquentes après l'âge de trois ans. Les douleurs abdominales sont considérées comme chroniques lorsqu'elles durent plus de trois mois. Les filles sont plus souvent touchées que les garçons. Les douleurs abdominales fonctionnelles sont les plus fréquentes, des causes organiques n'étant trouvées que dans 5–10% des cas [1]. Le diverticule de Meckel est une cause rare.

En revanche, cette affection fait partie des diagnostics différentiels classiques de l'hémorragie gastro-intestinale chronique de l'enfant et peut – si elle n'est pas détectée – déclencher une anémie chronique ou même un trouble de la croissance.

## Présentation du cas

### Anamnèse

Un garçon de 11 ans s'est présenté à notre service des urgences en raison de douleurs abdominales basses persistantes environ deux semaines après avoir subi une appendicectomie laparoscopique dans un autre établissement. Le patient avait des antécédents de douleurs abdominales chroniques et de constipation depuis plusieurs années. Depuis environ cinq ans, un trouble de la croissance se profilait en outre. De ce fait, plusieurs endoscopies hautes avaient été effectuées, la dernière à peine quatre semaines avant la présentation actuelle, en raison d'une anémie prononcée (hémoglobine 71 g/l) et d'une suspicion anamnétique de méléna. Les examens endoscopiques n'avaient toutefois pas révélé de source de saignement, et l'anémie hypochrome microcytaire marquée avait été interprétée comme une anémie ferriprive d'étiologie indéterminée ou possiblement liée à une thalassémie mineure familiale identifiée lors de

l'hétéro-anamnèse, qui n'avait toutefois jamais été recherchée chez le patient.

En raison d'une exacerbation des douleurs dans la partie inférieure droite de l'abdomen et de signes échographiques typiques d'une appendicite, une appendicectomie laparoscopique avait été pratiquée deux semaines auparavant dans un hôpital externe. Une appendicite légère avait été constatée en intra-opératoire et à l'histologie. Les douleurs avaient cependant persisté par la suite. Lors de la présentation à notre service des urgences, le patient a déclaré ne pas avoir eu de fièvre, de frissons ou de vomissements, mais a indiqué que ses selles étaient sombres et malodorantes le jour de sa présentation. L'anamnèse de voyage était sans particularité. Le traitement médicamenteux fixe consistait en une substitution orale en fer et un laxatif. Dans l'anamnèse familiale, il y avait une sœur atteinte de la maladie coeliaque, qui avait été recherchée et exclue par sérologie et histologie chez le patient. Aucune allergie n'était connue, et selon l'anamnèse, les vaccinations avaient été effectuées conformément au plan de vaccination suisse.

### Examen clinique

Le garçon était stable sur le plan cardiopulmonaire, afebrile et dans un état général réduit (poids: 24,9 kg [ $<3^{\circ}$  percentile], taille: 130 cm [ $<3^{\circ}$  percentile], indice de masse corporelle: 14,7 kg/m<sup>2</sup> [ $3^{\circ}$ – $10^{\circ}$  percentile], surface corporelle: 0,95 m<sup>2</sup>). L'examen abdominal a révélé une défense abdominale diffuse au niveau de tous les quadrants et une douleur à la pression dans l'hémi-abdomen droit sans douleur au relâchement; les bruits intestinaux étaient vifs au niveau de tous les quadrants. De plus, la peau était d'une pâleur frappante, avec des cicatrices non irritées.

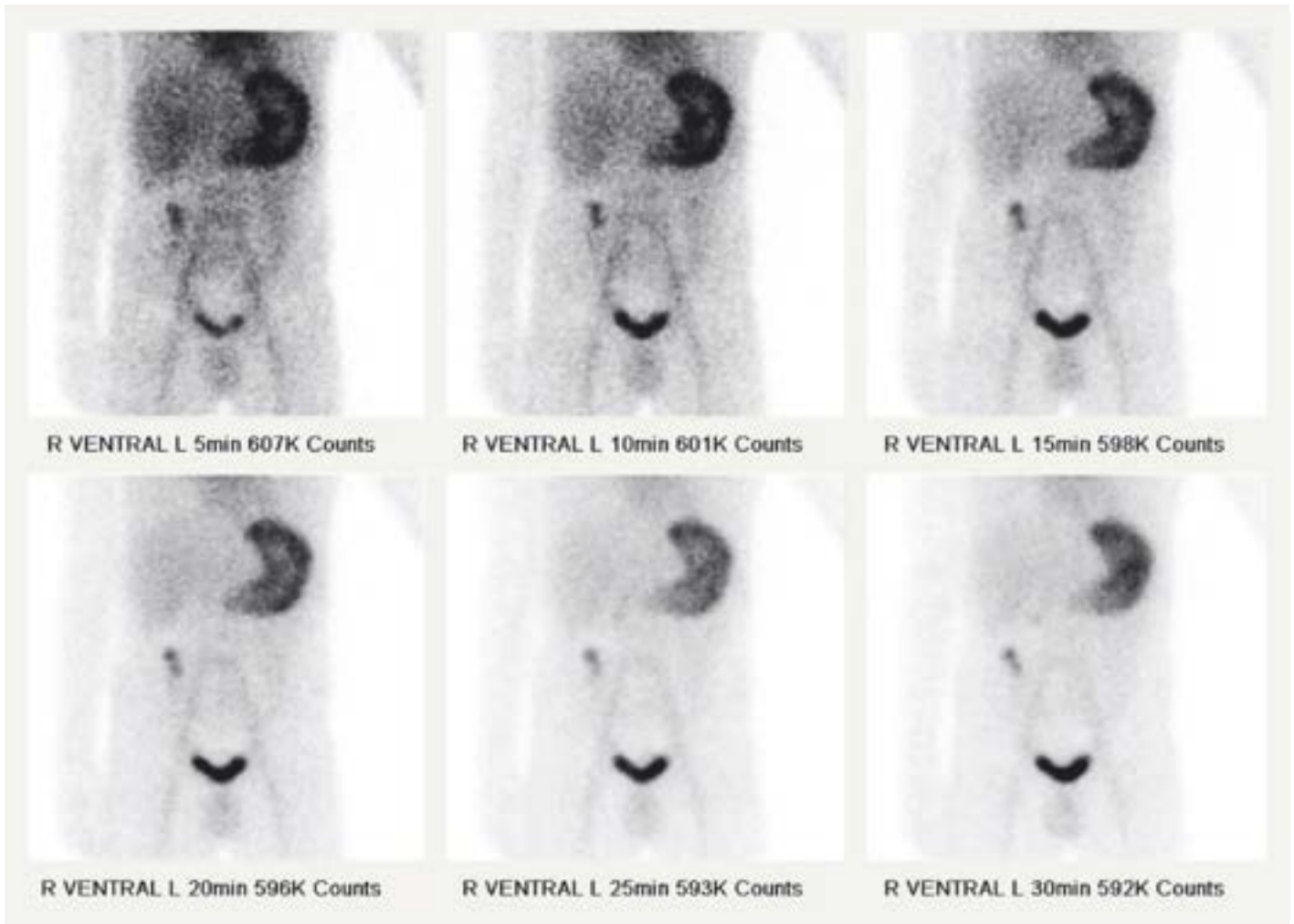
### Résultats

Les analyses de laboratoire ont révélé une anémie hypochrome microcytaire (hémoglobine 69 g/l,

nombre d'érythrocytes 4,0 T/l, volume globulaire moyen 62 fl, concentration corpusculaire moyenne en hémoglobine 281 g/l, nombre de réticulocytes 97 G/l, ferritine 2 µg/l), avec des paramètres inflammatoires normaux. L'échographie de l'abdomen a montré un épaississement étendu de la paroi d'une anse grêle, ainsi qu'une lymphadénopathie réactive et une structure indéterminée à paroi stratifiée remplie de liquide directement adjacente à l'anse grêle, avec peu de liquide libre. Face à une suspicion échographique de diverticule de Meckel, une scintigraphie de recherche de diverticule de Meckel a été réalisée, confirmant la suspicion (fig. 1).

### Évolution

Comme nous avons postulé que la muqueuse gastrique ectopique dans le diverticule de Meckel et éventuellement en regard de celui-ci était responsable de l'anémie ferriprive chronique du patient, nous avons réalisé une résection iléale segmentaire laparoscopique. En intra-opératoire, nous avons constaté un peu d'ascite séreuse dans le petit bassin et l'adhésion d'une anse grêle à l'endroit où l'appendice avait été détaché. Lors de l'exploration systématique de l'intestin grêle, le diverticule de Meckel décrit à l'imagerie a été détecté à 70 cm proximale à la valvule de Bauhin. Via une incision de McBurney classique, le segment d'iléon porteur du diverticule a été déplacé devant la paroi abdominale et réséqué sur une longueur de 10 cm. Il a ensuite été procédé à une anastomose iléo-iléale bout-à-bout selon la technique classique de Davos (suture continue extra-muqueuse avec fil en poly-p-dioxanone [PDS] 5-0 en retournant l'anastomose) et à la fermeture de la brèche du méso. Il faut mentionner que le patient, dont l'hémoglobine était initialement basse (65 g/l), a vu son taux d'hémoglobine chuter à 42 g/l en intra-opératoire malgré une perte de sang minime, probablement par dilution, ce qui a



**Figure 1:** Scintigraphie de recherche de diverticule de Meckel; pertechnétate de technétium  $^{99m}\text{TcO}_4^-$ , 68 MBq. Diverticule de Meckel contenant de la muqueuse gastrique, de localisation typique dans la partie inférieure droite de l'abdomen. Fixations physiologiques dans l'estomac et élimination par la vessie.

conduit les anesthésistes à lui transfuser un concentré érythrocytaire.

L'évolution postopératoire s'est déroulée sans complications, avec une régression complète des douleurs et une bonne reprise du transit gastro-intestinal, de sorte que le patient a pu rentrer

chez lui le quatrième jour postopératoire. L'anémie chronique a été interprétée comme étant le plus probablement due aux pertes de sang récurrentes dans le cadre du diverticule de Meckel avec carence en fer secondaire, et la substitution orale en fer a été poursuivie. Un dépistage de la

thalassémie n'a pas été effectué et il a été prévu qu'il le serait uniquement si l'anémie ne s'améliorerait pas par la suite.

L'examen anatomopathologique a révélé un diverticule de Meckel de 3,5 cm avec une muqueuse gastrique hétérotopique marquée de type «corps de l'estomac» et une diverticulite ulcéro-phlegmoneuse aiguë. Accessoirement, une inflammation granulomateuse chronique périfocale a été observée, raison pour laquelle une tuberculose abdominale a été envisagée comme diagnostic différentiel, mais elle n'a pas été confirmée par les examens complémentaires.

Trois mois après l'opération, le garçon s'est présenté dans un bon état général et nutritionnel, avec une prise de poids de 1,5 kg (poids 26,5 kg [3<sup>e</sup> percentile], taille 137,5 cm [3<sup>e</sup> percentile]). Les douleurs abdominales récurrentes n'étaient jamais réapparues depuis l'opération et les voies d'abord chirurgicales avaient cicatrisé sans irritation (fig. 2).

L'anémie chronique avait aussi complètement régressé, de sorte que la pédiatre a pu arrêter la substitution orale en fer.



**Figure 2:** Résultat clinique dix jours après la résection iléale segmentaire laparoscopique. Un consentement éclairé écrit est disponible pour la publication.

## Discussion

Le diverticule de Meckel a une prévalence de 2%, ce qui en fait l'anomalie congénitale la plus fréquente du tractus gastro-intestinal. Des complications surviennent dans 4% des cas sous forme d'hémorragies, d'inflammations ou d'obstructions. Le diverticule de Meckel est un véritable diverticule, qui résulte d'une oblitération incomplète du canal omphalo-mésentérique et qui porte le nom de l'anatomiste allemand Johann Friedrich Meckel. Il est le plus souvent localisé dans les 100 cm précédant la jonction iléo-cæcale [2]. Env. 50% des diverticules de Meckel contiennent une muqueuse hétérotopique, le plus souvent de la muqueuse gastrique ou du tissu pancréatique [2, 3].

Les symptômes du diverticule de Meckel ne sont pas spécifiques et sont identiques à ceux de pathologies abdominales plus fréquentes, comme l'appendicite, ce qui rend la pose du diagnostic difficile. L'hémorragie est, comme dans notre cas, le symptôme le plus fréquent chez les enfants, l'écoulement de sang par l'anus étant souvent associé à des crampes abdominales [2-4].

L'anémie chronique décrite dans notre cas n'est pas la présentation classique d'un diverticule de Meckel symptomatique. Une chute aiguë de l'hémoglobine dans le cadre d'une hémorragie active est plus fréquente [2, 3]. Dans le cas décrit, des saignements récurrents ont probablement eu lieu, ce qui a conduit à une carence en fer chronique. Ceci a également été interprété comme étant la cause de la stagnation de la croissance.

L'examen d'imagerie de référence pour rechercher un diverticule de Meckel est la scintigraphie au pertechnétate de technétium  $^{99m}\text{TcO}_4^-$  [2, 5]. Les autres procédés d'imagerie montrent souvent des résultats non spécifiques tels qu'une imbibition périfocale ou des structures tubulaires épaissies, de sorte que – comme dans le cas décrit – un diverticule de Meckel est suspecté.

Presque tous les diverticules de Meckel chez les enfants présentant une hémorragie contiennent de la muqueuse gastrique ectopique [6]. Le  $^{99m}\text{TcO}_4^-$  est absorbé par les cellules de la muqueuse gastrique et excrété dans la lumière par les cellules productrices de mucine. L'absorption a lieu via le symporteur sodium/iodure, un système de transport transmembranaire par lequel sont absorbés, outre l'iodure, des anions structurellement similaires comme le  $^{99m}\text{TcO}_4^-$ . Il est présent dans la glande thyroïde, mais aussi, entre autres, dans la muqueuse gastrique et dans les glandes salivaires [7]. Réalisée correctement et dans les situations cliniques appropriées, la scintigraphie du diverticule de Meckel a une sensibilité de 85% et une spécificité de 95%. Des clichés dynamiques de l'ensemble de l'ab-

domen, du diaphragme (y compris l'estomac) à la vessie, sont acquis après l'administration intraveineuse du produit radiopharmaceutique pendant 30 minutes. Des clichés statiques supplémentaires peuvent être acquis après 30 et 60 minutes. En complément, une tomographie d'émission monophotonique/tomodensitométrie (TEMP/TDM) peut être réalisée pour une localisation plus précise. La muqueuse gastrique ectopique se révèle par une absorption circonscrite du produit radiopharmaceutique au même moment que la muqueuse gastrique normale [8].

En cas de scintigraphie, de coloscopie et d'imagerie par résonance magnétique (IRM) normales, il convient, en cas de symptômes persistants, d'effectuer une laparoscopie diagnostique pour exclure un diverticule de Meckel, car celle-ci présente la meilleure sensibilité et spécificité pour le diagnostic d'un diverticule de Meckel [5].

Le traitement standard d'un diverticule de Meckel symptomatique est la résection (laparoscopique) du diverticule de Meckel. En cas de diverticule de Meckel de petite taille, une résection segmentaire ou cunéiforme est recommandée, car la muqueuse gastrique ectopique se trouve souvent à la base. De même, en cas de problématique hémorragique, une résection segmentaire est recommandée, car les ulcères de la muqueuse iléale en regard sont ainsi également réséqués [4]. En cas de diverticule de Meckel plus grand et surtout enflammé, une diverticectomie avec agrafage de la base peut aussi être évaluée [2, 5]. Il n'existe pas de consensus concernant la résection de rou-

tine des diverticules de Meckel asymptomatiques et seules des données issues d'études, pour la plupart anciennes, avec une procédure chirurgicale ouverte sont disponibles [5]. Bien que la morbidité supplémentaire liée à une diverticectomie réalisée de façon inopinée au cours d'une laparoscopie soit faible, elle doit être soigneusement évaluée tant que le diverticule de Meckel est asymptomatique.

## Correspondance

Dr. med. Tobias Müller  
Chirurgische Klinik  
GZO Spital Wetzikon  
Spitalstrasse 66  
CH-8620 Wetzikon  
tobias.mueller[at]gzo.ch

## Remerciements

Les auteures et auteurs remercient le PD Dr méd. Bernd Klaeser, médecin-chef du service de médecine nucléaire de l'Hôpital cantonal de Winterthour, pour les clichés radiologiques.

## 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 Reust CE, Williams A. Recurrent abdominal pain in children. *Am Fam Physician*. 2018;97(12):785-93.
- 2 Hansen CC, Søreide K. Systematic review of epidemiology, presentation, and management of Meckel's diverticulum in the 21st century. *Medicine (Baltimore)*. 2018;97(35):e12154.
- 3 Menezes M, Tareen F, Saeed A, Khan N, Puri P. Symptomatic Meckel's diverticulum in children: a 16-year review. *Pediatr Surg Int*. 2008;24(5):575-7.
- 4 Chan KW, Lee KH, Mou JW, Cheung ST, Tam YH. Laparoscopic management of complicated Meckel's diverticulum in children: a 10-year review. *Surg Endosc*. 2008;22(6):1509-12.
- 5 Fusco JC, Achey MA, Upperman JS. Meckel's diverticulum: evaluation and management. *Semin Pediatr Surg*. 2022;31(1):151142.
- 6 Amoury RA, Snyder CL. Meckel's diverticulum. In: O'Neill JA, Rowe MI, Grosfeld JL, Fonkalsrud EW, Coran AG, Hg. *Pediatric Surgery*. 5. Aufl. St. Louis, MO: Mosby; 1998. S. 1173-84.
- 7 Zuckier LS, Dohan O, Li Y, Chang CJ, Carrasco N, Dadachova E. Kinetics of perrhenate uptake and comparative biodistribution of perrhenate, pertechnate, and iodide by Nal symporter-expressing tissues in vivo. *J Nucl Med*. 2004;45(3):500-7.
- 8 Spottswood SE, Pfluger T, Bartold SP, Brandon D, Burchell N, Delbeke D, et al. SNMMI and EANM practice guideline for meckel diverticulum scintigraphy 2.0. *J Nucl Med Technol*. 2014;42(3):163-9.

## L'essentiel pour la pratique

- L'examen diagnostique de référence du diverticule de Meckel est la scintigraphie de recherche de diverticule de Meckel.
- Si les résultats d'examen sont normaux, une laparoscopie diagnostique doit être effectuée pour exclure un diverticule de Meckel en cas de symptômes persistants.
- En cas de douleurs abdominales inexplicables associées à des saignements anaux et/ou à une anémie, il faut penser à un diverticule de Meckel dans le cadre du diagnostic différentiel chez l'enfant.
- Chez l'enfant, il convient de procéder à l'exploration systématique de l'iléon lors de l'appendicectomie laparoscopique pour exclure un diverticule de Meckel.
- En cas de diverticule de Meckel hémorragique, une résection segmentaire est recommandée. Celle-ci peut être réalisée sans problème par laparoscopie.



**Dr méd. Tobias Müller**  
Chirurgische Klinik, GZO Spital  
Wetzikon, Wetzikon



# 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

Spital Bülach



## Oberärztin/Oberarzt Endokrinologie/ Diabetologie

Das Spital Bülach wächst - wachsen Sie mit.

Für die Abteilung Endokrinologie/Diabetologie suchen wir per sofort oder nach Vereinbarung ein neues Teammitglied.

Weitere Informationen:



Spital Bülach AG, Spitalstrasse 24, CH-8180 Bülach  
[www.spitalbuelach.ch/jobs](http://www.spitalbuelach.ch/jobs)

181800-7

# VORSICHTIG



Ihre Spende in guten Händen.

Achten Sie auf das Zewo-Gütesiegel. Dann können Sie darauf zählen: Ihre Spende kommt am richtigen Ort an und bewirkt Gutes.





«Ich schätze die inspirierende Zusammenarbeit im interdisziplinären Team. Hier wird aufeinander eingegangen und ich werde gefördert.»

## Chefarzt bzw. Chefärztin und Medizinische Leitung Direktion Wil 90 - 100 %

### Psychiatrie St.Gallen, Wil

Wir suchen per 1. August 2024 oder nach Vereinbarung eine Chefärztin bzw. einen Chefarzt, die / der mit ihrer / seiner Fach- und Führungskompetenz den medizinischen Bereich der Direktion Wil führt und weiterentwickelt.

In dieser Funktion stellen Sie zusammen mit der Direktorin und der Leitung Pflege, Therapien und Sozialarbeit die operative Führung der Angebote im Rahmen der integrierten Versorgung der Psychiatrie St.Gallen in Wil sicher. Sie führen das ärztliche und psychologische Kader und verantworten die psychiatrische Versorgung am Standort Wil. Als integrative und belastbare Persönlichkeit bringen Sie neben medizinischem Fachwissen mehrjährige Erfahrung als Kaderärztin/Kaderarzt und organisatorisches Flair sowie eine gute Vernetzung in der schweizerischen Versorgungslandschaft mit. Die Psychiatrie St.Gallen (PSG) ist eine selbständige, öffentlich-rechtliche Institution des Kantons St.Gallen mit Standorten in Heerbrugg, Pfäfers, Rapperswil, Rorschach, Sargans, St.Gallen, Uznach, Wattwil und Wil und beschäftigt rund 1'300 Mitarbeitende. Zudem verfügen wir über ein umfassendes Kompetenznetzwerk, das es uns ermöglicht, unsere Patientinnen und Patienten optimal zu behandeln und zu beraten. Am Standort Wil führen wir folgende Angebote: 204 Betten in der stationären Erwachsenen-, Alters- und Neuropsychiatrie, das Kompetenzzentrum Forensik, ein grosses Ambulatorium mit verschiedenen Spezialsprechstunden und Tageskliniken sowie das Wohnheim Eggfeld.

#### Ihre Tätigkeit

- In dieser Funktion verantworten Sie die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung am Standort Wil und die operative, fachliche, personelle und organisatorische Führung des Bereichs Medizin der Direktion Wil.
- Sie wirken aktiv und gestaltend in der Lehre sowie in der Aus-, Weiter- und Fortbildung mit und sind verantwortlich für die stationäre SIWF-Weiterbildungsstätte A Erwachsenenpsychiatrie am Standort Wil und bei vorhandenem Schwerpunkt auch für die SIWF-Weiterbildungsstätte für Abhängigkeitserkrankungen.
- Sie führen den eigenen Bereich nach den Grundsätzen der evidenzbasierten Medizin sowie nach betriebswirtschaftlichen Grundsätzen und entwickeln ihn vor diesem Hintergrund innovativ weiter.
- Sie sind verantwortlich für die fachliche, personelle und organisatorische Führung, Förderung und Entwicklung der Ihnen direkt unterstellten Kaderärztinnen und Kaderärzte (1 Chefärztin, 3 Leitende Ärztinnen und Ärzte und 3 Oberärzte), deren Beratung und Unterstützung sowie die stufengerechte und zeitgerechte Information und Kommunikation im Verantwortungsbereich.
- Klinische Supervision der Oberärztinnen und Oberärzte der beiden Akutstationen der Erwachsenenpsychiatrie sowie kaderärztlicher Hintergrunddienst im Turnus.
- Sie initiieren, steuern und begleiten Entwicklungs- und Veränderungsprozesse in inter- und intraprofessionellen Teams und fördern die aktive gegenseitige Zusammenarbeit in personellen, organisatorischen und medizinischen Belangen.
- Sie vertreten die Ärzteschaft und Psycholog/-innen der Klinik und leisten interne und externe Vernetzungsarbeit.

#### Ihr Leistungsausweis

- Facharzt bzw. Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie
- Schwerpunkt Titel erwünscht
- Langjährige Berufserfahrung in der Akutpsychiatrie
- Führungserfahrung

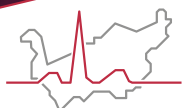
#### Unser Angebot

- In dieser Schlüsselposition sind Sie Mitglied der Direktion Wil und verfügen über entsprechende Entwicklungs- und Gestaltungsmöglichkeiten. In der aktuellen Phase der Unternehmensintegration und Standortentwicklung haben Sie die Möglichkeit, sich in einem dynamischen Umfeld aktiv einzubringen und die Unternehmenskultur und -werte massgeblich mitzugestalten.
- Die Psychiatrie St.Gallen ist ein attraktiver Arbeitgeber mit leistungsgerechter Entlohnung und Vertrauensarbeitszeit. Wir unterstützen unsere Mitarbeitenden grosszügig bei der Aus- und Weiterbildung.
- Der Standort Wil liegt verkehrsgünstig mit Autobahn- und Bahnanschluss Richtung Zürich und St. Gallen.



Für weitere Auskünfte stehen Ihnen Frau Esther Linka, Direktorin Wil, Tel.: +41 58 178 11 76 und Frau Angela Brucher, Direktorin Medizin & Psychologie a.i. Psychiatrie St. Gallen, Tel.: +41 58 178 62 32 sehr gerne zur Verfügung.

**Wir freuen uns auf Ihre Online-Bewerbung: [psychiatrie-sg.ch/stellen](https://psychiatrie-sg.ch/stellen)**



Hôpital du Valais  
Spital Wallis

Mit 5'900 Mitarbeitenden ist das Spital Wallis der bedeutendste Arbeitgeber im Kanton. Jährlich werden ca. 40'000 Patientinnen und Patienten stationär behandelt und über 633'000 ambulante Konsultationen durchgeführt.

Das Spital Wallis sucht für das Spitalzentrum Oberwallis im Psychiatriezentrum Oberwallis eine/n:

## Chefärztin/-arzt 80–100%

Innerhalb des Spitalzentrum Oberwallis bildet das Psychiatriezentrum Oberwallis (PZO) eine integrierte Klinik. Das PZO ist verantwortlich für die psychiatrischpsychotherapeutische Grundversorgung der Oberwalliser Bevölkerung (80'000 Einwohner). Auf der Basis unseres systemisch-integrativen Behandlungskonzepts bestehen am PZO vier Abteilungen mit Ambulatorien, Tageskliniken, Akutstationen sowie Konsiliar- und Liaisondiensten für jede Altersgruppe (insgesamt 41 Betten, 38 Tagesklinikplätze, ca. 15'000 ambulante Sprechstunden). Das PZO ist als Weiterbildungsstätte für den Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie der Kategorie A stationär und ambulant sowie für den Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie Kat. C anerkannt.

### Ihre Aufgaben:

- Führung und erfolgreiche Weiterentwicklung des PZO
- Aufrechterhaltung einer qualitativ hochstehenden psychiatrischen Versorgung
- Hohes Engagement als Chefarzt für die Ausbildung im Rahmen einer FMH-Weiterbildungsstätte Kat. A
- Persönliche Einsatzbereitschaft und enge Kooperation innerhalb des PZO und mit den anderen Departementen des Spitalzentrums sowie gegen aussen mit der Ärzteschaft und den sozialen Institutionen
- Enge Vernetzung mit den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten und den sozialen Institutionen
- Teilnahme am Hintergrundpikett- und Konsildienst des PZO

### Ihr Profil:

- Facharzttitel FMH oder gleichwertiger Titel in Psychiatrie und Psychotherapie
- Visionärer Denk- und Handlungsansatz mit der Bereitschaft, psychiatrisch-psychotherapeutische Konzepte weiterzuentwickeln und diese pragmatisch umzusetzen
- Führungserfahrung in einer psychiatrischen Klinik
- Kommunikative und kooperative Qualitäten
- Kompetenz in Planung, Organisation, Entscheidung und Handlung
- Fachkundig in der Führung und Motivation der Mitarbeiter

### Unser Angebot:

- Abwechslungsreiche und interessante Tätigkeit in einem dynamischen Umfeld
- Sorgfältige Einführung in den Aufgabenbereich
- Unterstützung durch ein motiviertes und engagiertes Team
- Attraktive Anstellungsbedingungen

### Arbeitsort:

Brig  
Stellenantritt: ab 1. Mai 2024 oder nach Vereinbarung

Auskünfte erteilt Ihnen gerne Herr Dr. Felix Walter, Klinikleiter PZO, Tel. +41 27 604 33 52.

Senden Sie Ihre vollständigen Bewerbungsunterlagen bitte bis am **29. Februar 2024** über unsere Internetseite.

[www.spitalvs.ch/stellen](http://www.spitalvs.ch/stellen)



182468-7



182630-7

## CHEFARTZ/CHEFÄRZTIN ANÄSTHESIE UND INTENSIVMEDIZIN (M/W/D) | 100 %

ANÄSTHESIOLOGIE UND INTENSIVMEDIZIN |  
BÜRGERSPITAL SOLOTHURN  
PER SOFORT ODER NACH VEREINBARUNG

### Ihre Aufgaben

- Leitung der Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin
- Mitglied der Spitalleitung, d. h. komplexe Führungsunterstützung auf oberstem Führungslevel mit Auswirkungen auf die gesamte Organisation des Bürgerspitals; direkt der Direktion BSS unterstellt
- Ärztliche und organisatorische Leitung von OP-Planung, OP-Management, Weissner Zone sowie Intensivstation als Dienstleister/-in auf höchstem Niveau
- Vernetzung und Kooperation mit kantonalen und ausserkantonalen Institutionen
- Positionierung der Institution in der ärztlichen Nachwuchsförderung

### Ihr Profil

- Facharzt oder Fachärztin für Anästhesiologie (oder ausländisch anerkanntes Äquivalent) und idealerweise Facharzt oder Fachärztin für Intensivmedizin (oder ausländisch anerkanntes Äquivalent)
- Klinische Erfahrung in einer Schweizer A1 Klinik und langjährige Führungserfahrung sowie sehr gute Vernetzung im Schweizer Gesundheitswesen
- Kenntnisse in Betriebswirtschaft oder Habilitation wünschenswert
- Gelebte Interdisziplinarität, integrierende, visionäre und strategische Persönlichkeit, gute Schnittstellenpflege mit Dienstleistungsorientierung
- Erfahrung in der Optimierung von OP-Abläufen und Behandlungsketten sowie in der partizipativen Führung

### Ihre Vorteile

- Vielfältiges Fortbildungsangebot, attraktive Karriereoptionen
- Kollegiale Teams, motivierendes Arbeitsklima
- Kantonales Spital mit hohen Qualitäts- und Leistungsstandards

### Ihr Kontakt

Bei Fragen zur Stelle (Referenz 1566):

Herr Dieter Hänggi

Direktor Bürgerspital Solothurn a.i. / Leiter Pflegedienst

Tel: tel:+41326273051

### Ihre Bewerbung

stellen.soh@spital.so.ch (mit Angabe der Referenznummer 1566)

Bürgerspital  
Solothurn

solothurner  
spitäler **so** **H**



## Leitende Ärztin/Leitenden Arzt (Stv. Chefärztin/Chefarzt) (80-100%)

### Ihr Arbeitgeber

Die Clenia Privatambulanz Littenheid AG nimmt für verschiedene Kantone einen Grundversorgungsauftrag wahr. Mit über 253 Betten, Tageskliniken sowie ambulanten Zentren behandelt sie Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit Erkrankungen aus dem gesamten Diagnosespektrum der Psychiatrie und Psychotherapie. Die Klinik gehört zur Clenia-Gruppe, der grössten privaten Anbieterin von psychiatrischen Dienstleistungen in der Schweiz.

### Ihre Aufgaben

Sie sind als Leitende Ärztin/Leitender Arzt kaderärztlich für eine der zwei Traumatherapiestationen nach DBT-PTBS zuständig. Sie führen und entwickeln die ärztlichen und psychologischen Mitarbeitenden auf Station und sind im Tandemmodell mit der Stationsleitung für die konzeptuelle, organisatorische und auch wirtschaftliche Entwicklung der Station verantwortlich. In Ihrer Funktion als Stv. Chefärztin/Chefarzt des Zentrums tragen Sie bei Abwesenheit des Chefarztes die operative Verantwortung für das Zentrum und nehmen auch übergeordnete Aufgaben zur Weiterentwicklung des Zentrums wahr.

### Ihr Profil

Sie sind Fachärztin/-arzt für Psychiatrie und Psychotherapie. Sie schätzen ein angenehmes und kollegiales Arbeitsklima, verfügen über Führungserfahrung in multiprofessionellen Teams und arbeiten gerne klinisch wie auch konzeptionell resp. in übergeordneten Projekten. DBT-Erfahrung und/oder Erfahrung mit traumatherapeutischen Methoden sind von Vorteil.

### Unser Angebot

Sie finden bei uns eine spannende und verantwortungsvolle Tätigkeit in einem engagierten Klinikumfeld mit der Möglichkeit sich einzubringen und mitzugestalten. Ein umfangreiches Fort- und Weiterbildungsangebot mit finanzieller Beteiligung sowie diverse Coaching- und Supervisionsangebote unterstützen Sie in Ihrer Weiterentwicklung. Es bestehen geregelte Arbeitszeiten (42-h-Woche), transparente Strukturen und ein kollegiales Arbeitsklima. Es besteht die Möglichkeit, eine ambulante Privatsprechstunde zu führen. Unsere Klinik verfügt über Personalzimmer und eine Kindertagesstätte auf dem Areal und liegt in einer reizvollen Landschaft zwischen dem Bodensee und den Schweizer Voralpen. Wir sind von den grösseren Städten Zürich, Winterthur, St. Gallen und Konstanz gut erreichbar.

**Ihr direkter Kontakt: Dr. med. Mark Ebnetter**, Chefarzt Zentrum für Psychotherapie und Psychosomatik Clenia Littenheid AG in Littenheid, erteilt Ihnen gerne weitere Auskünfte: T +41 71 929 63 14.

Wir freuen uns auf Ihre Online-Bewerbung

**clenia**    
Führend in Psychiatrie  
und Psychotherapie



182463-7



*Wir denken es könnte Ihnen gefallen, unsere Praxen in der Nähe von St. Gallen. Ein tolles Team wartet auf Sie, und hofft auf ein Teammitglied mit Empathie. Interdisziplinäre Zusammenarbeit wird bei uns grossgeschrieben, und uns immer wieder unter die Nase gerieben. Ein aufgewecktes Team mit attraktiver Entlohnung, ist noch nicht die finale Krönung. Was wir bieten ist minimale Administration, das nennen wir mal eine Sensation. Sie können es nun kaum erwarten, um möchten schnellstmöglich bei uns starten? Unsere Koordinaten haben Sie bereits, wir freuen uns auf diejenigen Ihrerseits.*

Für unsere Standorte im Appenzellerland suchen wir eine\*n

## Fachärzt\*in in Gynäkologie und Geburtshilfe, 60-100%

Für uns selbstverständlich ist:

- Eine attraktive Entlohnung
- Minimale Administration (Unterstützung durch zentralen Management Support)
- Der interdisziplinäre Austausch innerhalb der Gruppe und interne Fortbildungen
- Die Möglichkeit Karriereplanung und -begleitung durch erfahrenen ehemaligen Chefarzt, Sonografiepionier und Professor für Notfallmedizin mit grossem Beziehungsnetz, der Ihnen bei einer allfälligen Publikation oder für einen Fähigkeitsausweis in verschiedenen Sonografiebereichen behilflich sein kann
- Die Übernahme der Kosten für relevante Mitgliedschaften und Fähigkeitsausweise, sowie regionale Ärztesellschaften

Sie sind bei uns richtig, wenn Sie:

- Fachärzt\*in für Gynäkologie und Geburtshilfe sind und klinische Erfahrung und Bereitschaft zur interdisziplinären Zusammenarbeit mitbringen
- Ein wichtiger Bestandteil eines motivierten, jungen Teams zu werden



Senden Sie Ihre digitalen  
Bewerbungsunterlagen an:  
**hr@polipraxis.ch**

Oder schriftlich an: **Polipraxis Gruppe,  
Marktgasse 3, CH-9000 St. Gallen**

168711-8

## Da für alle.

Weil jeder 12. uns  
einmal braucht.

Gönner werden:  
**rega.ch/goenner**

**rega** 



**Kantonsspital  
Baselland**  
genau für Sie

Wir suchen zur Ergänzung unseres Teams ab sofort oder nach Vereinbarung eine/n

# Oberärztin/Oberarzt Center of Excellence Fuss & Sprunggelenk (a)

100%

Nach Vereinbarung

Zentrum Bewegungsapparat / Klinik Orthopädie & Traumatologie  
Bruderholz

## So gestaltet sich der Berufsalltag

Als Oberärztin/Oberarzt im Center of Excellence Fuss & Sprunggelenk, unter der Leitung von Prof. Dr. med. Beat Hintermann, sind Sie gemeinsam mit dem Teamleiter für die Versorgung unserer Patientinnen und Patienten neu am Standort Bruderholz zuständig. Diese interessante Stelle bietet Ihnen eine interdisziplinäre Zusammenarbeit in einem lebhaften, modernen und zukunftsgerichteten Spital.

Unter dem Dach des Kantonsspitals Baselland leben wir Teamgeist und Zusammengehörigkeitsgefühl aktiv und bewusst.

## Kompetenzen und Potenzial

- Facharzt/-ärztin (FMH) für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates mit besonderem Interesse für die Fusschirurgie
- Engagierte, teamfähige, kommunikative und ideenreiche Persönlichkeit
- Hohe soziale und wirtschaftliche Kompetenz, welche die täglichen Herausforderungen eines lebhaften Betriebes schätzt

## Unser Kontakt bei Fragen

**Prof. Dr. med. Dr. phil. Dipl.-Ing. (FH) Andrej M. Nowakowski**, Ärztlicher Leiter Klinik, Chefarzt, freut sich auf das persönliche Kennenlernen und gibt gerne Auskunft unter +41 61 436 27 21 oder [andrej.nowakowski@ksbl.ch](mailto:andrej.nowakowski@ksbl.ch).

Stellenreferenz 10248



HR Dienstleistungszentrum  
T: +41 (0)61 553 70 70  
[www.ksbl.ch](http://www.ksbl.ch)



La Fondation PHENIX est une référence dans la prise en charge ambulatoire globale des addictions, avec ou sans substance. Elle est reconnue d'utilité publique et soutenue par la Confédération suisse (OFAS), le Canton de Genève et la Loterie Romande.

La Fondation Phenix est également reconnue comme établissement de formation post-graduée en psychiatrie et psychothérapie par l'ISFM et en addiction par la SSAM, et recherche des:

### MÉDECINS GÉNÉRALISTES (50 à 100%)

Rejoignez nos équipes pluridisciplinaires (médecins psychiatres et généralistes, psychologues, infirmier.e.s, laborantin.e.s et assistant.e.s sociaux.ales,) qui proposent une large palette d'approches thérapeutiques, individuelles ou en groupe, aux patients et à leur entourage.

Découvrez l'annonce complète et les avantages proposés sur: [www.phenix.ch/emploi](http://www.phenix.ch/emploi)

182307-7



La Fondation PHENIX est une référence dans la prise en charge ambulatoire globale des addictions, avec ou sans substance. Elle est reconnue d'utilité publique et soutenue par la Confédération suisse (OFAS), le Canton de Genève et la Loterie Romande.

La Fondation Phenix est également reconnue comme établissement de formation post-graduée en psychiatrie et psychothérapie par l'ISFM et en addiction par la SSAM, elle recherche des:

### MÉDECINS PSYCHIATRES (50 à 100%)

Rejoignez nos équipes pluridisciplinaires (médecins psychiatres et généralistes, psychologues, infirmier.e.s, laborantin.e.s et assistant.e.s sociaux.ales,) qui proposent une large palette d'approches thérapeutiques, individuelles ou en groupe, aux patients et à leur entourage.

Découvrez l'annonce complète et les avantages proposés sur: [www.phenix.ch/emploi](http://www.phenix.ch/emploi)

182309-7



#### Hai voglia di lavorare nel Cantone del Sole?

Il centromedico offre opportunità a Locarno, Bellinzona e Mendrisio per Specialisti in Medicina Interna Generale. Visita il nostro sito a <https://centromedico.ch/lavora-con-noi/> e inviaci la tua candidatura a [job@centromedico.ch](mailto:job@centromedico.ch).

#### Vous souhaitez travailler dans le Canton du Soleil ?

Centromedico offre des opportunités à Locarno, Bellinzona et Mendrisio pour des spécialistes en médecine interne générale. Visitez notre site web à l'adresse suivante <https://centromedico.ch/lavora-con-noi> et envoyez-nous votre candidature à [job@centromedico.ch](mailto:job@centromedico.ch).

#### Haben Sie Lust, im Sunshine Canton zu arbeiten?

Centromedico bietet Stellen für Fachärzte für Allgemeine Innere Medizin in Locarno, Bellinzona und Mendrisio an. Besuchen Sie unsere Webseite <https://centromedico.ch/lavora-con-noi/> und bewerben Sie sich per Email an [job@centromedico.ch](mailto:job@centromedico.ch)



182423-7



## Séminaires et événements

16. März 2024, 08:15–17:45

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

Kommt es zu einem medizinischen Zwischenfall an Bord, sind Sie und Ihre Fachkenntnisse als medizinische Fachperson gefragt.

Die Wahrscheinlichkeit, während eines Fluges medizinische Hilfe leisten zu müssen, besteht bei jedem Flug. Darüber hinaus ist es immer mehr Menschen möglich, auch mit schweren Erkrankungen mit dem Flugzeug zu reisen. Bei einem Notfall an Bord erschweren beengte Platzverhältnisse, Lärmmissionen und unbekanntes Equipment die routinierte Behandlung. Sie möchten auf diese Situation über den Wolken vorbereitet sein? Dieser Kurs bringt medizinisches Personal aller Fachrichtungen die Besonderheiten der medizinischen Notfallversorgung an Bord eines Flugzeugs nahe. Lernen Sie das medizinische Equipment und die Kompetenzen der Cabin Crews kennen, damit Sie unsere Crews bestmöglich unterstützen können.

**Ziel des Kurses:**

Der Kurs bringt Ärzt:innen aller Fachrichtungen die medizinische Notfallversorgung an Bord eines Flugzeuges nahe. Lernen Sie das medizinische Equipment und die Kompetenzen der Cabin Crews kennen, um die Crews bestmöglich unterstützen zu können.

# Human Factors Academy

Member of **Lufthansa Aviation Training****Kursinhalte**

- Flugphysiologische Aspekte und deren Auswirkungen in der Medizin
- Rechtliche Aspekte einer Behandlung
- Medizinisches Equipment an Bord und Kompetenzen der Cabin Crew
- Medizinische Unterstützungsmöglichkeiten für den Passagier
- BLS-AED Training Erwachsene und Kinder
- Praktisches Training in Flugzeugattrappen

**Sprache**

Deutsch

**Informationen**

<https://www.humanfactorsacademy.com/doctor-on-board>

**Veranstaltungsort****Lufthansa Aviation Training Switzerland AG****Veranstalter**

Lufthansa Aviation Training GmbH

**Adresse**

Cherstrasse 1, 8152 Opfikon, Schweiz

**Kontakt**

Sebastian Wilker  
hfa@lat.dlh.de

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)

29.02.2024 | 08.30–18.00 Uhr

**29. St.Galler Infekttag - Am Puls der Zeit**

29. St.Galler Infekttag mit topaktuellem Wissen und spannenden Vorträgen aus der Welt der Infektiologie.

Kantonsspital St. Gallen Klinik Infektiologie/Spitalhygiene,  
Rorschacher Strasse 95, 9000 St. Gallen, Schweiz

Kontakt: Karalic Elza  
[elza.karalic@kssg.ch](mailto:elza.karalic@kssg.ch)

29.02.2024 | 13.30–18.00 Uhr

**Jahressymposium SGSP 2024**

Das diesjährige Jahressymposium SGSP widmet sich ganz dem Bergsport. Das Symposium soll exemplarisch psychiatrische und psychologische Aspekte des Bergsports beleuchten. Mit dabei als Referent ist Alexander Huber, einer der bekanntesten Alpinisten.

Solothurner Spitäler AG, Kantonsspital Olten,  
Baslerstrasse 150, 4600 Olten, Schweiz

Kontakt: Corinne Gerber  
[marketing@privatklinik-wyss.ch](mailto:marketing@privatklinik-wyss.ch)

02.03.2024–09.03.2024

**52. Internationale Kieferorthopädische Fortbildungstagung**

K3 Kitzkongress, Josef-Herold-Straße 12,  
6370 Kitzbühel, Österreich

Kontakt: Tagungsbüro  
[tagung-kitz@oegkfo.at](mailto:tagung-kitz@oegkfo.at)

04.03.2024–07.03.2024

**69. Fortbildungstagung der Österreichischen wissenschaftlichen Gesellschaft für prophylaktische Medizin und Sozialhygiene**

69. Fortbildungstagung der Österreichischen wissenschaftlichen Gesellschaft für prophylaktische Medizin und Sozialhygiene gemeinsam mit Verein Heilanstalt Alland

Kongresszentrum Bad Hofgastein, Tauernplatz 1,  
5630 Bad Hofgastein, Österreich

Kontakt: Informationen: ÄrzteZentrale Med.Info  
[azmedinfo@media.co.at](mailto:azmedinfo@media.co.at)

04.03.2024–08.03.2024

**31. Ärzteforum Davos**

Die Fortbildungsveranstaltung richtet sich an Teilnehmende aus Praxis und Spital. Das Ärzteforum bietet aktuelle und praxisrelevante Themen und Referate, hauptsächlich aus der Allgemeinen Inneren Medizin und den Spezialgebieten der Inneren Medizin.

Kongresszentrum Davos, Talstrasse 49a, 7270 Davos  
Platz, Schweiz

Kontakt: Nina Hochholdinginger  
[nina.hochholdinginger@davos.ch](mailto:nina.hochholdinginger@davos.ch)

06.03.2024–07.03.2024

**Trendtage Gesundheit Luzern 2024 – FOREVER YOUNG? Fakten und Mythen, Chancen und Herausforderungen**

Ein langes, gesundes Leben geniessen können, altern ohne gesundheitliche Einschränkungen und selbst im sehr hohen Alter noch aktiv und fit sein. Wird 100 Jahre und älter werden zur künftigen Maxime? #TGL2024

KKL Luzern, Europaplatz 1, 6005 Luzern, Schweiz

Kontakt: Forum Gesundheit Luzern  
[info@trendtage-gesundheit.ch](mailto:info@trendtage-gesundheit.ch)

06.03.2024 | 08.30–13.00 Uhr

**Veranstaltung zur Arzthaftung**

Erforscht werden die rechtlichen Herausforderungen im Arzthaftungsrecht an der Schnittstelle von Digitalisierung und medizinischem Fortschritt. Die interdisziplinäre Diskussion bietet praxisrelevante Lösungen für komplexe haftungsrechtliche Fragen.

Widder Hotel, Rennweg 7, 8001 Zürich, Schweiz

Kontakt: Zentrum für Haftpflicht-, Privat- und Sozialversicherungsrecht  
[tagung@have.ch](mailto:tagung@have.ch)



07.03.2024–09.03.2024

**7th Pannonian Congress of Pathology – OEGPath/IAP Austria Spring Meeting 2024**

Tech Gate Vienna, Donau-City-Straße, 1220 Wien, Österreich

Kontakt: Tagungsbüro: c/o MAW Kongressbüro  
ÖGPath, Frau Verena Schachenhofer, Frau Jasmin Amon  
oegpath@media.co.at

07.03.2024–09.03.2024

**Kardiologie Kongress Innsbruck**

Congress Innsbruck, Rennweg 3, 6020 Innsbruck, Österreich

Kontakt: Organisation: PCO Tyrol Congress  
kardiologie@cmi.at

08.03.2024

**Der große, kleine Unterschied – Warum Gendern in der Kardiologie wichtig ist**

Lentos Kunstmuseum Linz, Doktor-Ernst-Koref-Promenade 1, 4020 Linz, Österreich

Kontakt: Informationen / Fachausstellung: ÄrzteZentrale Med.Info  
azmedinfo@media.co.at

09.03.2024 | 09.00–18.00 Uhr

**Seminar 9 – Heildiät bei Krankheiten der Nieren und Harnwege**

Die Nieren werden durch Fehlernährung und Toxine aus der Nahrung auf Dauer gefährdet und geschädigt. Wir besprechen die Möglichkeiten einer Heildiät und die der Heilpflanzen, dieser Schädigung entgegenzuwirken und Selbstheilungskräfte zu aktivieren.

Lassalle-Haus, Bad Schönbrunn, 6313 Menzingen, Schweiz

Kontakt: Sieglinde Kliemen  
akademie@bircher-benner.com

13.03.2024 | 14.00–18.00 Uhr

**Zukunftssymposium «Translationale Ethik im Gesundheitswesen»: Interaktion vor Intervention**

Im Rahmen des Zukunftssymposiums «Translationale Ethik im Gesundheitswesen» mit dem Motto «Interaktion vor Intervention» beleuchten namhafte Referent:innen die Chancen der Integrierten Versorgung.

Universität Zürich Zentrum, Rämistrasse 71, 8006 Zürich, Schweiz

Kontakt: Eliette Pianezzi  
info@dialog-ethik.ch

14.03.2024–15.03.2024

**ZAIM MediKurs März 2024**

Vorbereitungskurs zur Facharztprüfung Allgemeine Innere Medizin.

Online, 6312 Steinhausen, Schweiz

Kontakt: Medworld AG  
registration@medworld.ch

14.03.2024–15.03.2024

**41. Ernährungskongress des Verbandes der Diätolog\*Innen Österreichs**

Vienna Marriott Hotel, Parkring 12A, 1010 Wien, Österreich

Kontakt: Verband der Diätologen Österreichs  
office@diatologen.at

14.03.2024–15.03.2024

**BKKÖ Frühjahrstagung – Kinderkrankenpflege**

City Campus Wiener Neustadt, Schlögelgasse 22-26, 2700 Wiener Neustadt, Österreich

Kontakt: Informationen bei: ÄrzteZentrale Med.Info  
azmedinfo@media.co.at

14.03.2024 | 09.15–18.30 Uhr

**Systemische Aufstellungen im Einzelsetting**

Mit einer modifizierten, dem Einzelsetting angepassten Methode aus der Aufstellungsarbeit machen wir diese Verbindungen oder Verstrickungen sichtbar sowie körperlich erlebbar und kombinieren die «Lösung» mit dem bedürfniszentrierten Ansatz des IKP.

IKP Zürich, Kanzleistrasse 17, 8004 Zürich, Schweiz

Kontakt: Nicole Eisele  
seminare@ikp-therapien.com

15.03.2024

**Oberösterreichischer Hygienetag 2024**

Messe Wels, Messeplatz 1, 4600 Wels, Österreich

Kontakt: Frau Elza Glück  
maw@media.co.at

16.03.2024

**Favoriten in der Kardiologie**

Andaz Vienna am Belvedere, Arsenalstraße 10, 1100 Wien, Österreich

Kontakt: Informationen bei: MAW – Medizinische Ausstellungs- und Werbegesellschaft, Frau Sonja Chmella, Herr David Grünseis  
kardio@maw.co.at

16.03.2024 | 09.30–16.30 Uhr

**Medizin im Rückblick: Wege und Irrwege der Medizin im 20. Jahrhundert**

Ein kollegiales konviviales Treffen von KollegInnen, die einen längeren Rückblick auf die Medizin haben, gemeinsam reflektieren, austauschen und einen Ausblick wagen.

privat und OMCT, Via Bosconi 11, 6983 Magliaso (TI), Schweiz

Kontakt: Dr Cornelia Klausner-Reucker  
cornelia.klausner@hin.ch

16.03.2024

**Frühling der Hepatologie & «Pre» Symposium Task Force Sarkopenie 2024**

Med Campus Graz, Neue Stiftingtalstraße 6, 8010 Graz, Österreich

Kontakt: Frau Lisa Jandrinitich  
oeggh.fortbildungen@media.co.at

19.03.2024 | 12.30–17.00 Uhr

**Lauf-Symposium 2024**

Top ReferentInnen im knackigen 25-Minuten-Format. Auch dieses Jahr sind alle ReferentInnen Spezialisten auf ihrem Gebiet: Orthopädie, Ernährung, Höhenmedizin, Neuroathletik und mehr.

Wankdorf Stadion Bern, Papiermühlestrasse 71, 3014 Bern, Schweiz

Kontakt: Florian Binzer  
laufsymposium@spiralodynamik.com

21.03.2024 | 09.00–16.00 Uhr

**SIM Jahrestagung 2024**

Programm wird erarbeitet.

Hotel Arte, Olten / Online, Riggengbachstrasse 10, 4600 Olten, Schweiz

Kontakt: Swiss Insurance Medicine  
info@swiss-insurance-medicine.ch**Votre manifestation manque?**

Entrez-la sur events.emh.ch

**Votre manifestation doit se démarquer?****Nous serons ravis de vous aider.**

events@emh.ch

# FMH SERVICES

**Insertionen** aufzugeben auf [www.fmhjob.ch](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

**AG – Aarau Altstadt neu renovierte Praxisräumlichkeit 101m<sup>2</sup> mit Parkplatz, Garage** – (evtl + 100m<sup>2</sup>) Rollstuhlgängig, EG, Ärztehaus, nahe Hirslandenklinik 2600.-, inkl. NK, 01.08.24 oder früher. E-Mail: [philegui@gmail.com](mailto:philegui@gmail.com).

**BE – Praxisnachfolge gesucht** – Etablierte, moderne Spezialarztpraxis in der Stadt Bern zu übergeben. Die chirurgische Praxis, speziell zur Behandlung des diabetischen Fusses befindet sich beim Salem-Spital. Voraussetzung: Facharzt für Chirurgie und/oder Orthopädie. Interessenten/-innen melden sich unter Tel. 031 941 12 32 oder E-Mail: [dr.brunner@hin.ch](mailto:dr.brunner@hin.ch).

**BE – Dorfpraxis für Allgemeine Innere Medizin im nordöstlichen Teil des Kantons Bern sucht Nachfolge** – In der attraktiven Gemeinde im nordöstlichen Teil des Kantons Bern kann eine familienfreundliche Praxis für Allgemeine Innere Medizin mit Selbstdispensation übernommen werden. Ein kompetentes Team organisiert die Betreuung und verfügt über ein zertifiziertes Qualitätsmanagement. Der erfolgreiche Betrieb eignet sich aufgrund der grosszügigen Räumlichkeiten, Ausstattung und des treuen Patientenstamms auch für mehrere Ärzte/Ärztin-

nen. Die Praxis ist bestens erreichbar via Bahn und Auto. Ein grosser Parkplatz und freier Blick in die Natur runden das Angebot ab. Spital und weiterführende Schulen sind in der Nähe. Eine faire Langzeitmiete ist möglich. Falls Sie sich angesprochen fühlen, freuen wir uns über Ihre schriftliche Kontaktaufnahme unter der Referenznummer 2615 bei: Federer & Partners Unternehmensberatung im Gesundheitswesen AG, Mitteldorfstrasse 3, CH-5605 Dottikon, [www.federer-partners.ch](http://www.federer-partners.ch), E-Mail: [janick.merkofer@federer-partners.ch](mailto:janick.merkofer@federer-partners.ch).

**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 erfahrener 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 Wundsprechstunden. 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).

**SO – Gruppenpraxis in Agglomeration von Solothurn sucht Nachfolger/in** – In der Agglomeration der Stadt Solothurn suchen wir für eine moderne, gut laufende und lebhaft Praxis eine/n motivierte/n und dynamische/n Facharzt/-ärztin für Allgemeine Innere Medizin als Nachfolger/in. Die Praxisräumlichkeiten verfügen über eine moderne Infrastruktur mit elektronischer Administration, digi-

talem 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 Ärzteentrums. 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).

**TG – Praxis für Kinder- und Jugendmedizin in der Region Bodensee zu übergeben** – Nach Vereinbarung ist eine vollelektronische Praxis für Pädiatrie an einen Nachfolger (m/w) zu übergeben. Flexible Übergabemodalitäten sind denkbar. Die etablierte Praxis ist grossflächig. Die Praxis erfüllt alle kantonalen Auflagen für die Berufsausübungsbewilligung bei Praxisübernahme. Attraktive Mietkonditionen und ein engagiertes Praxisteam runden das Angebot ab. Haben wir Ihr Interesse geweckt? Wir freuen uns auf Ihre Kontaktaufnahme unter Ref. 231 4335: FMH Consulting Services AG, Herr C. Carbognin, E-Mail: [cristian.carbognin@fmhconsulting.ch](mailto:cristian.carbognin@fmhconsulting.ch), Tel. 041 244 60 60.

**TG – Praxisräume mit OP** – In den interdisziplinären Ärzteetagen 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 – Einmalige Gelegenheit: Übernahme einer renommierten Praxisklinik für Plastisch-Chirurgische Ästhetik im Zentrum** – Sind Sie eine engagierte Ärztin oder ein engagierter Arzt mit Spitalerfahrung und dem Wunsch nach mehr Unabhängigkeit? Streben Sie nach einer persönlicheren Arbeitsumgebung und möchten Ihre Karriere weiterentwickeln? Dies könnte Ihre Gelegenheit sein! Wir bieten die Übernahme einer modernen, etablierten Praxis in Zürich geeignet für 1-2 Plastische Chirurgen/-innen mit Schwerpunkt Ästhetische Chirurgie. Zeithorizont 3 Jahre. Bekannt für Exzellenz und hohe Patientenzufriedenheit, bietet die Praxis eine attraktive Lage, moderne Ausstattung und einen festen Kundenstamm. Ihre Vorteile: Bieten Sie individuelle Betreuung und bauen Sie direkte Beziehungen auf Flexibilität und Unabhängigkeit: Gestalten Sie Ihren Arbeitsalltag und Entscheidungen nach Ihren Vorstellungen. Weniger Bürokratie: Profitieren Sie von effizienteren Prozessen und weniger Verwaltungsaufwand. Unterstützung beim Übergang: Die erfahrene Vorbesitzerin begleitet Sie anfangs fachlich und administrativ, um einen reibungslosen Übergang sicherzustellen. Ergreifen Sie diese Chance, Ihre Zukunft selbst zu gestalten. Für mehr Informationen kontaktieren Sie uns unter E-Mail: [selbststaendigwerden@gmail.com](mailto:selbststaendigwerden@gmail.com).

**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 selbständig 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](mailto:praxis-guet), KD Dr. med. Markus Baumgartner, Güetlistrasse 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 – Nachfolger (m/w) in eine etablierte Hausarztpraxis mit elektronischer KG am rechten Zürichseeufer gesucht** – An optimaler Lage in einer steuerünstigen 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).

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

**AG – Dringend Fachärztin/Facharzt Allgemeine Innere Medizin für Praxismgemeinschaft 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 verstarb, sowie mehrere Ärzte im Jahr 2024 in Rente gehen, besteht eine grosse Nachfrage nach einem neuen Hausarzt. Anforderung: Abgeschlossene Facharztusbildung 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](mailto:sabine.wirthlin@hin.ch).

**BE – Chirurg/in für Praxispartnerschaft in Thun** – Gesucht wird ein/e Praxispartner/in in Folge Pensionierung des jetzigen Arbeitskollegen. Die chirurgische Praxis Bestetti befindet sich zentral beim Bahnhof in Thun und verfügt über einen Operationssaal Klasse I sowie über schöne, helle Jugendstil-Räume. Die Anfrage richtet sich aufgrund der Praxisinfrastruktur an Fachärzte verschiedener chirurgischer Disziplinen. Web: [www.praxis-bestetti.ch](http://www.praxis-bestetti.ch), E-Mail: [valentina.bestetti@hin.ch](mailto:valentina.bestetti@hin.ch), Tel. 078 689 53 70.

**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](http://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](mailto:dr.angela.caddick@gmail.com).

**Stellenofferten**  
Offres d'emploi  
Offerte di posti

**BE – Facharzt/Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin 60-100% für hausärztliche Gruppenpraxis gesucht** – Für unsere moderne Gemeinschaftspraxis suchen wir einen engagierten Facharzt (w/m/d) für Allgemeine Innere Medizin. Wenn Sie Freude an qualitativ guter und ganzheitlicher Hausarztmedizin haben und eine positive, teamorientierte Arbeitsumgebung schätzen, freuen wir uns sehr auf Ihre Bewerbung. Wir bieten Ihnen einen Arbeitsplatz mit moderner Infrastruktur im Zentrum von Langenthal. Die Zusammenarbeit mit den regionalen Spital- und Spezialärzten ist sehr gut. Daneben hat die Nachwuchsförderung einen hohen Stellenwert. Bei Ihrer selbständigen Sprechstundentätigkeit werden Sie von einem aufgestellten und wertschätzenden Team unterstützt. Es erwarten Sie attraktive Anstellungsbedingungen. Wir streben eine langfristige Zusammenarbeit an und bieten die Möglichkeit zur Praxisbeteiligung. Möchten Sie Teil unseres Teams werden und Ihren Beitrag in einer patientenorientierten Grundversorgerpraxis leisten, dann freuen wir uns sehr auf Ihre Bewerbung. Dr. med. Samuel Leuenberger, HasliPraxis AG, St. Urbanstrasse 40, 4900 Langenthal. E-Mail: [samuel.leuenberger@haslipraxis.ch](mailto:samuel.leuenberger@haslipraxis.ch).

**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 Überberg für Dich als Arbeitsort in Frage kommt, sollten wir uns unbedingt kennenlernen! Kontakt E-Mail: [samuel.jordi@besonet.ch](mailto:samuel.jordi@besonet.ch) oder Tel. 034 422 11 00.

**LU – Suche Fachärztin/-arzt Innere / Allgemeine Medizin** – Für unsere gut etablierte Allgemeinartzpraxis nahe bei Luzern, suchen wir zur Zusammenarbeit nach Vereinbarung eine/n junge/en Fachärztin/-arzt. Wir sind ein top motiviertes engagiertes und eingespieltes Team. Es erwartet Sie eine moderne Praxis mit zeitgemässer Einrichtung (digitales Röntgen, grosses Labor, Sonographie, Ergometrie, Apotheke, EKG, Laser, elektronische KG, etc.). Sie verfügen über ein abgeschlossenes Medizinstudium mit Facharztusbil-

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

dung 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 flüssend 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.

**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](http://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](http://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](mailto:info@xundart.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@arztzentrum-muellheim.ch](mailto:sandra.hutter@arztzentrum-muellheim.ch); [www.aerztezentrum-muellheim.ch](http://www.aerztezentrum-muellheim.ch).

**TG – Kaderärztin/Kaderarzt (a) Allgemeine Innere Medizin** – Ihre Hauptaufgabe als 'Kaderarzt/Kaderärztin Allgemeine Innere Medizin' in der Rehaklinik Dussnang ist eine umfassende Abklärung, sowie Betreuung von internistischen-geriatrischen, muskuloskeletalen rheumatologischen und orthopädischen Patienten im stationären Umfeld. Eigenverantwortliche medizinische Versorgung unserer Reha-Patienten/-innen, die Bereitschaft zur interdisziplinä-

ren Zusammenarbeit im Reha-Team und die Gewährleistung einer hohen Behandlungsqualität runden das Aufgabenprofil ab. Voraussetzung für diese Stelle ist der Facharzt/Fachärztin Titel FMH Allgemeine Innere Medizin (alternativ: ME-BEKO-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 Schlampp 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 Titel physikalische Medizin und Rehabilitation, sowie der Facharzt/Fachärztin Titel FMH Allgemeine Innere Medizin (alternativ: ME-BEKO-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 Schlampp 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 – FMH für Allgemeine Innere Medizin / Praktischer Arzt/Praktische Ärztin** – Wir sind eine neue Permanence (Walk-In) für Allgemeinmedizin und einem angehenden Orthopäden/Traumatologen. Die Räumlichkeiten sind zentral gelegen und ein paar Gehminuten vom Zürcher Hauptbahnhof entfernt. Besonders attraktiv sind die flexiblen Arbeitszeiten. Urlaubszeit ist 5 Wochen bei einem 100% Arbeitspensum und kann selbstverständlich abgesprochen werden. Wenn wir Ihr Interesse geweckt haben, melden Sie sich einfach unverbindlich. Wir freuen uns auf ein persönliches Kennenlernen mit Ihnen! Ihr Team des Permanence Medical Center Bewerbungen bitte an E-Mail: [muxelbernhard@gmail.com](mailto:muxelbernhard@gmail.com).

**ZH – Fachärztin/Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe (40–60%) Fachärztin/Facharzt für Dermatologie (20–40%)** – Die Arztpraxis ST-Med ist seit 2019 im Zentrum von Zürich-Oerlikon etabliert und versorgt Patientinnen und Patienten in Allgemeiner Innerer Medizin, Gynäkologie, Orthopädie sowie Psychologie. Die Praxis ist mit einem topmodernen Labor, Geräten der neuesten Generation für Standard- und Spezial Untersuchungen sowie einer Praxisapotheke ausgerüstet. Zu unseren Grundwerten zählt eine freundliche, patientenorientierte Grundhaltung sowie kollegial-herzliche Zusammenarbeit. Zur Ergänzung unseres interdisziplinären Teams suchen wir per sofort oder nach Vereinbarung: Fachärztin/Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe (40–60%) Fachärztin/Facharzt für Dermatologie (20–40%). Das bieten wir Ihnen: Wir bieten Ihnen einen attraktiven Arbeitsplatz in einer hochmodernen Arztpraxis an. Sie erhalten die Möglichkeit, Ihre eigenen Vorstellungen einzubringen und aktiv an der Wei-

terentwicklung unseres Gynäkologie und Dermatologie-Angebots mitzuwirken. Zu den attraktiven Anstellungsbedingungen mit guter Entlohnung bieten wir auch eine prozentuale Umsatzbeteiligung an. Die ST-Med-Praxis liegt an bester, zentraler Lage in Zürich-Oerlikon in einem modernen Gebäude, rund 5 Gehminuten vom vielfrequenzierten Bahnhof entfernt bzw. gleich bei der Tramstation Sternen Oerlikon. Haben wir Ihr Interesse geweckt? Wir freuen uns auf Ihre Kontaktaufnahme: Dr. med. Tatjana Somborski, Leitende Ärztin, E-Mail: [tatiana.somborski@hin.ch](mailto:tatiana.somborski@hin.ch), Praxis ST-Med, Tramstrasse 4, 8050 Zürich, [www.st-med.ch](http://www.st-med.ch).

**ZH – Facharzt/-ärztin (w/m/d) Pädiatrie 20–100%** – Wir suchen Sie als Verstärkung für unsere kleinsten Patienten. Wir sind Praxis Lindengut AG - ein dynamisches, modernes, und familiär geführtes Unternehmen mit insgesamt 40 Mitarbeitern. Unsere Praxen sind verteilt auf drei Standorte zentral in der Altstadt von Winterthur gelegen. Die Gruppenpraxis am Graben, Ihr möglicher zukünftiger Arbeitsort, verfügt über die Fachgebiete Allgemeine und Innere Medizin, Gynäkologie, Neurologie, Dermatologie, Urologie und Pädiatrie. Es erwartet Sie ein engagiertes und motiviertes Team. Ihr Kontakt: Esther Scheitlin, Tel. 079 647 67 72, E-Mail: [e.scheitlin@arzt-winterthur.ch](mailto:e.scheitlin@arzt-winterthur.ch). Praxis Lindengut AG, Unterer Graben 29, 8400 Winterthur.

**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 zentrale 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 Wet-

zikon. 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 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, evidenzbasierter 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 Facharzt Ausbildung, 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.arztzentrum-glattbrugg.ch](http://www.arztzentrum-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 Facharzttitel 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 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 Arbeits-

woche, 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).

### Assistentenstellen Postes d'assistants Posti per medici assistenti

**GR – Assistenzärztin/-arzt Allgemeine Innere Medizin 60–80%** – Assistenzarztstelle für 6–12 Monate zu 60–80% im wunderschönen Engadin neu zu besetzen. Wir arbeiten als typische Allgemeinpraxis mit spannenden Notfällen in einem Bergkurort mit Nähe zum Regionalspital und versorgen Patienten aller Altersstufen. Mindestens 2 klinische Jahre sind Voraussetzung, davon 1 Jahr Innere Medizin. Weiterbildung ist FMH anerkannt, offizielle Lehrpraxis, kein Notfalldienst. Unser Praxisteam freut sich auf Ihre Bewerbung: Praxis Campell AG, Via Maistra 107, CH-7504 Pontresina, Tel. 0041 81 842 62 68, E-Mail: [luezza.campelldietrich@hin.ch](mailto:luezza.campelldietrich@hin.ch), [www.praxis-campell-pontresina.ch](http://www.praxis-campell-pontresina.ch).

**ZG – Assistenzarzt (w/m) Allgemeine Innere Medizin 60–100%** – Zur Verstärkung unseres lebhaften, familiären Praxisteam suchen wir nach Vereinbarung einen Assistenzarzt (w/m) zu 60–100% in Rotkreuz. Unsere Praxis befindet sich an der Suurstoffi 16 in 6343 Risch-Rotkreuz. Sie bietet grosszügige und helle Räumlichkeiten, eine moderne Praxiseinrichtung und ist voll digitalisiert. Auf Ihre Bewerbung freuen wir uns per E-Mail: [kim-baumann@hin.ch](mailto:kim-baumann@hin.ch).

### Praxisgesuche Recherches de cabinets Ricerche di studi medici

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

### Stellengesuche Ärzte Demandes d'emploi médecins Ricerche 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: [zugg@hin.ch](mailto:zugg@hin.ch).

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

# Mieux dormir pour protéger sa santé cardiovasculaire

**Cardiologie** Une récente étude menée par le Centre hospitalier vaudois conclut que les troubles du sommeil sont un facteur de risque des maladies cardiovasculaires aussi important que le diabète ou le tabagisme. Des actions visant à sensibiliser les patientes et patients à cette problématique peuvent être mises en place simplement.

Caroline Depecker

**P**révenir vaut mieux que guérir. Et en matière d'accident cardiovasculaire, une des mesures les plus efficaces serait peut-être... de bien dormir. Simple, cette recommandation prend tout son sens après la publication récente, dans *The European Heart Journal*, d'une étude [1] menée par des chercheurs du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) et de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) de Paris. Leurs travaux montrent en effet que cinq composantes du sommeil impactent de manière notable le risque d'accidents coronariens et vasculaires cérébraux. Conséquence importante: améliorer l'une d'elles avec le temps permet d'augmenter significativement la protection face à ce risque.

Les spécialistes le savent depuis longtemps: un sommeil trop court ou de mauvaise qualité est un facteur de stress important pour l'organisme. Rien d'étonnant ainsi qu'il soit associé à l'apparition de maladies cardiovasculaires. Certains des mécanismes physiologiques à l'œuvre ont d'ailleurs été bien documentés. Par exemple, un sommeil insuffisant contribue à une hausse de la tension artérielle, les apnées du sommeil sont à l'origine de processus inflammatoires ou bien encore d'un stress oxydatif favorisant l'artériosclérose. Mais aborder de la sorte le lien entre sommeil et maladies cardiovasculaires est restrictif, car le sommeil ne peut être réduit à une seule de ses dimensions et il diffère selon les moments de la vie.

## 17 000 personnes suivies sur 10 ans

Dans une approche plus exhaustive, l'équipe franco-suisse a étudié le risque d'accidents cardiovasculaires (syndrome coronaire aigu et accident vasculaire cérébral) en lien avec cinq composantes du sommeil: sa durée chaque nuit, le chronotype (être du matin ou du soir), la fréquence des insomnies, l'existence de somnolences diurnes excessives et les apnées du sommeil. Ces dimensions ont été intégrées dans un score unique, le Health Score Sleep (HSS), qui a fait l'objet d'enquêtes auprès d'une vaste population regroupant deux cohortes: du côté suisse, 6733 personnes de plus de 35 ans de l'étude CoLaus|PsyCoLaus et, du côté français, 10 157

adultes de 50 à 75 ans de l'étude prospective parisienne n° 3. Évalué grâce à des questionnaires dotant chacune des composantes du sommeil d'une valeur de 0 ou de 1, le HSS a été calculé chez les participantes et participants au moment de leur entrée dans l'étude, puis deux à cinq ans plus tard. La survenue d'événements cardiovasculaires a été surveillée pendant 8 à 10 ans environ.

En combinant les données sanitaires des cohortes et les scores d'entrée à l'étude, une première analyse confirme que plus le score initial est élevé – qualifiant un bon sommeil –, plus le risque d'accident cardiovasculaire est faible. Les personnes ayant un sommeil optimal avec un score de 5 (10% des participants) ont un risque cardiovasculaire réduit de 63% par rapport aux personnes ayant un score de 0 à 1 (9% des participants). 32% des personnes, soit la majorité, ont un score de 3. «Chaque point de plus au HSS équivaut à une diminution du risque cardiovasculaire de l'ordre de 18%. Une valeur comparable à ce qu'on trouverait en cas de diabète ou de tabagisme, et qui classe les troubles du sommeil comme facteur de risque important des pathologies cardiovasculaires», souligne le Prof. Dr méd. Raphaël Heinzer, chef du Centre d'investigation et de recherche sur le sommeil du CHUV et contributeur de l'étude.

## 16% de risque en moins

Lors de leurs travaux, les scientifiques ont pris soin d'ajuster les données en intégrant l'influence des autres facteurs de risque connus grâce à des modèles statistiques. Si les résultats témoignent d'une association prospective entre mauvais score de sommeil et maladies cardiovasculaires, «pour autant, ils ne constituent pas une preuve du lien causal entre les deux», observe Raphaël Heinzer. Pour le médecin, l'essentiel de l'étude se situe avant tout dans la mise en exergue du bénéfice qu'aurait tout un chacun d'améliorer son score de sommeil, chaque gain de 1 point du HSS au cours du temps contribuant à minorer fortement (16%) le risque cardiovasculaire, selon une seconde et inédite analyse des données.

Or, seuls 20% de la population ont vu leur sommeil évoluer pendant l'étude, dont un peu plus de la moitié se dégrader.



© Riopatuca / Dreamstime

Une équipe franco-suisse a étudié le risque d'accidents cardiovasculaires en lien avec cinq composantes du sommeil.

«C'est dire si la marge de progression existe», ponctue Raphaël Heinzer. «L'ensemble de la communauté médicale, ainsi que les autorités sanitaires, auraient fort à gagner à prendre conscience de l'impact d'un bon sommeil, non seulement sur le bien-être des patientes et des patients, mais aussi sur leur santé cardiovasculaire. Et, partant de là, à mettre en place des moyens et favoriser les bonnes pratiques pour le protéger.» Le chercheur lausannois envisage des pistes d'actions concrètes: traiter l'insomnie grâce aux thérapies cognitivo-comportementales, mieux dépister les apnées du sommeil ou encore proposer aux patientes et patients de tenir à jour un agenda du sommeil pour s'assurer de dormir au moins 7 à 8 heures.

### Sensibiliser au bon sommeil

«Ils pourraient aussi renseigner leurs habitudes de sommeil en remplissant un questionnaire dans la salle d'attente», renchérit Christian Schmied, médecin à l'Hôpital universitaire de Zurich et chercheur en cardiologie. Le spécialiste a publié en 2023, dans *The European Heart Journal*, un article [2] montrant comment stimuler le cerveau pendant le sommeil profond permettait d'améliorer la fonction cardiaque. Il souligne la qualité de l'étude, «qui, fait rare, comprend

près de 50% de femmes et a été réalisée auprès d'une population dont l'âge moyen (entre 53 et 64 ans) couvre la période cruciale pour l'apparition des maladies cardiovasculaires».

Pour l'expert, s'il n'est pas évident pour une patiente ou un patient de perdre du poids, de faire attention à son taux de cholestérol ou d'arrêter de fumer, prendre soin de son sommeil est entendable aisément. «Dormir est une des méthodes les plus simples qu'a notre organisme pour récupérer et combattre l'inflammation chronique à l'origine des problèmes cardiovasculaires», résume-t-il. «Même si nos modes de vie ne nous y aident guère, il est indispensable d'offrir du temps libre à notre sommeil.»



### Références

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

# Ce que l'IA peut apprendre de nous

**Carrière** Notre profession est en pleine mutation. Outre des changements sociaux tels que la féminisation, la digitalisation s'inscrit au cœur de cette dynamique. Une réflexion régulière sur le fond de notre activité médicale permettrait d'influer de manière ciblée sur les changements à venir.

Christina Venzin

Pendant longtemps, l'intelligence artificielle (IA) préoccupait peu les médecins, les problématiques constantes de recrutement, de financement, de budgétisation et de gestion de la charge de travail quotidienne étant trop pesantes. Sans parler du manque de temps pour la formation médicale continue. Et pourtant, ce sujet nous a rattrapés en 2023, année où le plus récent des LLM (large language models) a passé avec succès l'examen de médecine américain. Les jeunes patientes et patients délaissent Dr Google et nous confrontent désormais aux données de Chat GPT 4 (Open AI). Les radiologues et les pathologistes reconsidèrent partiellement leur profession. Fin 2023, le NEJM a lancé «NEJM AI - Shaping the future of AI in medicine». Le podcast «AI Grand Rounds» était déjà disponible sur le site du NEJM dès le début de l'année dernière.

## Distinguer le médecin d'une machine

En ce début d'année, arrêtons-nous un instant et demandons-nous ce qui différencie un être humain d'une machine dans notre activité médicale. S'ensuivent des réponses intéressantes, telles que: «le fait que je peux rire avec mes patients», «le fait que mes patients et moi empruntons des sentiers aux confins de la vie», ou encore «je sers de repère dans des situations complexes». N'est-ce pas aussi ce qui rend notre profession si épanouissante? Il est peu probable d'entendre un médecin dire: «j'aime converser avec les caisses-maladie», «la budgétisation est importante pour mes patients» ou «j'aime particulièrement rédiger des rapports». Et si l'IA prenait le relai de ces tâches? Elle serait sans doute meilleure, d'autant plus qu'elle est capable de considérer d'autres perspectives que celle du médecin.

La question du changement que l'IA pourrait apporter à notre profession est intéressante, mais il est urgent de savoir si nous voulons influencer cette évolution, et si oui, de quelle manière procéder. Dans le dernier NEJM AI (11/12/23), ce point est formulé comme une requête adressée au corps médical: «Nous devrions exercer une influence sur la mise en œuvre de l'IA dans la médecine afin que, d'une part, les patientes et patients en profitent et, d'autre part, nous soyons satisfaits de notre travail sur le plan émotionnel et

intellectuel». Le regard porté à la fois sur les besoins de la patientèle et sur ceux des médecins est un élément nouveau, en particulier la question des besoins du corps médical. On ne vise pas seulement l'orientation perfectible des patients, mais aussi la raison de la pénurie de personnel dans le secteur de la santé, l'aliénation de la pratique médicale prenant de l'ampleur.

## Voir l'être humain par-delà la maladie

Pendant les fêtes, j'ai lu «The Handholder», un court essai de science-fiction du néphrologue américain Tabatabai. Il y décrit le monde dystopique d'une médecine à deux vitesses, dans lequel l'IA remplace le corps médical et transmet, en fredonnant gaiement, les paramètres vitaux presque inexistant d'une enfant, tout en reléguant le jeune médecin au rang de celui qui «tient la main» du père. Ce dernier se rappelle alors ce qu'était la médecine du temps de son arrière-grand-père: une médecine bienveillante préoccupée par l'être humain par-delà la maladie.

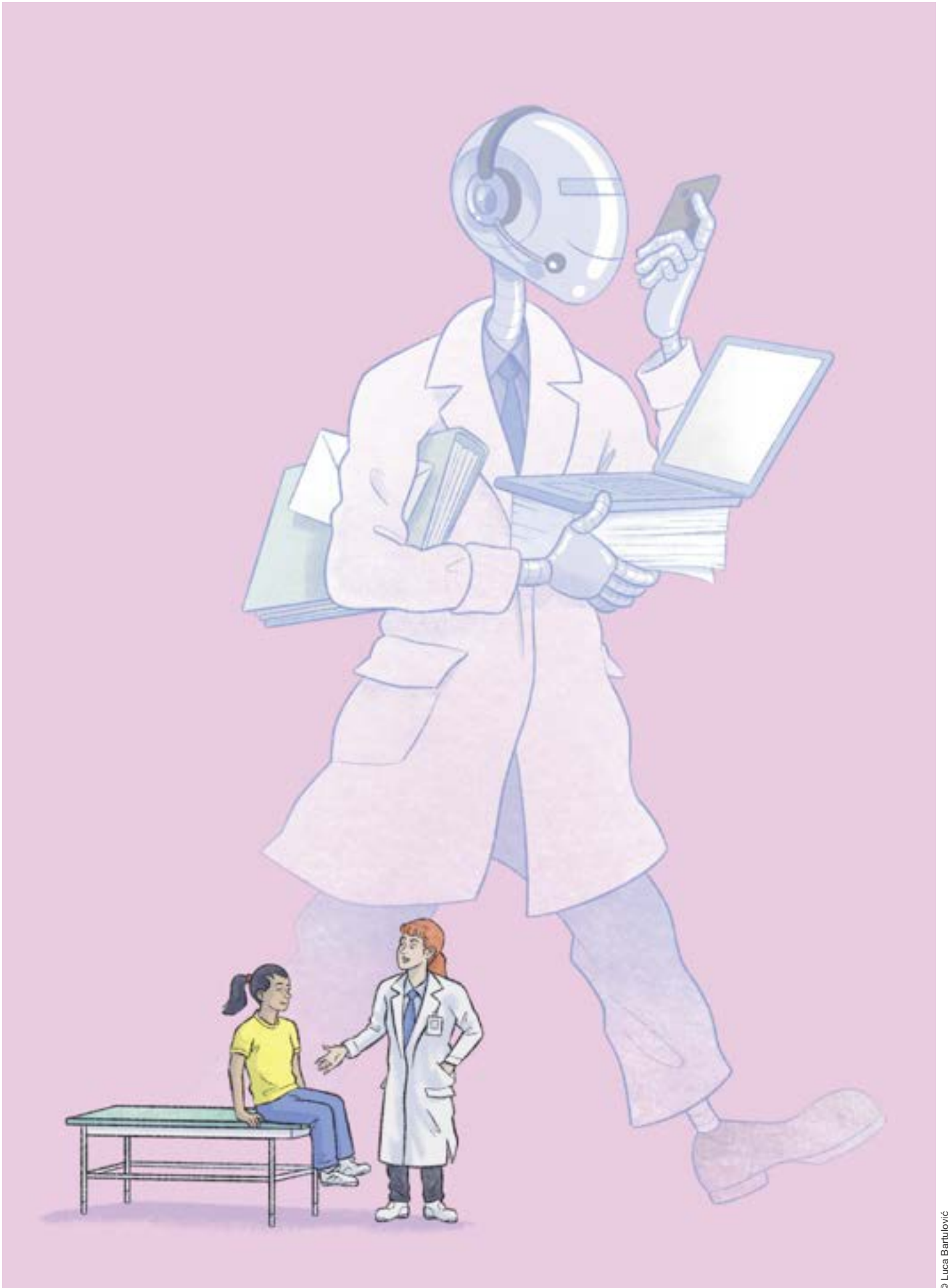
Au quotidien, à côté de la bureaucratie, des services en sous-effectif et des questions de financement, ces petits moments épanouissants et pourtant essentiels passent presque inaperçus. Il est temps pour les médecins de faire des pauses régulières et de prendre conscience de l'essence même de leur action. Se pourrait-il que seule une telle clarté nous permette d'influencer positivement le fonctionnement de l'IA? Imaginons également une plateforme de formation continue obligatoire, au cours de laquelle les questions relatives au cœur de la pratique médicale seraient discutées à un méta-niveau. L'activité médicale serait peut-être encore plus épanouissante dans le futur. Les bonnes résolutions sont utiles en début d'année, mais leur concrétisation l'est encore plus!



**Dre méd. Christina Venzin**

Médecin adjointe à l'Hôpital de Davos et chargée de cours au collège M ainsi qu'à l'Université de Berne. Elle intervient régulièrement dans cette rubrique sur le thème de la carrière.





# Le syndrome de l'imposteur



**Monika Moser**

Dre méd., médecin-assistante à l'Hôpital cantonal d'Oltén, membre du comité directeur de l'ASMAC Section Berne et de l'Advisory Board du Bulletin des médecins suisses

«Je devrais le savoir depuis le temps.» «Je ne vais certainement pas réveiller le personnel de garde pour cette question.» «Ma collègue pourrait effectuer une arthrocentèse du genou sans supervision.»

Si telles sont vos pensées, il se peut bien que vous souffriez du syndrome de l'imposteur. Ce phénomène psychologique se caractérise par un grave manque de confiance en soi. Les personnes atteintes pensent que les succès obtenus au niveau du travail sont une succession de coïncidences, dues à des circonstances extérieures ou à d'autres collaborateurs ou collaboratrices. In extremis, elles craignent que leur réelle compétence et la «tromperie» soient révélés au grand jour, faisant tomber le masque de «l'imposteur».

Cette notion est apparue pour la première fois sous la plume de Pauline R. Clance et Suzanne A. Imes, qui ont constaté que les femmes intelligentes, en particulier, tendaient à ne pas reconnaître leurs propres mérites [1].

J'observe souvent ce type de comportement chez moi et plusieurs de mes collègues, notamment en début de carrière. Cette problématique touche particulièrement le domaine médical. Les études ne livrant pas tous les outils nécessaires à une adaptation rapide au quotidien hospitalier, il nous arrive régulièrement de considérer nos performances comme insuffisantes, malgré l'absence de valeurs de comparaison objectives. Il me semble tout à fait sain de faire preuve d'une certaine retenue et d'une réflexion poussée quand on s'auto-évalue. Mais si cette auto-évaluation génère un sentiment de malaise quand je rentre chez moi le soir, c'est que j'ai dépassé les bornes.

Comment réduire ces sentiments et faire en sorte que les jeunes médecins talentueux et motivés se sentent mieux sur leur lieu de travail? Il me paraît essentiel d'instaurer une bonne dynamique d'équipe avec une culture du feedback. Cela implique non seulement des retours réguliers sur les tâches réalisées, mais aussi une préparation commune et adéquate des

services ou des interventions à venir. Lors de l'intégration de médecins-assistants et médecins-assistantes dans une équipe, le fait que les médecins-cadres soient informés de leur expérience et de leur niveau de connaissances s'avère d'une grande aide. La simple question «Combien de fois as-tu réalisé une ponction du genou?» encouragerait, par exemple, à demander de l'aide sans se sentir inférieur.

## Comment réduire ces sentiments et faire en sorte que les jeunes médecins motivés et talentueux se sentent mieux sur leur lieu de travail?

Le management horizontal connaît également des effets positifs. Quand je suis confrontée à une situation complexe aux urgences de nuit, je suis ravie quand le personnel de garde partage ses connaissances avec amabilité, plutôt que de se mettre en colère quand on le réveille. De plus, si l'enseignement est bien ficelé, je saurai peut-être résoudre le problème seule la prochaine fois.

Enfin, il me semble important que la formation continue soit suffisamment structurée et proche de la pratique. En effet, c'est dans ce cadre protégé que nous pouvons apprendre ce que nous n'avons peut-être pas eu le temps de voir pendant les études.

De temps en temps, il faudrait peut-être rappeler que personne ne nous a jamais demandé d'être parfaits ou de tout savoir. Nous ne sommes pas des dieux ou des déesses en blouse blanche, juste des jeunes gens assoiffés de savoirs et de connaissances, qui ont encore beaucoup à accomplir et qui s'en réjouissent.



### Références

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



# ÉVÉNEMENTS

Swiss Health Web

Tout en un coup d'œil.  
Jugez par vous-mêmes.



## Savoir où se passe quoi!

- Congrès
- Séminaires
- Formations continues et postgraduées



events.emh.ch

Powered by:  
**EMHMedia**  
SCHWEIZERISCHER ÄRZTEVERLAG  
EDITIONS MEDICALES SUISSES



## PRÉSENTATION DE LIVRE

Éditions médicales suisses EMH

### Livres de fiction

Divertissement et suspense issus  
de la plume de médecins



Retrouvez ces livres ainsi  
que d'autres ici:  
[shop.emh.ch/collections/  
belletristik](http://shop.emh.ch/collections/belletristik)

**Brintellix®** (vortioxétine). **I:** Traitement des épisodes dépressifs chez l'adulte ('épisodes dépressifs majeurs'), ainsi que traitement d'entretien ultérieur chez les patients dont les symptômes dépressifs ont bien répondu à Brintellix dans la phase aiguë du traitement. **P:** La posologie recommandée chez l'adulte < 65 ans est de 10 mg par jour, au cours ou en dehors des repas. La dose peut être ajustée à max. 20 mg par jour ou min. 5 mg par jour. **CI:** Hypersensibilité au principe actif ou à l'un des excipients. Utilisation simultanée avec des inhibiteurs de la monoamine oxydase (MAO) non sélectifs ou des inhibiteurs sélectifs de la MAO-A. **Préc.:** Enfants et adolescents, tentatives de suicide/idées suicidaires, convulsions, syndrome sérotoninergique ou syndrome malin des neuroleptiques, manie/hypomanie, agressivité/agitation, hémorragie, hyponatrémie, glaucome, patient âgés, patients souffrant de maladies rénales ou hépatiques. **IA:** Inhibiteurs non sélectifs irréversibles de la MAO, inhibiteurs sélectifs réversibles de la MAO-A (moclobémide), inhibiteurs non sélectifs réversibles de la MAO (linézolide), inhibiteurs sélectifs irréversibles de la MAO-B (sélégiline, rasagiline), médicaments sérotoninergiques, millepertuis, médicaments abaissant le seuil épileptogène, électroconvulsivothérapie, inhibiteurs du cytochrome P450 (inhibiteurs puissants du CYP2D6 (p.ex. bupropion, quinidine, fluoxétine, paroxétine)), inducteurs du cytochrome P450 (p.ex. rifampicine, carbamazépine, phénytoïne), médicaments anticoagulants et antiplaquettaires, lithium, tryptophane, interférence avec le dépistage urinaire de drogues. **G/A:** déconseillé, risque accru d'hémorragie post-partum. **EI:** très fréquent: nausées; fréquent: rêves anormaux, vertiges, diarrhée, constipation, vomissements, prurit (généralisé), hyperhidrose. **Prés.:** comprimés pelliculés à 5 mg: 28 [B], 10 mg et 20 mg: 28, 98 [B]. Solution buvable en gouttes à 20 mg/ml (10.1% vol. alcool): 15ml [B]. Actuellement non commercialisés: comprimés 15 mg: 28, 98. **Admis par les caisses.** L'information professionnelle complète est publiée sur [www.swissmedinfo.ch](http://www.swissmedinfo.ch). **Lundbeck (Schweiz) AG, Opfikon, [www.lundbeck.ch](http://www.lundbeck.ch)**

17082022FI



# Hyperiplant<sup>®</sup> Rx

Extrait spécial de millepertuis WS<sup>®</sup> 5570

- Aussi efficace qu'un ISRS en cas de dépression modérée<sup>1,2</sup>
- 10x moins d'effets indésirables par rapport aux ISRS\*<sup>3</sup>  
\*Fluoxétine, paroxétine, sertraline, fluvoxamine
- Aucun allongement de l'intervalle QT<sup>4</sup>

En cas de dépression  
légère à moyenne

Extrait spécial de millepertuis WS<sup>®</sup> 5570



Admis aux caisses, liste B<sup>1</sup>

1 x prise quotidienne  
pour une observance élevée<sup>1</sup>

Double quantification<sup>1</sup>  
(hyperforine et hypéricine)

#### Information professionnelle abrégée Hyperiplant<sup>®</sup> Rx

**C:** 1 cpr. filmé contient 600 mg d'extrait sec de millepertuis (RDE de 3 à 7:1) quantifié à 0,6 à 1,8 mg hypéricine totale et 18 à 36 mg d'hyperforine. Agent d'extraction méthanol 80% (V/V). **I:** Troubles dépressifs temporaires légers à modérés (épisodes dépressifs légers à modérés), humeur dépressive, manque d'entrain, instabilité émotionnelle, déséquilibre affectif, agitation et tensions nerveuses, troubles du sommeil liés à ces symptômes. **P:** Adultes/adolescents à partir de 18 ans: 1 comprimé filmé une fois par jour le matin. **CI:** Patients de moins de 18 ans, dépression sévère, grossesse et allaitement, hypersensibilité connue à l'un des composants, hypersensibilité connue à la lumière, utilisation concomitante d'immunosuppresseurs, de certains médicaments anti-VIH, de cytostatiques, d'anticoagulants oraux de type coumarinique, de méthadone, d'antidépresseurs, contraception hormonale, digoxine. **IA:** Contre-indications absolues: immunosuppresseurs, substances antirétrovirales, cytostatiques, irinotécan, anticoagulants de type coumarinique. Contre-indications relatives: digoxine, contraceptifs hormonaux, méthadone, antidépresseurs. **G/A:** Il est donc recommandé de ne pas utiliser Hyperiplant<sup>®</sup> Rx pendant la grossesse et l'allaitement. **EI:** Occasionnellement troubles gastro-intestinaux, fatigue, agitation, réactions allergiques cutanées; une photosensibilisation est possible dans de très rares cas. **P:** 40 et 100 cpr. filmés. **CV:** B, admis aux caisses. **TA:** Schwabe Pharma SA, Küssnacht am Rigi. Pour de plus amples informations, consulter [www.swissmedinfo.ch](http://www.swissmedinfo.ch) 07/2019

**Référence:** **1** [www.swissmedinfo.ch](http://www.swissmedinfo.ch) **2** Seifritz E. et al. Efficacy of Hypericum extract WS<sup>®</sup>5570 compared to paroxetine in patients with a moderate major depressive episode – a subgroup analysis. International Journal of Psychiatry in Clinical Practice. 2016. **3** Kasper S. et al. Better tolerability of St. John's wort extract WS<sup>®</sup>5570 compared to treatment with SSRIs: a reanalysis of data from controlled clinical trials in acute major depressions. Int Clin Psychopharmacol. 2010 Jul;25(4):204–213. **4** Wenzel-Seifert et al. Psychopharmakaassoziierte QTc-Intervall-Verlängerung und Torsade de Pointes. Dtsch Arztebl Int 2011; 108(41): 687–93.



Schwabe  
Pharma AG  
From Nature. For Health.