

BULLETIN DES MÉDECINS SUISSES & SWISS MEDICAL FORUM

Numéro 13/14
27 mars 2024



12 Médecin cantonal

Une profession centrale du système de santé suisse

16 **Caractéristiques sexuelles**
Les variations nécessitent un suivi individualisé

26 **Tarif ambulatoire**
L'approbation du TARDOC est nécessaire

38 **Cardioneuroablation**
Une chance en cas de syncopes vasovagales?



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

Relever les défis



Carole Scheidegger
Responsable du contenu
journalistique
redaktion.saez[at]emh.ch

Pendant la pandémie de COVID-19, les médecins cantonaux se sont soudain retrouvés sous les feux de la rampe et face à d'importants défis. C'est l'une des raisons pour lesquelles de nombreux cantons ont rencontré ces dernières années des difficultés à recruter et maintenir en poste leurs médecins cantonaux. Il s'agit pourtant d'une profession centrale du système de santé. Dans l'article en une, que vous retrouverez en page 12, Fabienne Hohl a pu échanger avec des officiels de Fribourg, Berne et Nidwald. Ils y expliquent ce qui rend la profession malgré tout attrayante et pourquoi il faut aimer les aspects politiques de cette fonction.

Les syncopes vasovagales sont fréquentes et peuvent considérablement altérer la qualité de vie. Les traitements disponibles comprennent des mesures de style de vie et pharmacologiques, des manœuvres physiques, ainsi que la pose d'un stimulateur cardiaque. Dans le Swiss Medical Forum, en page 38, Richard Kobza et Benjamin Berte décrivent le rôle de la cardioneuroablation, une technique prometteuse.

Qu'il s'agisse des partenaires tarifaires, des politiques ou des autorités, tous sont unanimes sur le fait que le tarif médical TARMED est obsolète et ne reflète plus correctement les prestations médicales. En revanche, jusqu'à présent, il n'a pas été possible de négocier une

révision. La FMH et curafutura ont déposé en décembre 2023 une nouvelle demande d'approbation pour le TARDOC, censé remplacer le TARMED. Dans quel camp se trouve désormais la balle et qui doit être le prochain à agir? Patrick Müller, responsable du département Soins ambulatoires et tarifs de la FMH, livre ses explications en page 26.

Je vous remercie, chères lectrices et chers lecteurs, de votre fidélité au BMS et vous souhaite une bonne continuation dans votre lecture.

Je termine cet éditorial par une information personnelle. J'ai décidé de quitter le Bulletin des médecins suisses pour prendre de nouvelles fonctions. La direction de la rédaction journalistique est une mission passionnante, mais je n'ai malheureusement pas pu la concilier de manière satisfaisante avec mes responsabilités familiales. Je remercie l'équipe des Éditions médicales suisses pour la bonne collaboration. Quant à vous, chères lectrices et chers lecteurs, je vous remercie de votre fidélité au BMS et vous souhaite une bonne continuation dans votre lecture.

Annonce



PRÉSENTATION DE LIVRE
Éditions médicales suisses EMH

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



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

**Nouveau
prix &
QP de 10%
seulement pour
l'original**

Préventif : utilisation précoce avant le début de la saison pollinique²

- Indiqué pour le traitement symptomatique de la rhinite allergique saisonnière et chronique²
- 1 x par jour 2 pulvérisations de spray dans chaque narine²



Références

1. 10% de quote-part (QP), comme pour tous les corticostéroïdes intranasaux avec mométasone. <https://www.spezialitätenliste.ch/ShowPreparations.aspx>, consulté le 23.02.2024.
2. Information professionnelle de Nasonex[®], <https://www.swissmedinfo.ch>, consulté le 23.02.2024.

Des copies des études publiées peuvent être demandées à l'adresse ci-dessous.

Nasonex[®] Spray doseur nasal – Information professionnelle abrégée

Nasonex[®] Spray doseur nasal (17-furoate de mométasone): PA: 17-furoate de mométasone. **I:** traitement symptomatique de la rhinite allergique saisonnière et chronique (perannuelle) dès 6 ans. Traitement des polypes nasaux dès 18 ans. Traitement symptomatique de la rhinosinusite aiguë non compliquée (symptômes >1 semaine; <4 semaines) sans signe ni symptôme d'une infection bactérienne grave dès 12 ans. **P:** n'utiliser que par voie intranasale; il est important d'utiliser NASONEX[®] régulièrement pour atteindre un effet thérapeutique complet. **Rhinite allergique saisonnière et chronique:** dès 12 ans: 1x par jour 2 pulvérisations dans chaque narine. De 6 à 11 ans: 1x par jour 1 pulvérisation dans chaque narine. **Polypes nasaux:** 2x par jour 2 pulvérisations dans chaque narine. **Rhinosinusite aiguë:** 2x par jour 2 pulvérisations dans chaque narine. **CI:** hypersensibilité. **M/P:** ne pas utiliser lors d'infections locales non traitées de la muqueuse nasale. Après un traumatisme ou une intervention chirurgicale dans le nez, n'utiliser que lorsque la cicatrisation est complète. Précaution en présence d'une tuberculose asymptomatique, d'une infection fongique, bactérienne ou virale systémique non traitée ou d'une infection herpétique ophthalmique. En cas de traitement de longue durée, examen régulier quant

à des modifications de l'état de leur muqueuse nasale. En cas d'apparition d'infection fongique localisée au nez ou à la gorge, interrompre le traitement ou instituer un traitement antifongique. Précaution lors du passage d'un traitement au long cours avec des corticoïdes systémiques. Les polypes unilatéraux d'aspect inhabituel ou irrégulier doivent faire l'objet d'un examen plus poussé. Risque augmenté de certaines maladies infectieuses. Contrôle médical scrupuleux de la croissance chez les enfants traités à long terme. Clarification des troubles visuels par un ophtalmologue. **Rhinosinusite aiguë:** en présence de signes ou de symptômes d'une infection bactérienne grave, conseiller au patient de consulter immédiatement un médecin. L'utilisation à long terme peut provoquer des irritations ou un œdème de la muqueuse nasale. **IA:** métabolisme par le CYP3A4: éviter l'association avec des inhibiteurs puissants du CYP3A4. **G/A:** n'utiliser qu'en cas d'absolue nécessité. **EI:** fréquent: épistaxis, pharyngite, brûlure nasale, irritations nasales, ulcérations nasales, céphalées, infections des voies respiratoires supérieures, irritations du pharynx, douleurs abdominales, diarrhées, nausées. **E:** spray doseur nasal avec 140 doses. **CR:** B. **TA:** Organon GmbH, Weyrstrasse 20, 6006 Lucerne, Suisse. (V3.0); CH-XFY-00004.

Information professionnelle complète du médicament: www.swissmedinfo.ch

Zoom sur



12

Pour le pire et pour le meilleur

Santé publique Ces dernières années, plusieurs cantons ont rencontré des difficultés pour recruter et garder leurs médecins cantonaux. Le COVID-19 y a largement contribué, mais pas seulement. Pleins feux sur une profession centrale de notre système de santé.

Fabienne Hohl



16

Chaque enfant est unique

Intersexuation Le Parlement entend améliorer le traitement des enfants qui ne sont pas clairement de sexe masculin ou féminin sur le plan biologique. Des médecins de différents hôpitaux universitaires expliquent comment ils suivent ces jeunes patients – et où ils ont besoin de plus de moyens.

Martina Huber



64

Canicule et santé publique

Droit La notion de durabilité est omniprésente dans le contexte du système de santé. En revanche, les réflexions juridiques restent lacunaires en matière de prévention et de gestion des crises sanitaires provoquées par les vagues de chaleur.

Mélanie Levy

Annonce

La synergie pour un meilleur sommeil^{1,2}

Dormiplant®

Comprimés filmés calmantes et somnifères pour adultes et enfants à partir de 6 ans.^{3,4}

Action sédative en cas d'états d'excitation, de nervosité et de difficultés d'endormissement.⁴

Information professionnelle abrégée Dormiplant®: C: 1 cpr. filmé contient 160 mg d'extrait sec de racines de valériane (3 à 6:1), agent d'extraction éthanol 62% (m/m), et 80 mg d'extrait sec de feuilles de mélisse (4 à 6:1), agent d'extraction éthanol 30% (m/m). I: Pour apaiser lors d'états d'excitation, de nervosité et de difficultés d'endormissement. P: États d'excitation: adultes 1 à 2 cpr. filmés 2 fois par jour, enfants à partir de 6 ans 1 cpr. filmé 2 fois par jour. Difficultés d'endormissement: adultes 2 à 3 cpr. filmés 1 heure avant le coucher, enfants à partir de 6 ans 1 cpr. filmé. CI: Hypersensibilité à l'un des composants. Ne pas utiliser chez les enfants de moins de 6 ans. Et: Aucun connu. IA: Aucune connue. G: Pas de données cliniques disponibles. P: 50 et 100 cpr. filmés. CV: D. admis aux caisses. TA: Schwabe Pharma AG, Küssnacht am Rigi. Pour de plus amples informations, consulter www.swissmedicinfo.ch
Referenzen: 1. EMA (HMPC) Monograph on Valerian officinalis L., radix. 13.07.2006 2. EMA (HMPC) Monograph on Melissa officinalis L., folium. 14.05.2013 3. Müller S. F., Klement S., A combination of valerian and lemon balm is effective in the treatment of restlessness and dyssomnia in children. Phytomedicine 2006 (13): 383-7 4. www.swissmedicinfo.ch. Toutes les références peuvent être demandées à Schwabe Pharma. 05/2023



Remboursé
par les caisses
maladie



Schwabe
Pharma AG
From Nature. For Health.

Sommaire

3	Éditorial de Carole Scheidegger Relever les défis
8	CONTENU ÉDITORIAL
8	Actualités
8	À la page La fin du numerus clausus?
12	À la une Pour le pire et pour le meilleur
16	Article de fond Chaque enfant est unique
20	Forum Quote-part différenciée pour les médicaments
22	Communications
62	Portrait Ida Schneider, mère spirituelle de la «Pflegi» zurichoise
64	Cabinet malin Canicule et santé publique
66	Le mot de la fin d'Anne-Françoise Allaz L'art de la communication thérapeutique
23	FMH
24	Analyse de la semaine du Comité central Ordonnance électronique: une initiative pionnière
26	FMH Actuel L'approbation du TARDOC est nécessaire

29	FMH Actuel «Importants avantages pour tout le monde»
33	Nouvelles du corps médical
35	SWISS MEDICAL FORUM
36	Weekly Briefing de Lars C. Huber et Martin Krause
38	Highlight Cardioneuroablation: une chance en cas de syncopes?
40	Le cas particulier Consolidations et nodules pulmonaires bilatéraux énigmatiques
44	Le cas particulier Ré-administration de rocuronium possible après inversion par sugammadex
47	Quel est votre diagnostic? Un état de faiblesse avec des conséquences
50	SERVICES
50	Offres et demandes d'emploi
57	FMH Services
67	Séminaires et événements

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

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

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

Swiss Medical Forum – Forum Médical Suisse

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Concept créatif: Agence Guido Von Deschwanden

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

Photos: toutes les photos sont mises à disposition, sauf indication contraire. Photo de couverture: © Zentralbibliothek Solothurn /Wikimedia

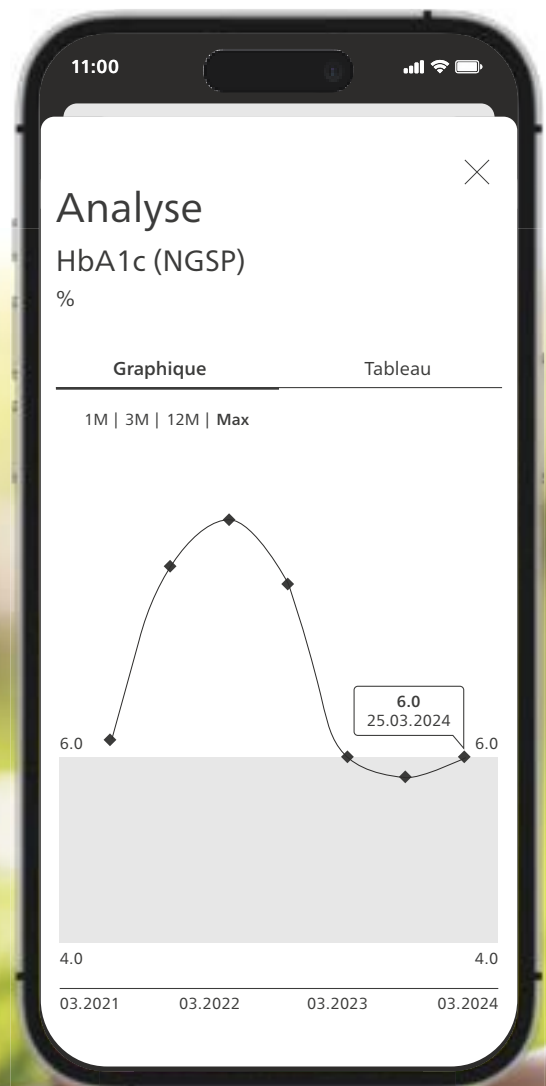
My Viollier – L'App dédiée aux patients

Connaissez vos valeurs

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

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

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





© Péter Gudella / Dreamstime

Le conseiller national Benjamin Roduit propose plus de places d'études et moins d'obstacles lors de la sélection des étudiantes et étudiants.

À la page

La fin du numerus clausus?

Études Une large majorité de parlementaires du Conseil national a adopté une motion visant à remplacer le test d'aptitude et à augmenter le nombre de places d'études. Le statu quo ne satisfait plus grand monde. Explications.

Simon Maurer

Le verdict du Conseil national sur la suppression du numerus clausus était on ne peut plus clair en ce début de mois de mars. 144 parlementaires ont soutenu la motion du conseiller national centriste Benjamin Roduit, qui souhaite obtenir une modification des critères de sélection des étudiants en médecine [1]. Seuls 43 députés du groupe UDC ont voté contre la proposition [2]. Le Conseil fédéral avait déjà recommandé le rejet de la motion. Les précédentes tentatives de suppression du test ont toujours échoué en raison de l'opposition des politiques [3-5].

Or, cette fois-ci, la Chambre du peuple s'est laissé convaincre par les arguments du conseiller national Benjamin Roduit. L'ancien recteur d'un gymnase valaisan a cité les chiffres de la FMH selon lesquels environ 40% des médecins travaillant en Suisse aujourd'hui n'ont pas fait leurs études en Suisse [6]. Ce qui est trop élevé. Lors du débat, le conseiller national a également critiqué le manque de places d'études qui poussent de plus en plus d'étudiantes et étudiants suisses à se rendre

en Europe de l'Est pour y étudier la médecine, car elles et ils ne sont pas admis en Suisse. Lors du débat avec le conseiller fédéral Guy Parmelin, le conseiller national valaisan se serait montré indigné par le taux d'échec incroyablement élevé au test de médecine.

Des signes avant-coureurs différents

En effet, aujourd'hui, environ 65% des jeunes Suisses qui souhaitent se lancer en médecine n'obtiennent pas de place [7]. Pourtant, selon Benjamin Roduit, nombre d'entre eux seraient capables de suivre ce cursus et de devenir de bons médecins, dont le pays a urgemment besoin. Le conseiller valaisan a donc également demandé une augmentation du nombre de places d'études. La décision finale revient désormais au Conseil des États, qui votera prochainement sur la motion.

Les parlementaires de la Chambre haute sont traditionnellement plus critiques envers la proposition de suppression

du numerus clausus que les députés du Conseil national. Lors du dernier vote en 2011, la proposition de Brigitte Häberli-Koller, alors conseillère nationale, a échoué devant le Conseil des États [8].

Mais cette fois-ci, les signes avant-coureurs sont différents. La pénurie de médecins s'est encore aggravée et la pandémie de COVID-19 a rappelé à la population l'acuité de la situation actuelle dans le domaine de la santé. De plus, en la personne de Brigitte Häberli-Koller, une conseillère aux États s'investit à présent fortement en faveur de cette cause – tout comme Marco Chiesa, conseiller aux États de l'UDC, qui s'était également engagé dans le passé pour la suppression du numerus clausus par le biais d'une interpellation [9]. Il est donc fort possible que le chef de parti sortant de l'UDC fasse changer d'avis les membres de sa formation politique, tout du moins au Conseil des États.

Les précédentes tentatives de suppression du test ont toujours échoué en raison de l'opposition des politiques.

Le corps médical favorable à une nouvelle procédure

Aujourd'hui, plus personne ou presque n'est vraiment satisfait du numerus clausus. Swissuniversities, l'association responsable de l'organisation du test d'aptitudes, ne veut pas défendre le contenu de l'examen et renvoie à une décision prise il y a sept ans par la Conférence suisse des hautes écoles, selon laquelle certaines universités veulent continuer à miser sur le numerus clausus. Cependant, depuis cette décision, les méthodes de sélection des étudiantes et étudiants en médecine ont changé au niveau international.

La FMH s'était déjà positionnée contre le numerus clausus il y a sept ans. «Le test d'aptitudes actuel est insuffisant. Il évalue les capacités cognitives et ne donne aucune indication sur les aptitudes importantes pour l'exercice du métier, comme les compétences sociales et l'intelligence émotionnelle», constate la présidente de la FMH Yvonne Gilli. C'est à ce titre qu'elle s'engage en faveur d'une nouvelle procédure en deux étapes, dans laquelle des tests de jugement situationnel et des mini-entretiens multiples seraient introduits en plus [10].

Selon Yvonne Gilli, la pénurie de médecins de famille et les problèmes liés aux soins de santé ne sont pas uniquement dus au numerus clausus. Mais plutôt au nombre insuffisant de places d'études pour les futurs médecins. Elle demande par conséquent que les médecins soient à l'avenir davantage formés en Suisse. Les chances que la classe politique entende cette fois-ci cette requête sont plus grandes que jamais.



Références

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

Quoi de neuf?

Les hôpitaux de Schaffhouse ont une nouvelle médecin urgentiste



Dre méd. Judith Engeler

Schaffhouse La Dre méd. Judith Engeler sera médecin adjointe et responsable du service interdisciplinaire des urgences de l'Hôpital cantonal de Schaffhouse à partir du 1^{er} juin 2024. Elle succède au Dr méd. Christoph Schmitz. Judith Engeler a étudié la médecine humaine à l'Université de Berne et a obtenu son diplôme en 2000. Elle a travaillé à l'Hôpital cantonal de Saint-Gall, à l'Hôpital universitaire de Zurich (USZ) et à la Wake Forest University. Elle a obtenu son titre de spécialiste en médecine interne générale en 2007. Après deux autres fellowships en néphrologie à l'USZ et à l'Hôpital Zollikerberg, elle a obtenu son titre de spécialiste en néphrologie en 2009. Les trois années suivantes, elle a travaillé comme cheffe de clinique en néphrologie à l'Hôpital cantonal de Frauenfeld, avant d'être promue cheffe de clinique mbF et directrice adjointe du service de néphrologie en 2014. En 2017, elle est passée à la médecine d'urgence et a pris la fonction de cheffe de clinique en médecine d'urgence à l'Hôpital universitaire de Zurich et, à partir de 2019, à l'Hôpital de l'Île à Berne. En 2020, elle a obtenu la formation approfondie interdisciplinaire en médecine d'urgence clinique (SSMUS) et est retournée à l'USZ.

Une nouvelle médecin-chef en rhumatologie à Saint-Gall



Prof. Dre méd. Frauke Förger

Saint-Gall La Prof. Dre méd. Frauke Förger sera médecin-chef de la clinique de rhumatologie de l'Hôpital cantonal de Saint-Gall à partir du 1^{er} octobre 2024. Elle succède au Prof. Dr. med. Johannes von Kempis. Frauke Förger travaille depuis 2008 comme médecin cadre à l'Hôpital de l'Île de Berne. En tant que médecin adjointe de la clinique de rhumatologie et d'immunologie, elle y est la principale responsable du domaine de la rhumatologie de la grossesse. Frauke Förger a terminé ses études de médecine en 1997 à l'Université Ludwig Maximilian de Munich (DE). Après sa spécialisation en médecine interne et en rhumatologie à Munich, elle a travaillé de 2003 à 2006 au laboratoire de recherche de la clinique de rhumatologie et d'immunologie de l'Université de Berne pour y effectuer des recherches sur les mécanismes de tolérance du système immunitaire pendant la grossesse. Entre 2006 et 2008, Frauke Förger a mis en place la policlinique de rhumatologie en tant que cheffe de clinique au «Klinikum rechts der Isar» (DE). Elle a obtenu la Venia docendi en rhumatologie en 2013 et le titre de professeure associée en 2019.

Au cœur de la science

L'IA détecte les anomalies cardiaques

Intelligence artificielle Des scientifiques de l'EPF de Zurich (EPFZ) et de la clinique KUNO St. Hedwig à Regensburg (DE) ont développé un algorithme capable de détecter l'hypertension pulmonaire chez les nouveau-nés. L'équipe de Julia Vogt, professeure de science des données médicales à l'EPFZ, a entraîné l'algorithme avec des enregistrements vidéo d'échographies cardiaques de 192 nouveau-nés. Le modèle informatique a réussi à proposer le bon diagnostic dans environ 80-90% des cas et à déterminer le degré de gravité correct de la maladie dans environ 65-85% des cas. L'IA peut donc donner une première estimation sur la présence d'un risque. Elle ne peut toutefois pas remplacer les êtres humains, souligne Julia Vogt: «L'intelligence artificielle a le potentiel d'améliorer de manière décisive les soins de santé. Il est toutefois essentiel à nos yeux qu'en fin de compte, ce soit toujours un être humain, une personne du corps médical, qui prenne la décision.»

doi.org/10.1007/s11263-024-01996-x

Un nouveau médicament radioactif

Thérapie À l'Hôpital universitaire de Bâle (USB), un nouveau médicament radioactif a été administré avec succès pour la première fois à un patient atteint d'une tumeur neuroendocrine. Ce radiopharmaceutique a été développé et testé au niveau préclinique à l'Institut Paul Scherrer (PSI). La substance marquée au terbium-161, un nucléide radioactif, sera utilisée à l'avenir lorsque les traitements existants ne sont pas ou plus suffisamment efficaces. Elle s'accumule de manière sélective dans les cellules tumorales et devrait les détruire plus efficacement que le principe actif actuellement utilisé. Dès le premier patient, il a été démontré que l'irradiation des cellules tumorales était nettement supérieure à celle de l'ancien traitement standard, également développé à l'USB il y a 30 ans. Les résultats de l'étude sont soutenus par le Fonds national suisse à hauteur de 800 000 francs suisses et présentés dans le «European Journal of Nuclear Medicine and Molecular Imaging» comme «Image of the Month».

doi.org/10.1007/s00259-024-06641-w

Prix et distinctions

Cédric Nesti récompensé



Le chirurgien a travaillé sur les métastases des ganglions lymphatiques.

Prix La Société européenne des tumeurs neuroendocrines (ENETS) récompense la meilleure publication scientifique dans le domaine des tumeurs neuroendocrines avec le Håkan Ahlman Award. Cette année, le prix a été décerné au Dr méd. Cédric Nesti de la clinique universitaire de chirurgie et médecine viscérales de l'Hôpital de l'Île à Berne. La remise du prix a eu lieu mi-mars à Vienne.

L'étude de Cédric Nesti indique clairement que les métastases des ganglions lymphatiques dans les tumeurs neuroendocrines de l'appendice sont inoffensives lorsqu'elles mesurent entre un et deux centimètres. Par conséquent, une ablation du côlon du côté droit n'est pas nécessaire

si la tumeur a déjà pu être éliminée par l'ablation de l'appendice. Ainsi, la doctrine en vigueur jusqu'ici concernant les conséquences des métastases des ganglions lymphatiques en cas de tumeurs neuroendocrines a pu être réfutée.

L'étude multicentrique ([doi.org/10.1016/S1470-2045\(22\)00750-1](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(22)00750-1)) dirigée par l'Hôpital de l'Île, Hôpital universitaire de Berne, et l'Université de Berne a été publiée en février 2023 dans «The Lancet Oncology» et a été jugée extrêmement pertinente par le comité de sélection dans le domaine des tumeurs neuroendocrines.

Le Håkan Ahlman Award est décerné chaque année en mémoire de Håkan Ahlman, l'un des fondateurs d'ENETS.

Citation de la semaine

«Un médecin cantonal en charge de toute la Suisse centrale est une solution envisageable.»

Dr méd. Peter Gürber

Le médecin cantonal de Nidwald s'exprime dans l'article en une, à partir de la page 12.



Personnalité de la semaine

Elle sélectionne des bactériophages



**PD MER Dre méd.
Angela Koutsokera**
Médecin adjointe au
service de pneumologie
du CHUV

Phagothérapie Le travail de recherche mené par la PD MER Dre méd. Angela Koutsokera sur l'effet des bactériophages dans l'antibiorésistance a été récompensé par le prix scientifique Leenards 2024. L'équipe de recherche transdisciplinaire, pilotée par la médecin adjointe au service de pneumologie du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), a mis au point un procédé permettant de sélectionner avec précision des bactériophages pour les patients atteints de mucoviscidose ou de bronchectasies. «La phagothérapie représente un traitement personnalisé, car les phages sont sélectionnés en fonction de leur activité contre la bactérie responsable de l'infection spécifique du patient», souligne la lauréate. Néanmoins, ce traitement se trouve encore au stade expérimental et son efficacité doit être démontrée par des études cliniques, nuance-t-elle.

Le bactériophage est un virus qui infecte et se reproduit dans les bactéries pathogènes, à l'image du *Pseudomonas*. Ces dernières sont dotées d'une enveloppe permettant au phage de s'y attacher et de littéralement manger l'agent infectieux. Avec un prélèvement des expectorations d'un patient, les scientifiques peuvent tester la susceptibilité de la bactérie isolée par rapport aux bactériophages de leur collection. Une

fois le lysat bactérien produit et son efficacité analysée par le laboratoire du Dr Resch au CHUV et celui du Prof. Persat à l'EPFL, la matière brute est transformée en médicament et administré au patient.

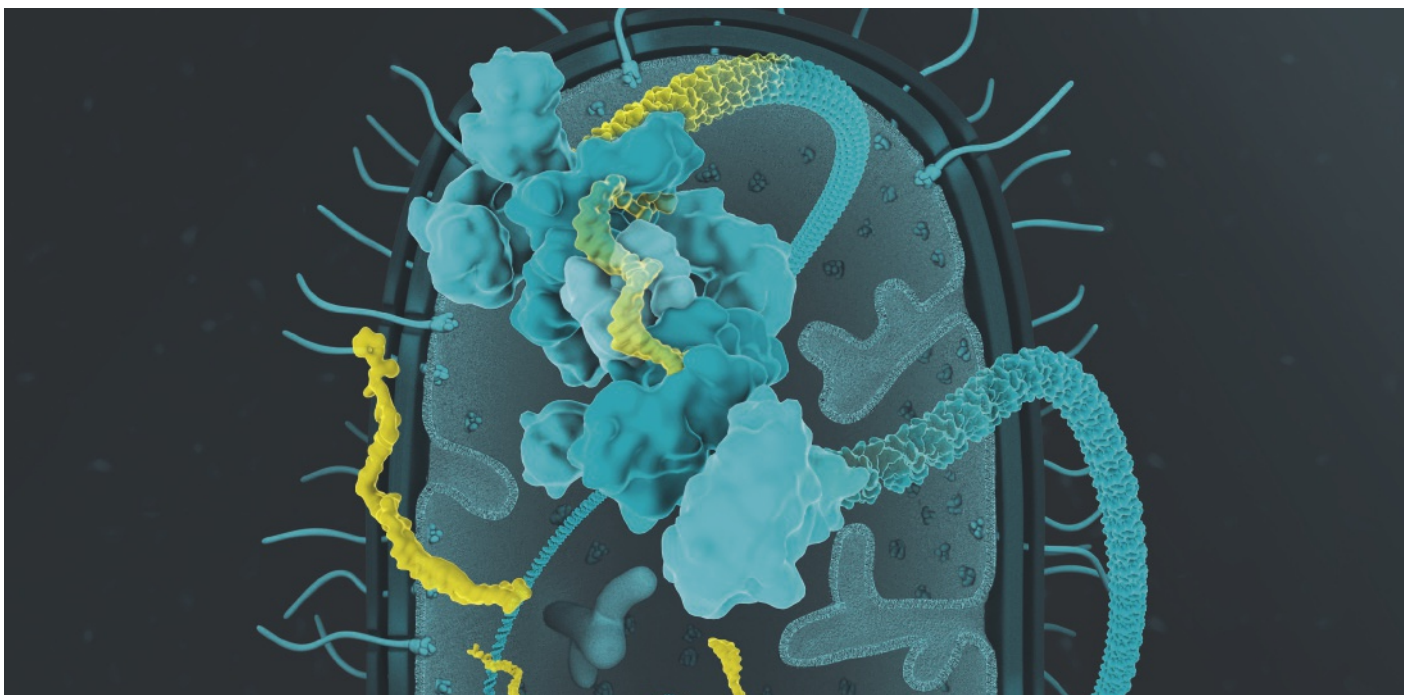
Si la recherche est une première pour les infections respiratoires à *Pseudomonas* sur le plan national, la phagothérapie est répandue dans certaines anciennes républiques soviétiques, comme en Géorgie. «La phagothérapie avait été abandonnée lors de l'arrivée massive des antibiotiques dans les années 1960», écrivait la Dre Koutsokera. Et d'ajouter qu'il est «urgent de développer des nouveaux traitements pour répondre aux complications parfois sévères dues à la résistance aux antibiotiques, notamment chez les patients souffrant d'infections respiratoires».

Responsable médicale de la transplantation pulmonaire et de la consultation de mucoviscidose adulte du CHUV, Angela Koutsokera a été diplômée en 2003 après une formation à l'École de médecine de l'Université de Ioannina en Grèce. En 2014, elle a obtenu le titre FMH en pneumologie adulte et en 2015 celui de médecine interne.



Scannez le code QR et découvrez les dernières actualités médicales et scientifiques!

Repéré



Bactéries intestinales Des bactéries *E. coli* génétiquement modifiées peuvent détecter et enregistrer des changements dans l'intestin. Elles ont été développées par le bio-ingénieur Randall Platt, professeur de Biological Engineering à l'EPF de Zurich et à l'Université de Bâle. Ce diagnostic non invasif devrait contribuer à long terme à lutter plus efficacement contre la malnutrition chez les enfants des pays du Sud.

Pour le pire et pour le meilleur

Santé publique Ces dernières années, plusieurs cantons ont rencontré des difficultés pour recruter et garder leurs médecins cantonaux. Le COVID-19 y a largement contribué, mais pas seulement. Pleins feux sur une profession centrale de notre système de santé.

Fabienne Hohl

Après plusieurs années de recherche, le canton du Jura a de nouveau un médecin cantonal depuis l'été 2022 et le canton de Schaffhouse depuis l'automne dernier, après deux changements en trois ans. Le quatrième médecin cantonal de Bâle-Campagne depuis 2014 a pris ses fonctions l'année dernière, pendant qu'en Argovie, le service de médecine cantonale est dirigé par intérim depuis un peu plus d'un an et demi. La pandémie a mis les médecins cantonaux à rude épreuve: du jour au lendemain et pendant de longs mois, leur rôle de médiateur et de coordinateur entre la Confédération, le canton et le corps médical a été essentiel à l'élaboration et à la mise en œuvre des mesures, en plus de leurs interventions fréquentes dans les médias. Ce fut une période épuisante, qui «a sans doute influé sur certains changements», confirme le médecin cantonal fribourgeois Thomas Plattner.

Pour lui, l'âge des titulaires de postes n'est pas anodin: «Les médecins cantonaux et leurs remplaçants sont en moyenne moins âgés que dans les années 2000.» Ils en sont à la première moitié de leur carrière et donc susceptibles de changer de fonction après quelques années ou de quitter leur place de remplaçant lorsqu'un poste de médecin cantonal se libère. Ces dernières années, ce fut le cas dans les cantons de Thurgovie, Schwyz, Zurich et au Tessin.

«Chaque canton est différent»

Barbara Grützmacher, présidente de l'Association des médecins cantonaux de Suisse (AMCS), estime que les différences organisationnelles de chaque canton se répercutent sur l'attractivité de la fonction de médecin cantonal. En effet, les compétences et les ressources varient d'un canton à l'autre. Par exemple, à Berne, où la Dre méd. Grützmacher exerce en tant que médecin cantonale, la surveillance et l'autorisation

du corps médical sont rattachées à un autre département de l'office de la santé. «Dans le canton de Vaud, entre autres, cette tâche incombe au médecin cantonal.» Les taux d'occupation sont tout aussi variables: certes, les médecins cantonaux travaillent pour la plupart à temps plein, mais certains exercent une autre activité clinique en plus. Cela vaut particulièrement pour les petits cantons. Ces dernières années, avant et pendant la pandémie, les taux d'occupation ont été augmentés dans certains cantons, dont Schaffhouse, Glaris et les Grisons. Il arrive aussi qu'un médecin cantonal soit responsable de deux cantons, comme à Obwald et Uri. Ce cas de figure tend à se développer d'après le médecin cantonal nidwaldien, Peter Gürber: «Un médecin cantonal en charge de toute la Suisse centrale est une solution envisageable au vu de la pénurie de médecins.»

Ces dernières années, certains cantons ont augmenté le taux d'occupation des médecins cantonaux.

Les services médicaux cantonaux ont pour mission la surveillance des maladies transmissibles, telle qu'elle est définie dans la loi sur les épidémies, ce qui inclut la déclaration à l'Office fédéral de la santé publique ainsi que le «contact-tracing». La déclaration des interruptions légales de grossesse et l'application de la loi sur les stupéfiants reviennent aussi aux médecins cantonaux. En outre, selon le canton, ils peuvent être responsables des questions de santé publique telles que la santé scolaire, les programmes de vaccination, le conseil et le traitement des addictions, et assumer des tâches de médecine



© Bombaert / Dreamstime

Très demandés, les médecins cantonaux sont les «gardiens de notre santé».

officielle comme les inspections légales en cas de décès exceptionnel ou la décision de privation de liberté à des fins d'assistance.

Administration et diversité

Cette charge administrative non négligeable rend-elle la recherche de médecins cantonaux plus ardue? «L'administration est toujours le moyen d'arriver à ses fins», explique le Dr méd. Thomas Plattner en faisant référence à des tâches administratives intéressantes comme la surveillance des professions de santé ou le suivi des personnes souffrant d'addiction. «Ces tâches impliquent une grande responsabilité.» De plus, on tente autant que possible de faire de l'administration un service qui apporte réellement quelque chose aux citoyens. Le Dr méd. Peter Gürber a une vision pragmatique de la question: «Il faut bien que quelqu'un évalue techniquement si les prescriptions légales en matière médicale sont respectées.» Il apprécie son activité de médecin cantonal de près d'un jour par semaine, qui vient compléter son travail de médecin de famille.



«Un médecin cantonal en charge de toute la Suisse centrale est une solution envisageable.»

Dr méd. Peter Gürber
Médecin cantonal de Nidwald

Pour Barbara Grützmann, des tâches de routine comme les déclarations relèvent également de leur fonction, mais «le travail de médecin cantonal est extrêmement varié». Avec notamment les demandes des médecins, la collaboration avec les offices les plus divers, la société cantonale de médecine et les institutions de santé, les échanges animés avec les collègues de toute la Suisse. Ainsi, elle considère qu'elle a un rôle d'initiatrice et accompagnatrice d'initiatives de santé porteuses d'avenir, plutôt que de simple exécutante de la loi: «Nous avons la possibilité de faire bouger les choses», par exemple avec le récent projet pilote du service d'urgence du week-end dans l'Oberland bernois, qu'elle espère étendre à d'autres régions [1].

Plus de médecine ou de politique?

«Au niveau cantonal, ma participation à l'élaboration de stratégies et à la mise en œuvre de projets a un impact direct sur la santé de la population», souligne Thomas Plattner pour illustrer l'intérêt de sa mission. Mais il faut aussi aimer le côté politique. Cela implique une compréhension des processus politiques et une certaine tolérance à la frustration, par exemple dans le cas où, malgré une longue préparation, un projet ne peut aboutir. «Il faut être capable de vivre avec cette réalité démocratique», complète-t-il. Pour Barbara Grützmann, il s'agit plutôt d'ouvrir la voie au changement. «Je mets mon expertise au profit de nos projets en convainquant les bonnes personnes.» À cet effet, on acquiert peu à peu l'habileté diplomatique nécessaire.

D'après Jean Martin, médecin cantonal vaudois de 1986 à 2003, il existe un autre aspect non négligeable de l'activité de médecin cantonal. En effet, le contact avec le patient est

relégué au second plan, tandis que cette fonction crée «un lien encore plus étroit avec le système de santé et ses partenaires» [2]. Ce constat vaut sans aucun doute pour les médecins cantonaux à temps plein. Quant à Thomas Plattner, il estime cette fonction et sa valeur, dans la mesure où il apprécie le large réseau et la collaboration avec de nombreux partenaires du secteur privé, des organisations non gouvernementales, de l'administration et de la politique. En bref, «on pourrait presque dire que la patientèle d'un médecin cantonal s'étend à la population».

Par ailleurs, la plupart des médecins cantonaux doivent diriger une équipe ou, comme le dit Barbara Grützmann, «faire en sorte que les conditions soient propices au bon travail des collaboratrices et collaborateurs». Outre les compétences professionnelles en médecine et en santé publique, il est essentiel de disposer d'une large expérience dans différents domaines du système de santé. Que ce soit en travaillant en cabinet ou à l'hôpital, dans la recherche ou dans l'administration, «on a un aperçu du fonctionnement de chaque institution et des relations de toutes parts, ce qui s'avère très utile selon le problème ou la question qui se pose».

Le COVID-19, un accélérateur

La médecine cantonale bernoise retient du positif de ces années de pandémie: le développement rapide du réseau, des mesures et leur mise en œuvre. «Grâce aux nombreux nouveaux contacts, les processus sont aujourd'hui plus rapides», confirme Thomas Plattner. Toutefois, la collaboration entre la Confédération et les cantons reste perfectible, de même que les plans d'action en cas de pandémie, qui «doivent être davantage pragmatiques et axés sur les solutions, en plus de mieux définir les lignes de conduite et les responsabilités». Par ailleurs, il estime que la science devrait être davantage impliquée dans les processus décisionnels.



«Le travail de médecin cantonal est extrêmement varié et nous avons la possibilité de faire bouger les choses.»

Dre méd. Barbara Grützmann
Médecin cantonale de Berne et présidente de l'Association des médecins cantonaux de Suisse

Les personnes interrogées au sujet de la digitalisation sont unanimes: quand elle est bien conçue, elle apporte un soutien considérable aux soins de santé. De ce fait, Barbara Grützmann est plutôt satisfaite de la transformation numérique du système de déclaration, projet sur lequel l'Office fédéral de la santé publique travaille actuellement [3]. Cependant, quelques outils numériques manquent encore pour mieux faire face à une prochaine pandémie, le traçage national des contacts par exemple. C'est pourquoi le canton de Berne développe un outil de traçage des contacts que d'autres cantons pourraient reprendre. Quoiqu'il en soit, avec ou sans pandémie, «la médecine se complexifie», explique le médecin cantonal nidwaldien Peter Gürber. De nos jours, les gens se remettent d'un cancer, prennent de nombreux médicaments et consultent des spécialistes différents, si bien qu'une vue d'ensemble des antécédents médicaux est presque

impossible. Il en conclut qu'«il n'est actuellement plus possible de travailler sans soutien électronique». Il peine à comprendre pourquoi la Suisse n'a pas encore su établir un dossier électronique du patient adapté à la pratique.



«La science devrait être davantage impliquée dans les processus décisionnels.»

Dr méd. Thomas Plattner
Médecin cantonal de Fribourg

Un travail à potentiel

La digitalisation n'est pas le seul thème national de santé publique au cœur des préoccupations des médecins cantonaux. Le canton de Berne veut lutter contre la pénurie de médecins en lançant ou en soutenant des projets dans ce sens, rapporte Barbara Grützmann. C'est le cas du service d'urgence du week-end évoqué précédemment [1], de la télé-médecine ou de nouveaux modèles de cabinets médicaux comme le Medicentre de l'Hôpital du Jura bernois (qui fait partie du Réseau de l'Arc et qui emploie des médecins, ndlr).

«Ce projet devrait servir de référence», ajoute-t-elle. De même, elle souhaite encourager la collaboration interprofessionnelle en faisant appel à des infirmières et infirmiers

de pratique avancée (Advanced Practice Nurses, APN). Le succès de leur travail à l'étranger et dans des projets pilotes suisses, notamment dans la médecine de famille du canton de Berne, montre que les APN sont un atout pour les soins de santé. Malheureusement, ils et elles ne figurent pas encore dans la loi en tant que prestataires de services, par conséquent leurs tâches et leur rémunération ne sont pas encore définies. «La Confédération doit avancer sur ce point», insiste Barbara Grützmann. Elle rejette l'argument selon lequel les nouveaux prestataires contribueraient à la surcharge de travail du corps médical. Cet aperçu des multiples facettes du médecin cantonal montre que quiconque désireux de participer à l'élaboration de la santé publique au niveau cantonal trouvera dans cette fonction de nombreuses occasions de le faire.



Références

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

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



Chaque enfant est unique

Intersexuation Le Parlement entend améliorer le traitement des enfants qui ne sont pas clairement de sexe masculin ou féminin sur le plan biologique. Des médecins de différents hôpitaux universitaires expliquent comment ils suivent ces jeunes patients – et où ils ont besoin de plus de moyens.

Martina Huber

Chaque année en Suisse, une trentaine d'enfants naissent avec des caractéristiques sexuelles biologiques qui ne sont pas clairement féminines ou masculines, mais présentent une variation des caractéristiques sexuelles (voir encadré). Le Parlement a à présent adopté une motion visant à améliorer le traitement de ces enfants [1]. Concrètement, il a chargé le Conseil fédéral «de veiller à ce que l'Académie suisse des sciences médicales (ASSM) puisse élaborer rapidement des directives d'éthique médicale concernant le diagnostic et le traitement, l'objectif de ces directives étant la mise en œuvre de l'avis de la Commission nationale d'éthique dans le domaine de la médecine humaine (CNE) sur l'attitude à adopter face aux variations du développement sexuel.»

«Sur le moment, les parents se sentent souvent dépassés par le fait que leur enfant n'ait pas un sexe clairement défini», explique Uchenna Kennedy.

Comme le souligne la prise de position de la CNE de 2012 [2], entre les années 1950 et la fin du XX^e siècle, les enfants présentant une variation du développement sexuel ont souvent été opérés dès les premiers mois et années de leur vie afin de leur assigner des caractéristiques sexuelles externes typiques. Ce traitement entraînait souvent de graves complications physiques, des douleurs chroniques, la perte des capacités reproductives, des séquelles psychiques ainsi que des troubles de la vie sexuelle et du vécu sexuel, a relevé la CNE. «Ce sont surtout les tabous, la honte et une pratique clinique jugée stigmatisante qui étaient ressentis comme une expérience particulièrement pénible, voire traumatisante, par ces personnes.»

Ainsi, l'une des recommandations était: «Pour des raisons éthiques et juridiques, aucune décision significative visant à

déterminer le sexe d'un enfant ne devrait être prise avant que cet enfant puisse se prononcer par lui-même dès lors que le traitement envisagé entraîne des conséquences irréversibles et peut être reporté.»

Plus complexe que «opérer: oui ou non?»

«Aujourd'hui encore, l'image souvent véhiculée est que nous, les médecins, voulons simplement opérer ces enfants le plus rapidement possible, mais ce n'est pas le cas», affirme Uchenna Kennedy, cheffe de clinique en urologie à l'Hôpital pédiatrique universitaire de Zurich et membre de l'équipe qui accompagne les enfants et les adolescentes et adolescents présentant des variations des caractéristiques sexuelles ainsi que leurs proches. «Souvent, ce sont plutôt les parents de ces enfants qui viennent nous voir et nous disent qu'ils veulent une opération le plus vite possible – parce qu'ils se sentent dépassés sur le moment par le fait que leur enfant n'ait pas un sexe clairement défini. Notre tâche est alors de les rassurer et de leur dire: il n'a pas besoin d'une opération tout de suite, nous pouvons prendre suffisamment de temps pour le diagnostic.»

Dans la pratique, les questions sont bien plus complexes que: «opérer: oui ou non?». Ainsi, en cas d'ovaires non fonctionnels ou de testicules dans l'abdomen, il faut évaluer s'il existe un risque accru de cancer et, dans l'affirmative, si et à quel moment ces gonades doivent être retirées. Si on ne les retire pas, il convient de décider à quelle fréquence et avec quelles méthodes les surveiller afin de détecter précocement une éventuelle tumeur. «Nous savons aujourd'hui que dans de nombreux cas, le risque n'augmente qu'avec le développement de la puberté», précise Uchenna Kennedy.

Les questions sont différentes par exemple pour les enfants atteints d'un syndrome adrénogénital, qui ont un utérus et des ovaires fonctionnels, mais dont l'urètre et le vagin sont soudés. Au plus tard en cas de désir d'enfant, il se pose la question d'une intervention chirurgicale au cours de laquelle le vagin et l'urètre sont séparés et deux ouvertures sont créées. Toutefois, savoir si cette opération doit déjà être



© Oksun70 / Dreamstime

Les enfants présentant une variation des caractéristiques sexuelles sont suivis de près par les médecins (photo d'illustration).

effectuée dans la petite enfance, comme cela était autrefois recommandé, ou seulement lorsque les personnes concernées atteignent la puberté ou sont tout à fait adultes est une question controversée, même parmi les spécialistes, explique la Dre Kennedy. «Ce sont parfois des décisions très difficiles que nous devons prendre avec la famille et dans le meilleur intérêt de l'enfant.»

Il est essentiel de considérer ces enfants dans leur ensemble et pas seulement par rapport aux questions de développement sexuel, souligne l'endocrinologue pour enfants et adolescents Christa Flück. Professeure à l'Université de Berne, elle a créé après 2012 une équipe DSD à l'Hôpital de l'Île et mis en place une consultation sur la diversité des sexes avec une psychologue spécialisée. Elle a également trouvé des financements tiers pour une étude de cohorte ayant permis de collecter des données de base sur l'épidémiologie des variations du développement sexuel en Suisse entre 2000 et 2019, qui seront publiées prochainement [3].

«Nous avons besoin d'une médecine individualisée qui tienne compte du bien-être de l'enfant», estime Christa Flück.

«Jusqu'à 30% de ces enfants ont des formes syndromiques, dans lesquelles d'autres organes sont atteints et un traitement médical est nécessaire», explique Christa Flück. «Cela va de troubles de la croissance et du développement psychomoteur jusqu'à des atteintes du cœur, des reins et des glandes surrénales. Chez ces enfants, de nombreux autres sujets sont plus importants que les organes génitaux atypiques.» Des problèmes de vidange de la vessie ou des infections urinaires compliquées peuvent justifier une opération précoce. Mais de nombreux enfants sont en bonne santé, souligne la Prof. Flück: «Un pénis plus petit, un clitoris plus grand ou des testicules qui ne sont pas tout à fait là où ils devraient être ne constituent pas un problème de santé aigu pour un bébé, qui justifierait une intervention médicale dans la petite enfance.» Par conséquent, à l'Hôpital de l'Île, l'approche consiste à ne rien faire dans un premier temps pour ces enfants, si ce n'est accompagner étroitement les familles, y compris sur le plan psychologique, et attendre de voir ce que l'enfant veut. À toutes les personnes qui souhaitent interdire totalement les interventions de réassignation sexuelle chez les enfants, elle rappelle que ces derniers n'attendent pas d'avoir 18 ans pour se prononcer sur le sexe qu'ils souhaitent avoir. Si les enfants souffrent fortement d'être différents de leurs camarades, s'ils souhaitent avoir un sexe bien défini, il faut en tenir compte. «Je suis clairement d'avis que cela doit être strictement réglementé», estime Christa Flück. «Mais il existe de très nombreuses variations et chaque enfant est unique, nous avons donc besoin d'une médecine individualisée qui tienne compte du bien-être de l'enfant.»

Accompagnement individuel

Le son de cloche est le même du côté des spécialistes des Hôpitaux universitaires de Genève. La prise de position de la CNE de 2012 n'a guère modifié la pratique de l'hôpital,

mais a simplement conforté le type de traitement qu'ils pratiquaient déjà auparavant, explique l'urologue pédiatrique Jacques Birraux, qui dirige la consultation des variations des caractéristiques sexuelles. «Déjà en 2006, lorsque j'ai pris la direction de l'urologie pédiatrique, nous suivions les enfants présentant une variation des caractéristiques sexuelles au sein d'une équipe interdisciplinaire», explique-t-il.

Selon le Dr Birraux, les opérations de réassignation sexuelle chez les nourrissons et les enfants en bas âge dont le sexe n'est pas clair ne sont plus pratiquées à Genève depuis le début des années 2000. «Ce que nous faisons, ce sont par exemple des traitements hormonaux qui sont vitaux pour l'enfant en raison d'une maladie métabolique», précise-t-il. Des interventions telles que des laparoscopies et des biopsies sont également nécessaires chez les enfants afin de déterminer le risque de cancer lié à des anomalies des ovaires ou à des testicules dans l'abdomen.

Mirjam Dirlewanger, endocrinologue pédiatrique aux Hôpitaux universitaires de Genève et membre de l'équipe qui suit les enfants présentant des variations des caractéristiques sexuelles, insiste: «Nous suivons toutes les familles de très près et individuellement, en fonction de leurs besoins.» Il ne faut certes pas oublier qu'il y a globalement très peu de cas. Elle précise toutefois: «Les enfants que nous accompagnons, nous les suivons souvent de la naissance à l'âge adulte.»

À la suite d'un projet Citizen Science de l'Hôpital pédiatrique de Zurich [4], un ensemble mixte de personnes concernées, de groupes de soutien et de spécialistes des hôpitaux universitaires suisses a fondé l'année dernière l'association Varia Suisse [5], afin de mettre encore mieux en réseau les personnes atteintes de variations congénitales des caractéristiques sexuelles.

Les variations les plus fréquentes

Lors de la conférence de consensus de Chicago en 2005, plus de 50 expertes et experts internationaux se sont accordés sur de nouvelles normes pour la classification, le diagnostic et le traitement des «troubles du développement sexuel» (Disorders of Sex Development, en abrégé DSD) [7]. Comme ce terme a parfois été critiqué, on parle aujourd'hui d'enfants ou de personnes présentant une variation des caractéristiques sexuelles.

Ce terme englobe une grande variété de situations différentes pour lesquelles une assignation claire au sexe féminin ou masculin n'est pas possible, que ce soit en raison des chromosomes, des gonades, des hormones ou du sexe anatomique externe. Les chiffres relatifs à la fréquence varient en fonction des variations qui sont prises en compte ou non. Le document de consensus issu de la conférence de Chicago [7] estime qu'environ un enfant sur 4500 naît avec une variation des caractéristiques sexuelles.

Parmi les plus fréquentes figurent par exemple le syndrome de Klinefelter, le syndrome d'Ullrich-Turner, le syndrome adrénogénital, la résistance aux androgènes et l'hypospadias, ce dernier faisant l'objet d'un débat entre spécialistes pour savoir si les personnes concernées doivent vraiment être comptées parmi les enfants présentant une variation des caractéristiques sexuelles.

ristiques sexuelles, leurs familles et les spécialistes, et d'encourager les échanges.

Un manque de moyens financiers

Les médecins interrogés saluent en principe le fait que le Parlement veuille à présent améliorer la prise en charge de ces enfants. Tous soulignent cependant qu'ils travaillent déjà selon les recommandations de la CNE. Ce qui manque, ce sont des moyens financiers pour mettre en pratique certaines des recommandations. Ainsi, selon la Prof. Flück et le Dr Birraux, il serait nécessaire de mettre à disposition des moyens financiers pour que les données concernant ces enfants et adolescentes et adolescents, leurs variations et les traitements suivis soient consignées dans un registre et régulièrement mises à jour. De plus, comme pour les registres des cancers, la saisie d'un ensemble minimal de données devrait être obligatoire et possible sans le consentement des parents et des médecins traitants, indique Christa Flück. «Aujourd'hui déjà, plusieurs centres suisses fournissent certaines données au registre européen I-DSD [6] sur une base volontaire. Nous disposons donc déjà de données pour la Suisse en ce qui concerne le nombre d'enfants et leurs diagnostics», explique la spécialiste. «Mais nous ne savons pas si ces enfants ont été opérés, comment exactement ils ont été opérés et à quel âge. Et nous ne savons s'ils suivent une hormonothérapie que si les parents acceptent de communi-

quer ces données. Malheureusement, cela est rare, surtout dans les situations complexes et peu fréquentes.»

D'après le Dr Birraux, un financement adéquat permettrait également d'améliorer l'accompagnement psychologique des familles concernées. Les Hôpitaux universitaires de Genève ne disposent pas à ce jour d'un ou d'une psychologue spécialisé(e) dans cette thématique, et ce, malgré la motion du Grand Conseil du canton de Genève de 2019 demandant la mise en place d'un soutien psychosocial gratuit pour les personnes présentant des variations des caractéristiques sexuelles et leurs familles. «En réalité, dans chacun des centres où nous suivons des enfants présentant une variation des caractéristiques sexuelles, nous aurions besoin d'un ou d'une psychologue qui puisse s'occuper à plein temps de ces enfants et de leurs parents», déclare le Dr Birraux. «Si la sphère politique pouvait enfin débloquer des fonds, la situation des enfants concernés et de leurs familles s'en trouverait réellement améliorée.»



Références

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

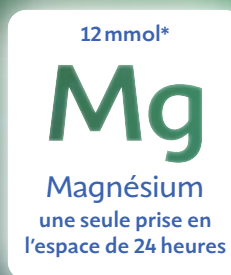
Annonce

Sans calcul compliqué?

La solution: 1 x par jour, 12 mmol*, 100% citrate^{1,2,3}



admis par les caisses-maladie⁴



- 1 x prise quotidienne^{1,2,3}
- 12 mmol*
- admis par les caisses-maladie⁴

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, consulté en septembre 2023 2) Information professionnelle Magnésium-Diasporal® 100 CitraCaps sous www.swissmedicinfo.ch, consulté en septembre 2023 3) Information professionnelle Magnésium-Diasporal® 300 sans sucre sous www.swissmedicinfo.ch, consulté en septembre 2023 4) Liste des spécialités de l'OFSP sur 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; excisicose. **Précautions:** En cas de troubles bradycardiques de la conduction intracardiaque, en cas d'insuffisance rénale. **Interactions:** Tétracyclines, fluorures, cholécalférol. **Grossesse/Allaitement:** peut être administré. **Effets indésirables:** occasionnels: des selles molles. **Présentation:** Emballage de 120 capsules resp. 20 et 50 sachets; Liste: B; remboursé; Doetsch Grether SA, 4051 Bâle; mise à jour de l'information: août 2017. Pour des informations détaillées, voir www.swissmedicinfo.ch.

DOETSCH GRETHER SA, 4051 Bâle, tél. 061 287 34 11, info@doetschgrether.ch, www.doetschgrether.ch

DG
DOETSCH GRETHER
PHARMA • OTC • CONSUMER CARE



© Clairelucia / Dreamstime

La quote-part normale de 10% pour les médicaments ne change pas.

Quote-part différenciée pour les médicaments

Mise au point La modification de la quote-part différenciée communiquée par l'OFSP a suscité un certain nombre de questions et de malentendus. L'Association des entreprises pharmaceutiques en Suisse (vips) clarifie la situation.

Les coûts des médicaments figurant sur la liste des spécialités sont pris en charge par la caisse-maladie mais, en règle générale, 10% restent à la charge de l'assuré – il s'agit de la quote-part. Il est toutefois possible qu'une quote-part plus élevée soit appliquée s'il existe sur le marché des produits comparables interchangeables à des prix différents. Les règles à ce sujet sont claires. Pour une meilleure illustration, prenons l'exemple suivant: un produit original perd son brevet et différents fournisseurs de génériques arrivent sur le marché. Il n'est alors pas rare que cinq autres produits comparables soient disponibles en plus de la préparation originale. Pour définir alors la quote-part, les prix sont comparés. Le tiers le plus avantageux – dans notre exemple il s'agirait des deux préparations les moins chères – sert de base. Si le prix d'un médicament ne dépasse pas la base de plus de 10%, la quote-part est de 10%. Pour tous les autres produits, patientes et patients devaient assumer jusqu'alors 20% du prix.

Une communication différenciée

Le 22 septembre 2023, le Département fédéral de l'intérieur (DFI) a décidé de modifier l'article 38a OPAS au 1^{er} janvier 2024.

Cela signifie que la quote-part augmentée passe de 20% à 40% et que le fournisseur de prestations a l'obligation d'informer et de documenter. La quote-part normale de 10% est maintenue.

Sur la base de la communication de l'OFSP, certains acteurs du marché prétendent dans des campagnes à grande échelle qu'une quote-part de 40% s'applique de manière générale aux originaux. Cette affirmation est fautive. Pour plus de 50% des originaux dont le brevet a expiré, la quote-part faible s'applique également. Au niveau des SKU (Stock Keeping Units) ou unités de gestion de stock, 6% des produits sont concernés par une quote-part augmentée (voir encadré).

La règle pour une franchise de 10% est la suivante: le tiers le moins cher des produits dis-

ponibles sur le marché, plus 10% maximum. Tout produit plus cher a une quote-part de 40%. Il peut s'agir d'originaux ou de génériques. On peut donc partir du principe que les originaux ayant une quote-part de 10% sont vendus pratiquement au même prix que les génériques. Ils contribuent ainsi tout autant à la réduction des coûts de la santé.

Des difficultés d'approvisionnement

Les conséquences de la communication imprécise de l'OFSP ont de quoi inquiéter. Les ventes s'effondrent en de nombreux endroits, bien que les prix soient déjà au niveau des génériques. La situation est donc urgente, car une telle évolution conduira inévitablement à une réduction drastique de la diversité de l'offre, augmentant par là même considérablement les difficultés d'approvisionnement. Il serait beaucoup plus important de pouvoir offrir aux patientes et patients en Suisse l'accès à la plus grande diversité possible d'options thérapeutiques avec des produits originaux et des équivalents.

Pour renforcer la place et garantir à long terme un approvisionnement sûr et diversifié en médicaments, il faut encourager la concurrence en multipliant les fournisseurs et les produits. Une telle concurrence en matière de qualité profite en fin de compte à tout le monde.

Avec le présent article, nous avons à cœur d'informer correctement le corps médical suisse, c'est-à-dire de contribuer à clarifier les faits et montrer la portée de la communication imprécise sur la franchise différenciée.

Ernst Niemack, directeur, vips

Liliane Scherer, responsable politique et communication, vips

Sur quelle base nous critiquons cette affirmation

Nos données montrent que «seules» 591 SKU (Stock Keeping Units ou unités de gestion de stock) sur 10 196 SKU affichent une quote-part de 40%, ce qui représente une part de seulement 6%. Les données actuelles disponibles au 1^{er} février 2024 – 10 195 SKU contre 590 SKU – confirment ce chiffre de 6%. Source: spezialitätenliste.ch / données LS à l'échelle des SKU du 30.01.2024.



Apprenez à mettre en œuvre la
sécurité des données dans votre
cabinet – avec la HIN Academy.

En savoir plus



Collaboration simple et sécurisée dans
le système de santé suisse

www.hin.ch/academy

Communications

Examen de spécialiste

Examen pour l'obtention des certificats Électroencéphalographie (SSNC), Élec- troneuromyographie (SSNC), Sonographie cérébrovasculaire (SSNC)

Pour l'obtention des certificats Électroencéphalographie (SSNC), Électroneuromyographie (SSNC) et Sonographie cérébrovasculaire (SSNC), il est nécessaire de réussir un examen final théorique et pratique en complément des autres conditions requises. Ces dernières sont disponibles sur le site internet www.siwf.ch. La période entière de formation et le nombre requis d'examens doivent être complétés et documentés avant la date limite d'inscription aux examens selon le programme de formation.

Date d'examen

Jeudi et vendredi 28.11 et 29.11.2024

Lieu

Hôpital cantonal d'Aarau, Clinique de Neurologie,
Bâtiment 4, Centre de neurologie, Tellstrasse 25,
5001 Aarau

Frais d'inscription

Pour les membres de la SSNC: CHF 700.00
Pour les non-membres de la SSNC:
CHF 1200.00

Inscription

En ligne sur www.sgkn.ch (rubrique formation, examen)

Renseignements

Secrétariat de la SSNC/SGKN
Mme Christa Kubat
Blumenweg 13
5036 Oberentfelden
E-mail: [info\[tat\]sgkn.ch](mailto:info[tat]sgkn.ch)

Date limite

15 octobre 2024

Examen de spécialiste en vue de l'obtention du titre de spécialiste en médecine phar- macutique

Date

Examen écrit: 20 août 2024, 09h00 – 13h00
Examen oral: 10 septembre 2024,
09h00 – 16h00

Lieu

Examen écrit: Biozentrum, Spitalstrasse 41,
4056 Bâle
Examen oral: Biozentrum, Spitalstrasse 41,
4056 Bâle

Délai d'inscription

30 mai 2024

Vous trouverez de plus amples informations sur le site web de l'ISFM www.siwf.ch → Formation postgraduée → Titres de spécialiste et formations approfondies → Médecine pharmaceutique

Examen en vue de l'obtention de la formation approfondie en gastroentérologie et hépa- tologie pédiatriques à adjoindre au titre de spécialiste en pédiatrie

Date

Vendredi 29.11.2024

Lieu

Sera annoncé

Délai d'inscription

30 septembre 2024

Vous trouverez de plus amples informations sur le site web de l'ISFM www.siwf.ch → Formation postgraduée → Titres de spécialiste et formations approfondies → Pédiatrie

Divers

Bourse de recherche de la Ligue suisse pour le cerveau

Afin d'aider la future génération de chercheurs, la Ligue suisse pour le cerveau décerne tous les quatre ans une bourse destinée à lancer un projet de recherche portant sur les neurosciences. Sont éligibles toutes les recherches sur le cerveau réalisées en Suisse dans une institution scientifique ou une clinique reconnue. Cette bourse est attribuée à de jeunes universitaires œuvrant dans les domaines de la médecine, la biologie, la psychologie, l'informatique ou un secteur apparenté. Cette année, le prix récompensera la recherche clinique ou translationnelle en neurosciences, dont les études scientifiques sur les patients constituent un élément important.

Cette rémunération a été principalement créée pour assurer pendant un an le salaire d'un doctorant en première année lorsqu'aucune autre ressource financière n'est disponible. La rémunération est similaire à celle du Fonds national suisse avec un plafond de 60 000 francs, assurance sociale incluse.

Avant de solliciter cette bourse de recherche, il convient de remplir les conditions suivantes:

- le demandeur doit avoir obtenu son diplôme de master au cours des cinq dernières années;
- il n'existe aucune voie alternative de financement;
- le projet de recherche doit être impérativement mené en Suisse;
- le directeur de recherche doit confirmer dans une lettre de motivation que le demandeur est bien apte à réaliser le projet et que toutes les conditions à cet effet sont réunies (méthodes, infrastructures, personnel).

Les candidatures électroniques (au format Word ou PDF) doivent être en français, en allemand, en italien ou en anglais et contenir:

- une ébauche de l'ensemble du projet de recherche où figurent des précisions quant aux étapes clés définies pour l'année de financement: problématique, état actuel de la recherche, méthode définie, mise en évidence des avantages scientifiques (dix pages max. hors bibliographie) ainsi qu'un bref résumé (une page A4 max.);
- la liste intégrale des publications avec facteur d'impact et position dans le classement des revues;
- un curriculum vitae sous forme de tableau;
- une lettre de motivation du directeur de recherche;
- une déclaration affirmant qu'aucune requête identique ou similaire n'a été déposée auprès d'un autre organisme de financement;
- la mention de l'office de paiement des salaires qui administrera la bourse.

Une fois l'année écoulée, nous attendons un bref rapport exposant les résultats obtenus (une page A4).

Les documents sont à envoyer au plus tard le 30.06.2024 à la Ligue suisse pour le cerveau: [info\[at\]hirnliga.ch](mailto:info[at]hirnliga.ch)

Vous pouvez obtenir le règlement détaillé auprès du secrétariat de la Ligue suisse pour le cerveau ([info\[at\]hirnliga.ch](mailto:info[at]hirnliga.ch)) ou sur le site Web www.hirnliga.ch.

FMH



24

Ordonnance électronique: une initiative pionnière

Numérisation Élément central dans la mise en place d'une numérisation porteuse de bénéfices, l'ordonnance électronique Suisse est le fruit d'une initiative commune de la FMH et pharmaSuisse tenant compte des intérêts des fournisseurs de prestations. Elle doit pouvoir être utilisée dans toute la Suisse d'ici fin 2024 et devenir la nouvelle norme d'ici 2029.

Urs Stoffel



26

L'approbation du TARDOC est nécessaire

Tarif ambulatoire En décembre 2023, la FMH et curafutura ont déposé une nouvelle demande d'approbation du TARDOC, qui remplit toutes les exigences du Conseil fédéral. Actuellement, il n'existe aucune autre structure tarifaire reflétant les prestations médicales ambulatoires de manière complète et actuelle. Le TARDOC doit donc être introduit sans attendre, au 1^{er} janvier 2025.

Patrick Müller



29

«Importants avantages pour tout le monde»

Plan de médication électronique En 2023, pour la première fois, plus d'un million de plans de médication ont été établis en Suisse. Cette success story a été initiée il y a une dizaine d'années par l'association «IG eMediplan». Les coprésidents de l'association nous racontent cette histoire et indiquent les prochaines étapes envisagées avec eMediplan.

Andreas Bühner, Sven Streit, Yves Zenger



© pharmaSuisse

L'ordonnance électronique permet d'améliorer la prise en charge tout en offrant des avantages aux fournisseurs de prestations.

Ordonnance électronique: une initiative pionnière

Numérisation Élément central dans la mise en place d'une numérisation porteuse de bénéfices, l'ordonnance électronique Suisse est le fruit d'une initiative commune de la FMH et pharmaSuisse tenant compte des intérêts des fournisseurs de prestations. Elle doit pouvoir être utilisée dans toute la Suisse d'ici fin 2024 et devenir la nouvelle norme d'ici 2029.



Urs Stoffel
Dr méd., membre du
Comité central, respon-
sable du département
Médecine et tarifs
ambulatoires

La transformation numérique s'infiltré dans toujours plus de domaines de la vie, et le secteur de la santé n'y échappe pas. Actuellement, plusieurs projets menés en parallèle par la Confédération visent cette évolution. Nommément, il s'agit de deux révisions du dossier électronique du patient (DEP) [1], du programme DigiSanté [2] et de la révision partielle de la loi sur les produits thérapeutiques (LPT) [3]. Cette dernière jette les bases de l'ordonnance électronique, dont l'usage est censé devenir monnaie courante.

Elle prévoit également un plan de médication pour les patientes et les patients. Du point de vue de la politique professionnelle, nous considérons que cette révision revêt une très haute importance, car la mise en place d'un processus de médication numérique implique la collaboration électronique de plusieurs fournisseurs de prestations.

Alors que le Parlement transmettait au Conseil fédéral différentes interventions portant sur la numérisation du processus de médication, les deux associations professionnelles

pharmaSuisse et FMH ont lancé une initiative commune et s'attellent depuis 2022 à la mise en place d'une ordonnance électronique nationale. Étape primordiale pour accroître l'efficacité des soins et améliorer la prise en charge des patientes et des patients, l'ordonnance électronique établit un lien étroit entre des acteurs primordiaux de la prise en charge – le corps médical et les pharmaciens – et regroupe leurs intérêts communs dans une initiative pionnière, l'«ordonnance électronique Suisse».

L'ordonnance électronique Suisse regroupe les intérêts des acteurs directement impliqués dans le processus de médication.

Point de la situation

Lors de la première phase du projet en 2022/23, l'accent a été mis sur la recherche élargie des acteurs et des parties prenantes. Il s'est avéré que l'ordonnance électronique Suisse a reçu un excellent accueil à différents niveaux. Parallèlement, HIN a développé le service d'ordonnance électronique Suisse sous-jacent, qui se base sur un format de données éprouvé (CHMED16A) et doit répondre aux exigences les plus élevées en matière de sécurité et de protection de la sphère privée pour être utilisé dans les cabinets médicaux. Ce service a été testé au cours d'une phase pilote auprès de médecins et de pharmaciens, en vue d'une intégration facile dans les processus en place. En ce qui concerne cette première phase, nous pouvons être satisfaits des progrès réalisés: regroupement et mise en commun des intérêts des fournisseurs de prestations directement impliqués dans le processus de médication, développement d'une solution d'ordonnance

L'ordonnance électronique revêt une grande importance pour les médecins et les pharmaciens, mais aussi pour la population.

électronique conforme aux exigences réglementaires, répondant à des standards de sécurité élevés et suscitant une large acceptation, développement continu de la technologie et engagement accru de tous les participants.

Au cours de la deuxième phase, soit depuis fin 2023, les deux associations impliquées et HIN ont réorienté leur collaboration. L'organisation repose désormais sur un groupe de travail réunissant les trois parties (HIN, FMH

et pharmaSuisse) et un comité de pilotage commun. Les deux associations jouent le rôle de facilitateur, tandis que HIN agit en tant que prestataire de services, dont l'implication étroite est importante notamment pour garantir l'intégration de la nouvelle solution dans les systèmes primaires des fournisseurs de prestations. Pour les concepteurs de ces systèmes, la priorité absolue consiste donc à viser une utilisation de l'ordonnance électronique pratique, simple et efficace. Un autre point important réside dans le développement d'un service ouvert permettant une large participation des fournisseurs de prestations. Les partenaires se sont fixé pour objectif d'introduire l'ordonnance électronique sur l'ensemble du territoire d'ici fin 2024; en d'autres termes, il devrait être possible de l'utiliser dans toutes les pharmacies d'ici là. Ensuite, à l'horizon 2029, l'ordonnance électronique devrait devenir la norme et l'ordonnance papier traditionnelle, l'exception. C'est d'ailleurs une évolution que la révision partielle de la loi sur les produits thérapeutiques anticipe en proposant de rendre les prescriptions électroniques obligatoires.

Pour les concepteurs de systèmes, la priorité consiste à rendre l'utilisation de l'ordonnance électronique simple et efficace.

Contexte de numérisation accrue

La deuxième phase de l'initiative marque une étape importante sur la voie de la numérisation du secteur de la santé. L'utilisation d'ordonnances électroniques nous permet non seulement d'améliorer la prise en charge des patientes et des patients, mais aussi d'offrir des avantages concrets aux fournisseurs de prestations. Permettez-moi d'en citer deux: un processus flexible et efficace pour établir et lire les ordonnances, mais aussi la réduction d'abus potentiels car l'ordonnance électronique ne peut être ni falsifiée ni utilisée une seconde fois. La participation de tous les acteurs importants est cependant essentielle. C'est pourquoi nous appelons les fournisseurs de systèmes à prendre le train en marche dès maintenant, s'ils ne l'ont pas encore fait, et les fournisseurs de prestations à participer activement à cette initiative afin d'en garantir le succès. Car une chose est certaine: l'ordonnance électronique revêt non seulement de l'importance pour les associations impliquées et leurs membres, mais elle procure également des avantages à l'ensemble de la population.

Le projet d'ordonnance électronique Suisse, et plus exactement la collaboration

ciblée et engagée de la FMH et de pharmaSuisse, est un exemple de la manière dont les médecins peuvent ouvrir la voie en faveur d'une numérisation du secteur de la santé

L'ordonnance électronique doit pouvoir être utilisée dans toute la Suisse d'ici fin 2024 et devenir la norme d'ici 2029.

efficace et centrée sur le patient, en collaboration avec les pharmaciens et d'autres acteurs importants. Le moment est venu de ne plus se contenter de parler de numérisation, mais d'agir en mettant enfin en place les bonnes idées et les projets adéquats. L'ordonnance électronique Suisse constitue une étape décisive dans ce sens. Grâce à une étroite collaboration entre les autorités, les milieux politiques et les fournisseurs de prestations, rendons les avantages de la numérisation visibles et accessibles aux patients et aux professionnels et saisissons ensemble cette opportunité.



Références

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



© Aaron Amat / Dreamstime

Il est grand temps d'introduire le TARDOC.

L'approbation du TARDOC est nécessaire

Tarif ambulatoire En décembre 2023, la FMH et curafutura ont déposé une nouvelle demande d'approbation du TARDOC, qui remplit toutes les exigences du Conseil fédéral. Actuellement, il n'existe aucune autre structure tarifaire reflétant les prestations médicales ambulatoires de manière complète et actuelle. Le TARDOC doit donc être introduit sans attendre, au 1^{er} janvier 2025.

Patrick Müller

Chef de la division Médecine et tarifs ambulatoires, FMH

Depuis 2004, les médecins facturent leurs prestations au moyen du système TARMED, désormais obsolète et plus du tout approprié, qui repose sur des données des années 90. Bien que le TARMED représente l'un des tarifs les plus importants de l'assurance obligatoire des soins, avec un volume de près de 12 milliards de francs, les partenaires tarifaires ne sont pas encore parvenus à se mettre

d'accord sur une révision. Si tous les partenaires tarifaires, les milieux politiques et les autorités s'accordent à dire que le TARMED est dépassé et ne reflète plus correctement les prestations médicales, les différents acteurs n'arrivent pas à s'entendre sur une solution de remplacement. Tandis que l'association des hôpitaux H+ et santésuisse visent en premier lieu un système de forfaits ambulatoires similaire aux DRG, la

FMH, SWICA, la Commission des tarifs médicaux LAA (CTM) et curafutura veulent remplacer le TARMED par la structure tarifaire à la prestation TARDOC, entièrement actualisée, complète et appropriée. Le TARDOC peut d'ailleurs tout à fait être combiné avec des forfaits appropriés et homogènes. Sa première mouture a été remise au Conseil fédéral en juillet 2019 par curafutura et la FMH. Depuis, il a été rema-

nié à plusieurs reprises sur la base des rapports d'évaluation de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) et des conditions formulées par le Conseil fédéral, avant d'être à chaque fois redéposé – la dernière fois en décembre 2023.

Seul le TARDOC peut remplacer entièrement le TARMED, désormais obsolète et plus du tout approprié.

Dépôt du TARDOC et des forfaits

H+ et santésuisse ont décidé de déposer une demande d'approbation pour un système tarifaire dit «cohérent», composé du TARDOC et des forfaits ambulatoires. Les deux associations soutiennent ainsi explicitement le TARDOC pour les domaines qui ne peuvent pas être remplacés par des forfaits ambulatoires. Le corps médical reconnaît que les travaux entrepris par H+ et santésuisse sur les forfaits ambulatoires constituent un pas vers la solution visée. Pour la FMH, le système de forfaits dans sa version actuelle couvre cependant un éventail nettement trop vaste et présente encore des lacunes concernant la conception de plusieurs points. Il manque notamment d'homogénéité sur le plan médical, mais aussi sur le plan des coûts. De nombreuses sociétés de discipline médicale ont donné leur avis sur le contenu des forfaits avant leur dépôt et ont également proposé de participer à leur élaboration. Proposition qui est malheureusement restée sans réponse. La FMH a aussi exprimé son mécontentement en voyant que les bases médicales n'avaient pas été prises en compte par H+ et santésuisse et que les sociétés de discipline médicale n'avaient pas été associées au processus d'élaboration. Il n'est donc pas étonnant que le résultat manque d'homogénéité médicale en de nombreux endroits et ne soit pas approprié. Ce qui semble être des «détails» tarifaires peut cependant avoir des répercussions importantes sur la prise en charge des patients et le prix d'une prestation médicale. Pour le corps médical, la version 1.0 des forfaits ambulatoires ne répond pas, sur le plan médical, aux exigences posées pour leur approbation. Compte tenu des lacunes de fond que présente le projet, la FMH a décidé de ne pas cosigner la demande d'approbation. Elle reste toutefois favorable à des forfaits ambulatoires appropriés et homogènes.

La FMH, curafutura et SWICA ont donc décidé de déposer une demande d'approbation séparée pour le TARDOC, version 1.3.2. Suite à la dernière décision du Conseil fédéral du 3 juin 2022, ils ont élaboré ensemble des concepts visant à remédier aux lacunes matérielles relevées

par le Conseil fédéral. Ces concepts détaillent la manière de procéder aux adaptations demandées au cours des années suivant l'entrée en vigueur du TARDOC, si elles n'ont pas pu avoir lieu plus tôt. La FMH, curafutura et la CTM ont également mis en œuvre les modifications du concept de neutralité des coûts demandées par le Conseil fédéral.

Enfin, tous les partenaires tarifaires, désormais réunis au sein de l'organisation tarifaire commune OTMA SA, ont négocié un accord général fixant les points clés de la coordination du système tarifaire à la prestation et des forfaits.

Les deux demandes d'approbation et l'accord général sur la coordination du TARDOC et des forfaits ambulatoires ont été soumis au Conseil fédéral début décembre 2023.

Aucune autre structure tarifaire ne reflète les prestations médicales ambulatoires de manière complète et actuelle.

Développement et maintenance

Les partenaires tarifaires ont tiré les leçons des erreurs commises avec le TARMED. Lors du développement du TARMED, le principe d'unanimité convenu entre les partenaires a conduit au blocage qui existe encore aujourd'hui. À l'avenir, c'est l'OTMA SA qui sera chargée par les partenaires tarifaires de poursuivre le développement et d'assurer le suivi annuel du TARDOC, et de le soumettre au Conseil fédéral – sur le modèle de SwissDRG SA – sur la base de décisions prises à la majorité. Pour ce faire, le secrétariat dispose de nouveaux outils et de données

mis à jour à un rythme annuel, et peut compter sur le soutien de spécialistes reconnus. En outre, les bases d'un monitoring tarifaire à long terme ont été créées. Ces enseignements permettront d'améliorer encore le TARDOC et de l'adapter aux évolutions et exigences réelles. Depuis sa création, l'OTMA SA prend ses décisions à la majorité, afin d'éviter les blocages qui existaient par le passé. Cela permet de garantir le développement et le suivi en continu du TARDOC grâce à des révisions annuelles.

Des forfaits, là où c'est pertinent

La FMH considère que les forfaits ambulatoires sont pertinents et appropriés lorsque les prestations médicales sont clairement délimitées, qu'elles sont fournies en nombre important dans une infrastructure disposant de beaucoup de ressources et que, simultanément, l'homogénéité médicale et financière est garantie. La FMH est disposée à promouvoir les forfaits, à condition que les principes essentiels soient respectés et que les sociétés de discipline médicale soient associées à leur élaboration. Elle est en train de déterminer des forfaits ambulatoires possibles, en collaboration avec les sociétés de discipline médicale et sur la base de critères définis, et les soumettra par la suite à l'OTMA SA pour tarification. Les forfaits ambulatoires pourront ensuite venir progressivement remplacer les prestations concernées du TARDOC.

Préparation de l'entrée en vigueur

Le TARDOC déposé, il est temps de préparer son entrée en vigueur. curafutura et la FMH ont demandé une introduction du TARDOC au 1^{er} janvier 2025. La décision du Conseil fédéral devrait intervenir au cours du deuxième trimestre 2024. Après avoir révisé cinq fois le



La conseillère fédérale Elisabeth Baume-Schneider est priée d'agir rapidement.

TARDOC depuis le dépôt de sa première mouture en juillet 2019, nous espérons à présent enfin une décision positive. La dernière version en date remplit toutes les exigences posées par le Conseil fédéral le 3 juin 2022 et le 19 juin 2023. Dès que la décision sera connue, la FMH et les organisations affiliées seront appelées à travailler ensemble pour aider au mieux leurs membres à se préparer à l'entrée en vigueur du nouveau tarif, dont la date définitive sera fixée par le Conseil fédéral.

Un développement et un suivi en continu du TARDOC sont garantis au sein de l'OTMA SA.

La FMH met actuellement tout en œuvre pour préparer l'entrée en vigueur du TARDOC et garantir une transition aussi simple et fluide que possible entre le TARMED et le TARDOC. En mars 2024, elle a mis en ligne un site internet très complet: tardoc.fmh.ch. Ce site regroupe des informations de base concernant le TARDOC mais présente aussi des aspects spécifiques aux différentes disciplines. Des renseignements sur la reconnaissance des unités fonctionnelles et sur les droits acquis, des fiches d'information, des réponses aux questions fréquentes et la marche à suivre en cas de questions suivront prochainement. Une ligne d'assistance dédiée (pour les demandes par téléphone et courrier électronique) sera également mise en fonction une fois la décision connue. En collaboration avec la Caisse des médecins, nous mettons aussi à disposition des outils tarifaires, notamment pour des simulations, ainsi qu'un navigateur d'apprentissage. Enfin, nous prévoyons de publier une série d'articles dans ces colonnes.

En ce qui concerne le domaine de l'assurance-accidents, de l'assurance militaire et de l'assurance-invalidité, le TARDOC remplacera

Informations détaillées sur le TARDOC

Les différentes positions tarifaires de la version 1.3.2 du TARDOC peuvent être consultées dans le navigateur tarifaire <https://browser.tartools.ch/fr/tardoc>. La FMH met à votre libre disposition le contenu du tarif dans ce navigateur développé par la Caisse des médecins.

De plus amples informations sur le TARDOC peuvent être consultées sur les sites tardoc.fmh.ch et oat-otma.ch.

OTMA SA

L'art. 47a de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, qui prévoit l'institution d'une organisation tarifaire nationale pour les prestations médicales ambulatoires, est entré en vigueur en janvier 2022. Fin 2022, les partenaires tarifaires curafutura, H+, santésuisse, la CTM et la FMH ont créé l'organisation tarifaire commune Organisation des tarifs médicaux ambulatoires (OTMA SA). Un secrétariat a depuis été mis sur pied et les deux organisations tarifaires précédentes, *ats-tms SA* et *solutions tarifaires suisses SA*, ont été dissoutes fin 2023. Le personnel, les structures tarifaires et les outils de travail des deux organisations ont été transférés à l'OTMA SA au 1^{er} janvier 2024. L'OTMA SA est désormais l'unique organisation tarifaire nationale compétente aussi bien pour le TARDOC que pour les forfaits ambulatoires ou tout autre tarif médical ambulatoire.

également le TARMED à la même date que pour l'assurance-maladie. Des négociations sont en cours avec la CTM à ce sujet.

Introduction au plus vite

Il revient à présent au Conseil fédéral et à l'OFSP d'écrire l'histoire et d'approuver enfin le TARDOC, cinq ans après le dépôt de sa première version. Après l'approbation du TARDOC, toutes les prestations médicales ambulatoires seront représentées correctement et tarifées de manière appropriée pour la première fois depuis plus de quinze ans. Les partenaires tarifaires garantissent la neutralité des coûts exigée par la loi et

une solution et qu'elle est prête à s'en donner les moyens. Nous terminerons en nous joignant à l'appel de l'ancien conseiller aux États et ancien président du conseil d'administration d'*ats-tms SA*, Joachim Eder: «Agissez, Madame la Conseillère fédérale Baume-Schneider!»

Correspondance

[tarife.ambulant\[at\]fmh.ch](mailto:tarife.ambulant[at]fmh.ch)

Les partenaires tarifaires garantissent la neutralité des coûts grâce à un concept global de neutralité des coûts.

le Conseil fédéral grâce à un concept global de neutralité des coûts. Un monitoring détaillé permettra de vérifier pendant trois ans si le volume de points tarifaires évolue à l'intérieur de la marge convenue; si nécessaire, les évolutions indésirables dues au changement de modèle pourront être corrigées par la commission de monitoring de l'OTMA SA. La version 1.3.2 remplit toutes les exigences du Conseil fédéral. À l'heure actuelle, il n'existe aucune autre structure tarifaire, que ce soit sous la forme de prestations individuelles ou de forfaits, qui reflète les prestations médicales ambulatoires de manière globale, complète et actuelle. Seul le TARDOC peut remplacer entièrement le TARMED.

«Qui veut faire quelque chose trouve un moyen, qui ne veut rien faire trouve une excuse»: ce célèbre adage a malheureusement été confirmé à plusieurs reprises par le passé. La nouvelle conseillère fédérale en charge du dossier et cheffe du Département fédéral de l'intérieur (DFI), Elisabeth Baume-Schneider, a désormais la possibilité de montrer qu'elle souhaite trouver



© Aleksandra Suzi / Dreamstime

L'eMediplan sert aussi bien aux professionnels de la santé qu'aux patients et à leurs proches.

«Importants avantages pour tout le monde»

Plan de médication électronique En 2023, pour la première fois, plus d'un million de plans de médication ont été établis en Suisse. Cette success story a été initiée il y a une dizaine d'années par l'association «IG eMediplan». Les coprésidents de l'association nous racontent cette histoire et indiquent les prochaines étapes envisagées avec eMediplan.

Andreas Bühler^a, Sven Streit^b, Yves Zenger^c

^a Dr méd. et sc. nat., coprésident IG eMediplan; ^b Prof. Dr méd. Dr phil., coprésident IG eMediplan; ^c spécialiste en communication FMH

Sven Streit, pour la première fois, plus d'un million de plans de médication ont été générés en 2023. Quelle est la raison de la forte croissance actuelle?

Sven Streit: Nous avons tous été surpris par l'augmentation rapide du nombre de Mediplans établis. Mais en même temps, cela correspond à ce que je perçois actuellement en Suisse: la base ne veut plus travailler sur papier et souhaite pouvoir proposer à ses patientes et patients un plan de médication qui leur fournisse un aperçu, les associe aux décisions relatives à la médication et permette d'échanger des informations aussi sous forme numérique avec eMediplan, indépendamment des systèmes et des secteurs. La médiation de l'association IG eMediplan entre les prestataires et les institutions ainsi que les développeurs de logiciels a été cruciale pour cette généralisation.

Andreas Bühler, vous avez participé dès le début au projet «eMediplan». Vous attendiez-vous à ce succès à l'époque?

Andreas Bühler: Oui, Olivier Kappeler (cofondateur et ancien coprésident, ndlr) et moi-même avons toujours été convaincus qu'un plan de médication complet et actualisé – un eMedi-

plan – était important pour les professionnels de la santé mais aussi pour les patientes et patients, et que l'initiative «eMediplan» serait couronnée de succès. Tout a commencé durant l'été 2013: dans le cadre des événements clés Santé Thurgovie, l'«eMediplan» a été l'une des trois idées de projet sélectionnées parmi quelque vingt-cinq propositions – selon une approche ascendante. Le concept eMediplan a été développé en particulier par des professionnels de la santé de cabinets médicaux, de services d'aide et de soins à domicile, d'hôpitaux, de pharmacies et d'EMS, et présenté en novembre 2014 à Fischingen.

L'eMediplan permet d'améliorer la collaboration entre les professionnels de la santé tout au long du processus de traitement.

Prof. Dr méd. Dr phil. Sven Streit
Coprésident de l'association IG eMediplan

Ce succès signifie-t-il aussi de bonnes affaires?

Andreas Bühler: Non, il n'a jamais été question de faire des affaires avec le lancement de Mediplan.

Il s'agissait plutôt de résoudre ensemble un problème dont tout le monde souffre et qui requiert la contribution de chacune et de chacun. C'est dans cet esprit aussi que l'association IG eMediplan a ensuite été fondée fin 2015 en tant qu'organisation à but non lucratif pour nous faire entendre au niveau national.

Mais les plans de médication offrent d'importants avantages...

Andreas Bühler: Oui, tout à fait! Le Mediplan offre d'importants avantages aux professionnels de la santé, aux patientes, patients et à leurs proches, ainsi que dans les soins de santé en général.

Sven Streit: Le Mediplan permet de simplifier et d'améliorer par exemple l'anamnèse médicamenteuse. Il optimise la sécurité et l'observance des traitements médicamenteux. Il favorise la communication avec les patientes et patients. Le Mediplan constitue une excellente base pour améliorer la collaboration entre les professionnels de la santé tout au long du processus de traitement.

Attardons-nous encore un peu sur les débuts. Pourquoi avez-vous à l'époque opté pour le plan de médication et non pour l'ordonnance électronique?

eMediplan
Le plan de médication suisse

Pierre Exemple
01.11.1943 (M)
Rue 66, 1234 Mont-sur-Lac / +41 79 123 45 67

Grandeur / Poids : 180 cm / 81 kg
Insuffisance rénale : légère
Allergie(s) : Penicillin-Allergie

Imprimé par :
Dr. méd. F. Sage
Cabinet médical Vue des Alpes
1298 Lac

Dernière version : 09.02.2023 09:42

Médicament	Matin	Midi	Soir	Nuit	Unités	De	Jusqu'à y c.	Instructions	Raison	Prescrit par
ANTIBIOTIQUE cpr 800/160mg Deulonoxaprim, Moxiflozan	1	-	1	-	pièce	09.02.2023	19.02.2023	après les repas	Infection	Dr. Nori Franz, Frauenfeld
CO-ANTHYF cpr pel 160/12.5 mg Bilstonin, Hydrochlorazid	1	-	-	-	pièce				Hypertension	Dr. Sarah Docteur, Porentruy
CHOLEST cpr pel 20 mg Olanzapin	1/4	-	1	-	pièce				Anticholestérol	Dr. Séverine Exemple, Marigny
ANTI-KRAMPF inj sol inj 10 mg/2 ml i.m./i.v. Tibufen	2	-	-	-	ml			seulement i.m., seulement par des personnes instruites!	Calmar	Dr. Karl Rezept, Langenthal

Médicaments en réserve

Comresse de vinaigre	-	-	-	-	-			si nécessaire	Fébrile	Automédication	
ANTI-PYRETIC cpr pel 500 mg Antipyrin	voir les instructions								En réserve: 1 pièce - Quantité maxi: 4 pièces	Douleurs	Automédication

Bemerkung:
Le patient est enthousiasmé par le plan de médication!

Pierre Exemple (01.11.1943) Plan de médication by Logosoft SA (VZ) Page 1 sur 2

Figure: Un eMediplan contient la médication complète et actualisée d'une patiente ou d'un patient.

Andreas Bühler: LeMediplan, un plan de médication complet et actualisé, est fascinant, car il est quasiment le seul outil en médecine et dans les soins de santé qui soit important à la fois pour les professionnels de la santé et pour les patientes et patients. Nous voulions nous concentrer sur un seul thème. L'ordonnance électronique n'a même pas été évoquée.

La base souhaite pouvoir échanger des informations sous forme numérique avec ses patientes et patients.

Prof. Dr méd. Dr phil. Sven Streit

Coprésident de l'association IG eMediplan

Plus tard, on nous a souvent demandé pourquoi nous ne nous engageons pas aussi pour une ordonnance électronique. Nous répondions à chaque fois que nous étions déjà suffisamment occupés avec leMediplan et que la réglementation relative à l'ordonnance électronique était beaucoup plus stricte. L'ordonnance électronique est liée à des intérêts commerciaux et de politique professionnelle. Et l'ordonnance ne revêt pas la même importance pour tous les professionnels de la santé. Tout cela rend difficile une introduction ascendante. Mais bien sûr, leMediplan et l'ordonnance électronique sont complémentaires. Il convient de réfléchir à la manière de faire progresser conjointement leMediplan et l'ordonnance électronique.

Si leMediplan est une idée dont les avantages sont largement reconnus, pourquoi a-t-il fallu autant de temps pour la mettre en œuvre?

Andreas Bühler: Lorsque nous avons lancé l'idée «eMediplan» en Thurgovie en 2013, il était clair qu'aucun fournisseur de logiciels n'implémenterait eMediplan si celui-ci n'était pas introduit à l'échelle nationale. Dès le printemps 2015, HCI Solutions a démontré de sa propre initiative que le concept fonctionnait techniquement. C'était énorme. Néanmoins, il a encore fallu un important travail de persuasion avant que les fabricants de logiciels ne commencent à implémenter leMediplan. D'ailleurs, à l'époque, certains se sont moqués du code QR, qu'ils considéraient comme une technologie obsolète...

Sven Streit: L'introduction de leMediplan est la transformation numérique dans sa forme la plus pure. Il ne s'agit pas seulement de technologie. Il s'agit de personnes, de leurs craintes, par exemple en matière de responsabilité, de surcharge de travail, de coûts de logiciels supplémentaires... «Tout le monde» trouve certes que l'idée «eMediplan» est excellente, mais avance de multiples arguments pour démontrer que le

moment n'est pas encore venu de mettre en œuvre le système. La transformation numérique prend du temps. Un dicton africain dit: «L'herbe ne pousse pas plus vite quand on tire dessus.»

Actuellement, l'ordonnance électronique en est à cette phase d'implémentation. L'ordonnance électronique semble susciter davantage d'intérêt de la part du public que le plan de médication électronique. Cette impression est-elle trompeuse et quelle est la relation entre les deux?

Sven Streit: L'ordonnance électronique suscite-t-elle vraiment davantage d'intérêt de la part du public que le plan de médication électronique? Il est important de comprendre que le plan de médication complet et actualisé, leMediplan, et l'ordonnance ou l'ordonnance électronique sont étroitement liés. L'ordonnance constitue un «sous-ensemble» du plan de médication complet et actualisé, ou «plan thérapeutique», et permet à la personne pour laquelle elle a été établie d'obtenir les médicaments prescrits dans la pharmacie de son choix. Dans l'idéal, la pharmacie dispose non seulement de l'ordonnance électronique, mais aussi de leMediplan lors de la délivrance des médicaments prescrits. D'ailleurs, le standard du service E-Ordonnance Suisse est basé sur le standard de leMediplan, le CHMED16A.

Il convient de réfléchir à la manière de faire progresser conjointement leMediplan et l'ordonnance électronique.

Dr méd. et sc. nat. Andreas Bühler

Ancien coprésident de l'association IG eMediplan

Andreas Bühler, vous venez de quitter la coprésidence de l'association IG eMediplan. Pour quelle raison?

Andreas Bühler: Cela fait maintenant plus de dix ans qu'Olivier Kappeler et moi-même nous consacrons à leMediplan. Ma démission lors de l'assemblée générale de mi-mars ouvrira la voie à un changement de génération. Il est très agréable de voir que l'idée de base derrière leMediplan, à savoir connaître le plan de médication complet et actualisé, est reprise et portée avec une grande conviction par les jeunes professionnels de la santé. Je m'en réjouis énormément. Dans le cadre de ces changements, leMediplan a aussi déménagé de Suisse orientale à Berne, ce qui est symbolique et parfaitement approprié.

Sven Streit, vous êtes coprésident depuis l'année dernière. Quels sont vos projets?

Sven Streit: Je suis fier des succès obtenus jusqu'ici avec leMediplan mais je pense que la transformation numérique en matière de mé-

dication n'est pas encore achevée. Par exemple, la Suisse romande et le Tessin connaissent à peine leMediplan. Il existe également des secteurs ou des logiciels où leMediplan n'est pas encore implémenté techniquement et, enfin, le plus important pour moi: je voudrais permettre à tout le monde d'obtenir un eMediplan lors de la délivrance de médicaments. Les patientes et patients disposeraient ainsi d'informations précises sur leur médication. En tant que médecin de famille, je remets des eMediplans à mes patientes et patients et suis très heureux lorsqu'ils reviennent plus tard avec leur eMediplan et me montrent quelle médication a par exemple changé. La médication est également plus sûre lorsque nous aidons les patientes et patients à comprendre leur médication et à la contrôler eux-mêmes.

L'ordonnance électronique et leMediplan sont complémentaires, se développent en parallèle et doivent aussi être compatibles avec le DEP.

Prof. Dr méd. Dr phil. Sven Streit

Coprésident de l'association IG eMediplan

Comment le contenu de leMediplan évolue-t-il?

Andreas Bühler: La généralisation de leMediplan nous a déjà permis de constater qu'il devait s'adapter aux besoins des utilisatrices et utilisateurs. Le nouveau standard CHMED23A, qui

À propos de l'association IG eMediplan

Un eMediplan comprend l'ensemble de la médication actuelle d'une patiente ou d'un patient. Il sert aussi bien aux professionnels de la santé qu'aux patients et à leurs proches. L'eMediplan a été développé dans le cadre des événements clés Santé Thurgovie 2013/2014. L'association IG eMediplan a été fondée un an plus tard. Celle-ci est une communauté d'intérêts active au niveau national et ouverte à tous. Elle coordonne le déploiement et la maintenance de l'eMediplan. L'IG eMediplan est financée par les contributions de ses membres et des donateurs. En 2023, elle a accueilli neuf nouveaux membres, dont des organisations cantonales de médecins, pharmaSuisse et la FMH sont également membres de l'IG eMediplan. Plus d'informations sur www.emediplan.ch.

Actuel

est sur le point d'être introduit, permettra de mieux représenter les dosages complexes, comme il y en a par exemple en oncologie. Il est également important pour nous que le contenu soit plus facile à lire, notamment pour les personnes âgées.

Pour conclure: qu'attendez-vous de l'ordonnance électronique?

Sven Streit: L'ordonnance électronique et le Medioplan sont complémentaires, se développent en parallèle et dans le cadre d'un échange mutuel, afin que les deux soient compatibles entre eux et avec le DEP. En tant que médecin de famille, je me réjouis si l'ordonnance électronique m'apporte autant de satisfaction que le Medioplan en ce sens que je peux fournir sous forme numérique aux patientes et patients et aux autres prestataires, en l'occurrence à la pharmacie, toutes les informations dont ils ont besoin pour la vérification, le conseil et la délivrance des médicaments. Personnellement, je pense que cela n'entraînera pas un surcroît de travail administratif inutile, mais simplifiera les choses en matière de médication, avec moins de questions de la part de patientes et patients qui ne

savent plus, par exemple, quel médicament nous avons décidé de réduire ou d'augmenter, et une meilleure collaboration interprofessionnelle entre les médecins et les pharmacies.

Correspondance

kommunikation[at]fmh.ch



Le Dr méd. et sc. nat. Andreas Bühler est consultant indépendant à l'interface entre la médecine et l'informatique. Il a coprésidé l'association IG eMediplan de 2020 à la mi-mars 2024.



Le Prof. Dr méd. Dr phil. Sven Streit est médecin de famille et professeur de médecine de premier recours à l'Université de Berne. Il est coprésident de l'association IG eMediplan depuis 2023.

Annonce



MARCHÉ

Swiss Health Web

Et bien plus encore –
spécialement conçu pour
le personnel médical



Recherché? Trouvé!

- Immobilier
- Appareils
- Remplacement
- Meubles
- Succession
- Divers



market.swisshealthweb.ch

Powered by:
EMH Media
SCHWEIZERISCHER ÄRZTEVERLAG
EDITIONS MEDICALES SUISSES

Nouvelles du corps médical

Todesfälle / Décès / Decessi

Bruno Bischof (1929), † 2.1.2024, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, 9630 Wattwil

Alfred Jakob Harder (1941), † 27.2.2024, Facharzt für Neurologie, 8304 Wallisellen

Ärztegesellschaft des Kantons Bern Ärztlicher Bezirksverein Bern Regio

Zur Aufnahme als ordentliches Mitglied haben sich angemeldet:

Anja Herzog, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Mitglied FMH, Psy-Bern AG, Neuengass-Passage 3, 3011 Bern

Adrian Bärtschi, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Mitglied FMH, Länggassstrasse 8, 3012 Bern

Hergen Friedrich, Facharzt für Oto-Rhino-Laryngologie, HNO Zentrum, Seilerstrasse 8, 3011 Bern

Marc Beer, Facharzt für Pathologie, Mitglied FMH, Pathologie Länggasse, Worblentalstrasse 32 West, 3063 Ittigen

Maria Schild, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Praxis Dr. med. Sebastian B. Schild, Schölllistrasse 39, 3008 Bern

Simon Rauch, Facharzt für Radiologie, Radiologie VIVA AG, Bernstrasse 21, 3072 Ostermündigen

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 Luzern

Zur Aufnahme in unsere Gesellschaft Sektion Stadt hat sich gemeldet:

Monika Klasa, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, Familienpraxis Wilweg, Wilweg 1, 6037 Root

Urs Bürgi, Facharzt Allgemeine Innere Medizin und Facharzt Pneumologie, Mitglied FMH, Luzerner Kantonsspital, 6000 Luzern 16

Zur Aufnahme in unsere Gesellschaft Sektion Entlebuch hat sich gemeldet:

Mark Belak, Praktischer Arzt, Gesundheitszentrum Entlebuch, Glaubenbergstrasse 4, 6162 Entlebuch

Einsprachen sind innert 20 Tagen nach der Publikation schriftlich und begründet zu

richten an: Ärztegesellschaft des Kantons Luzern, Schwanenplatz 7, 6004 Luzern.

Ärztegesellschaft des Kantons Schwyz

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

Daniela Kim Vanessa Haiges, Fachärztin Dermatologie und Venerologie, ab 01.12.2019 zu 80% in Küsnacht am Rigi

Einsprachen gegen diese Aufnahme richten Sie schriftlich innert 20 Tagen an Dr. med. Jörg Frischknecht, Bahnhofstrasse 31, 6440 Brunnen oder per Mail an joerg.frischknecht@hin.ch.

Ärztegesellschaft Thurgau

Die Ärztegesellschaft Thurgau informiert über folgende Neuanmeldungen:

René Tardent, Praktischer Arzt, Mitglied FMH, Rütihofstrasse 8, 8400 Winterthur

Swantje Nathalie Simon, Fachärztin Gynäkologie und Geburtshilfe, Schochenwinkel 10, 8595 Altnau

Seyed Hamid Yazdani Badabi, Facharzt Allgemeine Innere Medizin, Minzeweg 38, DE-50999 Köln

Niklas Wenzel, Rosenweg 3, 8280 Kreuzlingen

Sarah Wenzel, Rosenweg 3, 8280 Kreuzlingen

Kristina Niedzwietzki de Cozzarelli, Fachärztin Kinder- und Jugendmedizin, Mitglied FMH, Badgasse 1, DE-78467 Konstanz

Jan Klein, Facharzt Urologie, Rheinstrasse 17, 8280 Kreuzlingen

Matthias Werner, Facharzt Gynäkologie und Geburtshilfe, Mitglied FMH, Alte Rutschwilerstrasse 15e, 8442 Heggingen

Einsprachen gegen diese Vorhaben müssen innerhalb 14 Tagen seit der Veröffentlichung schriftlich und begründet bei der Ärztegesellschaft Thurgau eingereicht werden. Nach Ablauf der Frist entscheidet der Vorstand über die Aufnahme der Gesuche und über allfällige Einsprachen

Ärztegesellschaft Uri

Zur Aufnahme in die Ärztegesellschaft Uri als ordentliches Mitglied haben sich angemeldet:

Peter Ink, Facharzt für Arbeitsmedizin und Praktischer Arzt, Arztpraxis Fabris, Adlergartenstrasse 15, 6467 Schattdorf

Einsprachen gegen diese Kandidatur müssen innerhalb von 20 Tagen seit dieser Veröffentlichung schriftlich begründet an den Vorstand der Ärztegesellschaft Uri eingereicht werden. Nach Ablauf der Einsprachefrist entscheidet der Vorstand über Ge-suche und allfällige Einsprachen.

Walliser Ärztegesellschaft / Société Médicale du Valais

Se sont annoncés comme candidats à l'admission à la Société Médicale du Valais : Zur Aufnahme in die Walliser Ärztegesellschaft haben sich angemeldet:

Membres ordinaires / Ordentliche Mitglieder
Svenja Katharina Andenmatten, Fachärztin Allgemeine Innere Medizin, Arztpraxis Fee, Haus Pan, 3906 Saas-Fee

Maha Myriam A Chahabi Ép. Hamwy, Pédiatre, Centre Prévention et Santé de Grône Sàrl, Rue centrale 123, 3979 Grône

Sarah Coupy-Kerkour, Spécialiste en gynécologie et obstétrique, SANTECHABLAIS SA, Chemin du Verger 3, 1868 Collombey

Isabelle Françoise Marie Devouge, Spécialiste en psychiatrie, Consultation Couple et Famille, Chaussée du Canal 23, Bouveret

Stéphanie Dorsaz, Spécialiste en médecine interne générale, Cabinet médical du Verger SA, Chemin du Verger 3, 1868 Collombey

Agata Durdzinska Timóteo, Spécialiste en chirurgie de la main, SANTECHABLAIS SA, Chemin du Verger 3, 1868 Collombey

Stepan Esagian-Pouftsis, Spécialiste en psychiatrie-psychothérapie, Les Toises AG, Rue de l'Industrie 10, 1950 Sion

Hélène Catherine Sylvine Favre, Spécialiste en médecine physique et réadaptation, CRR SUVA, Avenue de Tourbillon 36, 1950 Sion

Vincent Serge Grek, membre FMH, Spécialiste en médecine interne générale, Avenue de Pratifori 8, 1950 Sion

Thibault Michel Florent Humbert, Médecin praticien, MediFully Sàrl, Rue de la Poste 12, 1926 Fully

Marcin Kaszuba, Spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, CHVR – Pôle de psychiatrie et psychothérapie, Route de Morgins 10, 1870 Monthey

Kim Anita Margrith Kuonen, Praktische Ärztin, Praxis Chabloz AG, Badnerstrasse 2, 3953 Leuk-Stadt

Ines Mahjoub Ép. Miniaoui, Spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, membre FMH, Cabinet Les Voilliers Sàrl, Avenue de la Gare 24, 1870 Monthey

Nouvelles du corps médical

Anca Mairesse, Spécialiste en médecine interne générale, Cabinet Médical d'Ardon, Route du Simplon 70, 1957 Ardon

Marie Aline Shanta Michellod, Spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, membre FMH, CRR, Av. du Grand-Champsec 90, 1950 Sion

Jonathan Mudry, Spécialiste en endocrinologie/diabétologie, membre FMH, Medidranse, Route de la Gravenne 14, 1933 Sembrancher

Amelia Monica Nacu, Spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, membre FMH, Centre de psychiatrie « Les Toises », Rue de l'Industrie 10, 1950 Sion

Megan Alice Pannatier, Spécialiste en médecine interne générale, Angiomed Sàrl, Place de la Gare 3, 3960 Sierre

Michail Papadopoulos, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Praxis Dr. Christian Bannwart, Bahnhofplatz 6, 3920 Zermatt

Sébastien Pawlak, Spécialiste en radiologie, membre FMH, Affidea CIV, Rue de Pré-Fleuri 2C, 1950 Sion

Valentina Peiretti, Spécialiste en pédiatrie, Pédiatrie du Midi Sàrl, Rue de la Dixence 8, 1950 Sion

Chantal Patricia Plomb, Spécialiste en médecine physique et réadaptation, Clinique romande de réadaptation, Av. de Grand-Champsec 90, 1950 Sion

Claudia Béatrice Poloni, Spécialiste en pédiatrie, membre FMH, Spécialiste en neuropédiatrie, CHVR-Hôpital de Sion, Av. du Gd-Champsec 80, 1950 Sion

Luca Pulici, Spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, FC Sion, Av. du Gd-St-Bernard 5, 1921 Martigny-Croix

Daniela Quental Ruas De Pinho, Spécialiste en gynécologie et obstétrique, Life Sierre SA, Maison de la Santé, Av. du Général-Guisan 12, 3960 Sierre

Khaled Romdhane, Spécialiste en ophtalmologie, membre FMH, Spécialiste en ophtalmochirurgie, CMC Ophta Léman Martigny, Rue du Léman 18B, 1920 Martigny

Katja Schnidrig, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, Arztpraxis Brigerberg GmbH, Riedgasse 2, 3911 Ried-Brig

Vincent Jean-Marie Françoise Raphaëlle Soubeyran, Spécialiste en médecine nucléaire, membre FMH, CHVR-Hôpital de Sion, Av. du Gd-Champsec 80, 1951 Sion

David-Leander Taugwalder, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Mitglied FMH, Ärztezentrum Zermatt AG, Matterstrasse 15, 3920 Zermatt

Cédric Varonier, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Praxis Chabloz AG, Badnerstrasse 2, 3953 Leuk-Stadt

Katharina Anna Maria Sofia von Gundlach, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, Praxis Chabloz AG, Badnerstrasse 2, 3953 Leuk-Stadt

Amel Yahia Aissa, Spécialiste en endocrinologie-diabétologie, Centre médical du Rhône, En Arche 34, 1912 Leytron

Membres extraordinaires / Ausserordentliche Mitglieder :

Arthur Hammer, Spécialiste en ophtalmologie, membre FMH, Cabinet d'ophtalmologie Dr Christian de Courten, Rue des Sommets de Crans 2, Crans-Montana

Harry Krishna Ruben Roux, Spécialiste en ophtalmologie, membre FMH, Hamsa SA, c/o Vision Neuve, Route de Chippis 64A, Sion

Les avis opposés à l'une ou l'autre admission sont à adresser au Secrétariat de la Société Médicale du Valais (Av. de France 8, 1950 Sion) dans un délai de 2 semaines après publication.

Einsprachen gegen diese Aufnahmen sind innerhalb von 2 Wochen seit der Publikation schriftlich an das Sekretariat der VSÄG (Av. de France 8, 1950 Sion) einzureichen.

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.



178

Cardioneuroablation – une chance en cas de syncopes?

Highlight Les syncopes vasovagales sont fréquentes et peuvent considérablement altérer la qualité de vie. Les traitements disponibles comprennent des mesures de style de vie et pharmacologiques, des manœuvres physiques, ainsi que la pose d'un stimulateur cardiaque. Quel rôle revient à la technique prometteuse de la cardi-neuroablation?

Richard Kobza, Benjamin Berte



180

Consolidations et nodules pulmonaires bilatéraux

Amylose Une patiente alerte de 84 ans a été adressée pour des examens en raison d'une odynophagie, d'un manque d'appétit, d'une perte de poids involontaire et d'un méléna. Elle est connue pour une fibrillation auriculaire permanente, une cardiopathie hypertensive et une artériopathie oblitérante des membres inférieurs bilatérale.

Katharina Huss-Mischler, Jean-Luc Kurzen et al.



187

Un état de faiblesse avec des conséquences

Diagnostic manqué Une patiente de 23 ans s'est présentée en raison d'une détérioration aiguë d'un état de faiblesse progressif depuis plusieurs mois, avec perte d'appétit, faiblesse musculaire progressive et perte de poids d'environ 15 kg sans vomissements ni diarrhée. Depuis peu, la patiente souffrait en plus de douleurs abdominales basses.

Pascal Nyffenegger, Paula Hauser et al.

Journal Club

Weekly Briefing

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

Rédaction scientifique Forum Médical Suisse

Données de vie réelle: et d'une!

Vaccination contre le zona: 2^e dose!

Pour la vaccination contre le zona chez l'adulte, le vaccin sous-unitaire adjuvanté (Shingrix®) a remplacé le vaccin vivant atténué. Shingrix® est administré en deux doses espacées d'au moins deux mois. Quelle protection offre-t-il lorsque les données de vie réelle sont analysées? Sur la base de 7,6 millions de personnes-années, la protection est de 70% la première année après la première dose, avec une baisse rapide à <50% la deuxième et la troisième année. Après la deuxième dose, la protection est de 79% la première année. Elle ne diminue que légèrement les années suivantes et s'élève encore à 73% la quatrième année. La prise de corticoïdes réduisait la protection de 12%. Conclusion: la deuxième dose confère une protection de plusieurs années contre le zona.

Ann Intern Med. 2024, doi.org/10.7326/M23-2023.
Rédigé le 20.2.24_MK

Mise en garde

Klebsiella hypervirulentes et multirésistantes

Les *Klebsiella pneumoniae* hypervirulentes (hvKP) provoquent non seulement des pneumonies, mais aussi – même chez les personnes immunocompétentes – des infections nécrosantes de la peau, des tissus mous et des os. De plus, les hvKP se disséminent dans l'œil, le foie et le système nerveux central, où se forment des abcès. Depuis 2021, 143 isolats d'hvKP ont été identifiés dans dix pays d'Europe. Le «European Centre for Disease Prevention and Control» (ECDC) avertit que non seulement les hvKP se propagent de plus en plus, mais qu'elles sont désormais aussi porteuses de gènes de carbapénémase. Du fait de la combinaison de l'hypervirulence et de la multirésistance, des personnes auparavant en bonne santé souffrant d'infections à hvKP potentiellement fatales ne peuvent plus être traitées. Si ces hvKP se propagent aussi en milieu hospitalier, il faut craindre une morbidité et une létalité élevées.

ECDC. 2024, doi.org/10.2900/993023.
Rédigé le 20.2.24_MK

Données de vie réelle: et de deux!

Dépistage: le revers de la médaille

La tomodensitométrie à faible dose pour le dépistage du cancer du poumon empêche un décès pour 320 examens. Une étude rétrospective de >9000 dépistages en vie réelle a confirmé la sensibilité élevée (93%) du dépistage, mais en a montré la contrepartie: un tiers des personnes dépistées ont ensuite subi un examen complémentaire (tomodensitométrie, imagerie par résonance magnétique ou tomographie par émission de positons) et une personne sur 35 a subi une intervention invasive (bronchoscopie, biopsie, ponction pleurale, médiastinoscopie, thoracoscopie ou thoracotomie). Par rapport aux données publiées précédemment, le taux de complications légères et sévères des interventions subséquentes était environ deux fois plus élevé.

Ann Intern Med. 2024, doi.org/10.7326/M23-0653.
Rédigé le 20.2.24_MK

CME

Paludisme

- Le paludisme est une infection parasitaire plasmodiale transmise par les moustiques anophèles, qui sévit dans les régions tropicales et subtropicales. Environ 250 millions d'infections et >0,6 million de décès se produisent chaque année.
- *Plasmodium (P.) falciparum* et *P. vivax* sont les principaux responsables. La maladie est due à l'invasion des érythrocytes, qui sont hémolysés et séquestrés dans les petits vaisseaux, entravant la microcirculation.
- 95% des cas surviennent en Afrique et sont dus à *P. falciparum*. D'autres zones impaludées sont l'Amérique du Sud et

l'Asie du Sud-Est, où *P. falciparum* et *P. vivax* sont co-endémiques.

- La présentation comprend tous les symptômes grippaux, respiratoires et gastro-intestinaux. Chez toute personne revenant d'une zone endémique et présentant des symptômes non spécifiques, le paludisme fait partie du diagnostic différentiel.
- L'anémie hémolytique et la thrombopénie sont les principales anomalies de l'héogramme. En cas d'évolution sévère, une défaillance multiorganique se développe.
- Le diagnostic repose sur la détection de plasmodies intra-érythrocytaires. La quantification de la parasitémie a une importance pronostique. Alternativement ou en complément, des tests rapides sont utilisés pour détecter un antigène de *P. falciparum*.

- Depuis l'utilisation de l'artémisinine et de ses dérivés, en association avec un second médicament, le pronostic de la maladie s'est considérablement amélioré. L'artésunate intraveineux est approprié pour les cas sévères. Hélas, le développement de résistances à l'artémisinine compromet le succès du traitement.
- Le paludisme doit obligatoirement être abordé lors des conseils aux voyageuses et voyageurs. En Suisse, l'atovaquone/proguanil, la méfloquine et la doxycycline sont utilisées pour la prophylaxie. Ces médicaments ne conviennent pas pour le traitement. Il n'existe pas de vaccin.

Lancet. 2023, doi.org/10.1016/S0140-6736(23)01249-7.
Rédigé le 28.2.24_MK

Endocardite marastique

Présentation et devenir

Selon des études autopsiques, les endocardites thrombotiques non bactériennes (ETNB, endocardites marastiques) s'observent avant tout chez les personnes atteintes de cancer (80%) – inversement, environ 5% des individus atteints d'un cancer avancé présentent une ETNB.

Dans une étude monocentrique rétrospective menée à la Mayo Clinic, tous les patients et patientes avec tumeur maligne active et ETNB détectée à l'échocardiographie ont été analysés sur une période de 20 ans [1]. Les personnes avec endocardite infectieuse ou anticorps anti-phospholipides ont été exclues. Au total, 115 cas ont été identifiés (âge moyen 63 ans, 66% de femmes). Les valves mitrales (62%) et aortiques (50%) étaient le plus souvent atteintes. La plupart des patientes et patients avaient un cancer du poumon (adénocarcinome!), suivi par des tumeurs du pancréas, des néoplasies gynécologiques, gastro-intestinales et hématologiques. Déjà lors du diagnostic de l'ETNB, les complications emboliques étaient fréquentes: surtout au niveau cérébral (>80%), mais aussi au niveau de la rate, des reins, des coronaires et des extrémités. La majorité des malades ont été anticoagulés (104/115), principalement avec de l'héparine de bas poids moléculaire. L'incidence des thromboembolies artérielles et veineuses était nettement augmentée par la suite, de même que celle des événements hémorragiques majeurs. 94/115 malades sont décédés.

Jusqu'alors, les expériences cliniques sur l'ETNB provenaient de rapports de cas et de séries de cas individuels. L'étude de la Mayo Clinic a permis d'identifier plus de cas que l'ensemble des rapports de cas publiés entre 1990 et 2020. L'étude montre que l'ETNB associée au cancer touche davantage les femmes et affecte principalement les valves cardiaques gauches. Cliniquement, les ETNB se manifestent surtout par un accident vasculaire cérébral. Un adénocarcinome (poumon, pancréas) en est le plus souvent à l'origine. Même sous anticoagulation, le risque de récurrence thromboembolique est élevé, avec en parallèle des événements hémorragiques fréquents. Des comparaisons directes font défaut, mais des études plus anciennes suggèrent que les antivitamines K sont moins efficaces que l'héparine [2]. La mortalité est comparable à celle des malades atteints de thromboembolie veineuse paranéoplasique: elle est élevée et influencée par la maladie de base.

1 Am J Hematol. 2024, doi.org/10.1002/ajh.27239.

2 Am Heart J. 1987, doi.org/10.1016/0002-8703(87)90719-8.

Rédigé le 27.2.24_HU

Pneumonie



© Case courtesy of Sajoscha A. Sorrentino, Radiopaedia.org, rID: 14979

L'utilité de l'antigène pneumococcique dans l'urine est limitée.

Antigène pneumococcique dans l'urine

En cas de pneumonie, la recherche ciblée d'agents pathogènes atypiques (mycoplasmes, légionelles), de virus (SARS-CoV-2, influenza), d'agents pathogènes opportunistes (*Pneumocystis jirovecii*, champignons) ou de germes problématiques (*Pseudomonas*, mycobactéries) peut, selon la situation clinique, s'avérer judicieuse. En revanche, le test d'antigène urinaire pour *Streptococcus pneumoniae*, l'agent pathogène le plus fréquent de la pneumonie bactérienne, est d'une importance secondaire – «things we do for no reason» (!) –, et ce pour les raisons suivantes:

1. La probabilité pré-test de résultat positif est faible, la plupart des tests étant négatifs. Une analyse rétrospective de 2021 dans trois hôpitaux a montré que sur 1428 tests, 1408 (98,6%) étaient négatifs.
2. Les traitements empiriques recommandés sont efficaces contre les pneumocoques. Dans la plupart des cas, un résultat positif n'influence pas le choix de l'antibiotique. Dans l'analyse citée, la prise en charge thérapeutique n'a été adaptée que dans un seul cas (0,07%) après l'obtention du résultat.
3. Un résultat de test négatif n'exclut pas la présence d'une pneumonie à pneumocoques en raison d'une sensibilité sous-optimale.
4. Ni un résultat positif ni un résultat négatif n'exclut la présence d'autres agents pathogènes.
5. On ignore si et comment la sensibilité est influencée par les nouveaux vaccins antipneumococciques et/ou les antibiothérapies préalables.

De plus, dans le cas d'un diagnostic très fréquent (pneumonie!), un test diagnostique utilisé de manière routinière entraîne au final des coûts substantiels – pour le test d'antigène urinaire, avec une utilité limitée. Dans le quotidien clinique, il est souvent difficile de savoir au départ si l'on est en présence d'une pneumonie ou d'un diagnostic alternatif (insuffisance cardiaque, exacerbation d'une bronchopneumopathie chronique obstructive). Il est donc vraisemblable que le test d'antigène urinaire soit utilisé chez un nombre important de personnes qui ne souffrent pas du tout de pneumonie...

En bref: l'antigène pneumococcique dans l'urine a une valeur diagnostique insuffisante et le résultat du test n'a qu'une faible influence sur les décisions thérapeutiques. Sa détermination est inutile.

Open Forum Infect Dis. 2024, doi.org/10.1093/ofid/ofae089.

Rédigé le 27.2.24_HU

Highlight: Cardiologie

Cardioneuroablation: une chance en cas de syncopes?

Les syncopes vasovagales sont fréquentes et peuvent considérablement altérer la qualité de vie. Les traitements disponibles comprennent des mesures de style de vie et pharmacologiques, des manœuvres physiques, ainsi que la pose d'un stimulateur cardiaque. Quel rôle revient à la technique prometteuse de la cardioneuroablation?

Prof. Dr méd. Richard Kobza; PD Dr méd. Benjamin Berte
Cardiopuls Medical Center, Luzern

Contexte

La syncope vasovagale est la forme la plus courante de syncope réflexe. Bien que les syncopes vasovagales soient généralement considérées comme bénignes, elles peuvent occasionner des blessures chez certains patients et patientes ou fortement altérer la qualité de vie en raison de leur fréquence. La syncope vasovagale correspond à une suractivation du système nerveux parasympathique.

En principe, la distinction est faite entre trois formes:

1. Dans la forme vasodépressive, il se produit une vasodilatation excessive et une chute consécutive de la pression artérielle.
2. Dans la forme cardio-inhibitrice, le tonus excessif du nerf vague entraîne une libération accrue d'acétylcholine et une bradycardie, voire une asystolie, peut s'ensuivre.
3. Dans la forme mixte, à la fois des mécanismes vasodépresseurs et cardio-inhibiteurs se produisent.

L'information des patientes et patients et les mesures de style de vie constituent actuellement le traitement de base et sont également des recommandations de classe I dans les lignes directrices

actuelles de la «European Society of Cardiology» (ESC) [1]. En revanche, les autres traitements mentionnés dans les lignes directrices sont des recommandations de classe IIa ou IIb, à savoir la manœuvre physique de contre-pression (IIa), le tilt training (IIb) et, en cas de forme orthostatique de syncope vasovagale, le traitement par fludrocortisone (chez les jeunes patientes et patients) ou l'administration de midodrine (tous deux IIb) [1]. D'après les lignes directrices actuelles de l'ESC, la pose d'un stimulateur cardiaque est recommandée chez les patientes et patients de plus de 40 ans présentant des syncopes récurrentes fréquentes et une asystolie documentée (IIa) [1]. Toutefois, chez les personnes de moins de 40 ans, il n'existe pas de preuves claires du bénéfice d'un traitement par stimulateur cardiaque. La cardioneuroablation s'est établie comme une stratégie thérapeutique prometteuse pour les patientes et patients ayant un tonus vagal élevé avec syncopes vasovagales, bloc auriculo-ventriculaire (AV) fonctionnel et dysfonction du nœud sinusal. Bien que ce traitement ait été principalement étudié dans des études non randomisées, il semble être une option prometteuse dans ces situations (forme cardio-inhibitrice et forme mixte) [2].

Bases de la cardioneuroablation

Le système nerveux autonome cardiovasculaire humain est constitué d'un réseau complexe de nerfs et de neurones qui se rejoignent dans le plexus ganglionnaire, lequel est logé dans des coussinets adipeux à la surface externe du cœur. Les axones parasympathiques préganglionnaires du nerf vague ont des synapses avec les neurones parasympathiques postganglionnaires dans le plexus ganglionnaire. Ces ganglions jouent un rôle crucial dans la régulation de l'innervation autonome du nœud sinusal et du nœud AV.

La cardioneuroablation est une intervention invasive qui peut être employée en cas de syncopes vasovagales récurrentes ou sévères, en particulier dans la forme cardio-inhibitrice (fig. 1).

L'ablation vise à réduire l'activité excessive du nerf vague et donc à diminuer le nombre et la sévérité des épisodes de syncope.

Le bien-fondé de la cardioneuroablation repose sur l'hypothèse que l'activité excessive du nerf vague joue un rôle essentiel dans la physiopathologie de la syncope vasovagale. L'interruption ciblée des fibres nerveuses reliant le nerf vague au cœur a pour but de réduire la stimulation vagale excessive.



Figure 1: Électrocardiogramme d'une jeune patiente souffrant de syncopes récurrentes et d'un bloc auriculo-ventriculaire fonctionnel.

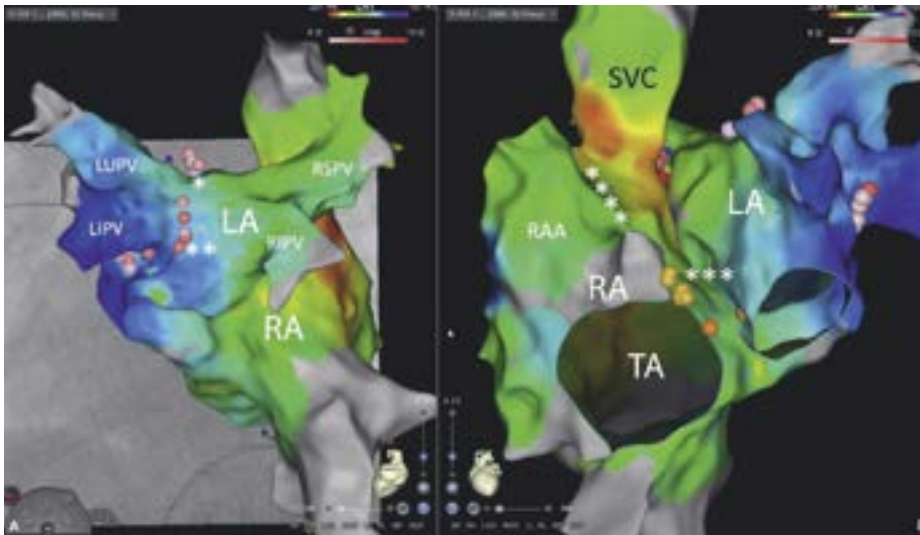


Figure 2: Vue schématique du plexus ganglionnaire (PG atrial droit supérieur et PG atrial gauche postéromédial non représentés). **A)** Vue postérieure de l'oreillette gauche et de l'oreillette droite. **B)** Vue antérieure de l'oreillette droite et de l'oreillette gauche. Les points roses correspondent aux points d'ablation des ganglions ablatés.

PG: plexus ganglionnaire; LA: oreillette gauche; RA: oreillette droite; LUPV: veine pulmonaire supérieure gauche; LIPV: veine pulmonaire inférieure gauche; RSPV: veine pulmonaire supérieure droite; RIPV: veine pulmonaire inférieure droite; TA: anneau tricuspide; RAA: auricule de l'oreillette droite; SVC: veine cave supérieure.

- * PG atrial gauche supérieur
- ** PG atrial gauche postérolatéral
- *** PG septal interatrial
- **** PG atrial droit postérieur

Les plexus ganglionnaires autonomes qui sont la cible de l'ablation sont classés comme suit (fig. 2) [3]:

1. plexus ganglionnaire atrial droit supérieur (partie inférieure des ganglions aortico-caves);
2. plexus ganglionnaire atrial gauche supérieur;
3. plexus ganglionnaire atrial droit postérieur;
4. plexus ganglionnaire atrial gauche postéromédial;
5. plexus ganglionnaire septal interatrial;
6. plexus ganglionnaire atrial gauche postérolatéral.

Études disponibles

Dans les études de cohorte ouvertes publiées jusqu'à présent, plus de 90% des patientes et patients souffrant de syncope vasovagale n'ont plus présenté de récurrences après une cardioneuroablation. La première étude randomisée contrôlée a inclus 48 personnes avec syncope vasovagale cardio-inhibitrice ou mixte, qui ont été soumises à une cardioneuroablation ou à un traitement non pharmacologique optimal [4]. Les critères d'évaluation relatifs à l'ablation étaient une accélération de la fréquence sinusale $\geq 25\%$ et l'élimination des électrogrammes intracardiaques fragmentés dans les zones ablatées. Après un suivi de deux ans, la récurrence de syncopes était significativement plus faible dans le groupe traité par cardioneuroablation (8% vs. 54%, $p = 0,0004$). Aucune

complication liée à la cardioneuroablation n'a été rapportée. Une méta-analyse récente a porté sur 465 patientes et patients (âge moyen $39,8 \pm 4$ ans) avec syncope vasovagale issus de 14 études [5]. Une disparition des syncopes a été rapportée chez 92% d'entre eux. L'ablation ciblée dans l'oreillette droite uniquement a toutefois donné de moins bons résultats cliniques que l'ablation atriale gauche ou biatriale.

La cardioneuroablation est une procédure relativement sûre et les études publiées jusqu'à présent font état de taux de complications très faibles [6–12]. Étant donné qu'il s'agit d'une intervention électrophysiologique invasive, les risques de complications vasculaires, péricardiques et thrombotiques doivent être pris en compte. Une tachycardie sinusale occasionnelle après l'intervention peut être traitée efficacement par ivabradine ou bêtabloquants.

Conclusion

La cardioneuroablation est un traitement prometteur de la syncope vasovagale; elle entraîne une réduction des syncopes récurrentes et une amélioration de la qualité de vie. Sur la base des études actuellement disponibles, une cardioneuroablation peut être évaluée et proposée comme alternative thérapeutique possible chez les patientes et patients de moins de 40 ans souffrant de syncopes vasovagales cardio-inhibitrices ou mixtes fréquentes et invali-

dantes. Cependant, il faut également tenir compte du fait que les personnes souffrant de syncope vasovagale sont enclines aux effets placebo. D'autres études randomisées contrôlées contre intervention factice sont donc certainement nécessaires pour établir le rôle de la cardioneuroablation dans le traitement de la syncope vasovagale et déterminer l'approche la plus sûre et la plus efficace.

Correspondance

Prof. Dr. med. Richard Kobza
Cardiopuls Medical Center
Zentralstrasse 1
CH-6003 Luzern
richard.kobza[at]cardiopuls.ch

Conflict of Interest Statement

RK a reçu des subventions institutionnelles d'Abbott, Biotronik, Biosense Webster, Boston Scientific, Medtronic et Sis-Medical à l'attention de l'Hôpital cantonal de Lucerne et a travaillé comme consultant scientifique pour Biosense Webster, Biotronik, Heart Force et Medtronic. BB a reçu une bourse de l'EHRA ainsi que des bourses de voyage, des honoraires de conférencier et des honoraires de consultant de Biosense Webster.

Author Contributions Statement

Tous les auteurs ont significativement contribué à l'élaboration de cet article.

Références recommandées

- 2 Kulakowski P, Baran J, Sikorska A, Krynski T, Niedzwiedz M, Soszynska M, Piotrowski R. Cardioneuroablation for reflex asystolic syncope – mid-term safety, efficacy and patient's acceptance. *Heart Rhythm*. 2023;S1547-5271(23)02972-7.
- 3 Aksu T, Po SS. How to perform cardioneuroablation for vasovagal syncope and functional bradycardia. *Heart Rhythm*. 2023;S1547-5271(23)02769-8.
- 4 Piotrowski R, Baran J, Sikorska A, Krynski T, Kulakowski P. Cardioneuroablation for Reflex Syncope: Efficacy and Effects on Autonomic Cardiac Regulation – A Prospective Randomized Trial. *JACC Clin Electrophysiol*. 2023;9(1):85–95.
- 5 Vandenberk B, Lei LY, Ballantyne B, Vickers D, Liang Z, Sheldon RS, et al. Cardioneuroablation for vasovagal syncope: A systematic review and meta-analysis. *Heart Rhythm*. 2022;19(11):1804–12.
- 6 Pachon JC, Pachon EI, Aksu T, Gopinathannair R, Kautzner J, Yao Y, Kusumoto F. Cardioneuroablation: Where are we at? *Heart Rhythm O2*. 2023;4(6):401–13.

Références

La liste complète des références en ligne sont disponibles sur: <https://smf.swisshealthweb.ch/fr/article/doi/fms.2024.1397762374>.



Prof. Dr. med. Richard Kobza
Cardiopuls Medical Center, Luzern



PD Dr. med. Benjamin Berte
Cardiopuls Medical Center, Luzern

Diagnostic différentiel rare

Consolidations et nodules pulmonaires bilatéraux énigmatiques

Dr méd. Katharina Huss-Mischler^a; Dr méd. Jean-Luc Kurzen^b; Dr méd. Jan H. Rüschoff^c; Dr méd. Rahel Schwotzer^d

^aOnkologie und Hämatologie Zentrum, Spital Männedorf, Männedorf; ^bPneumologie, Klinik Medizin, Spital Männedorf, Männedorf; ^cInstitut für Pathologie und Molekularpathologie, Universitätsspital Zürich, Zürich; ^dKlinik für Medizinische Onkologie und Hämatologie, Universitätsspital Zürich, Zürich

Contexte

Nous décrivons ici un cas de diagnostic différentiel rare avec des consolidations et nodules pulmonaires: une amylose pulmonaire consécutive à une amylose à chaînes légères (AL) systémique. Les causes, le tableau clinique et les possibilités de traitement de l'amylose pulmonaire sont discutés sur la base de ce cas clinique.

Présentation du cas

Anamnèse

Une patiente alerte de 84 ans nous a été adressée pour des examens complémentaires en raison d'une odynophagie, d'un manque d'appétit, d'une perte de poids involontaire de 4 kg en quatre mois (poids 50 kg, taille 1,64 m, indice de masse corporelle [IMC] 18,5 kg/m²) et d'un méléna. Les antécédents médicaux connus de la patiente incluaient une fibrillation auriculaire permanente, une cardiopathie hypertensive et une artériopathie oblitérante des membres inférieurs bilatérale.

Résultats

La patiente était normotendue à hypotendue (125/48 mm Hg) et présentait un rythme irrégulier bradycardique (pouls 48/min). L'électrocardiogramme (ECG) a révélé une fibrillation auriculaire bradycardique. Les analyses de laboratoire ont montré une anémie normochrome normocytaire hyporégénérative, avec une valeur d'hémoglobine de 80 g/l. La radiographie conventionnelle du thorax a fait apparaître de multiples lésions nodulaires à taches des deux poumons (fig. 1).

Une tomодensitométrie (TDM) du thorax et de l'abdomen a ensuite été réalisée, complétée par la suite par une tomographie par émission de positons-TDM au fluorodésoxyglucose marqué

au fluor 18 (TEP-TDM-FDG). Ces examens d'imagerie ont révélé des consolidations acineuses étendues, ayant la densité des tissus mous, ainsi que des nodules avec parfois des calcifica-



Figure 1: Radiographie du thorax, incidence postéro-antérieure: consolidations et nodules tachetés au niveau des deux poumons.

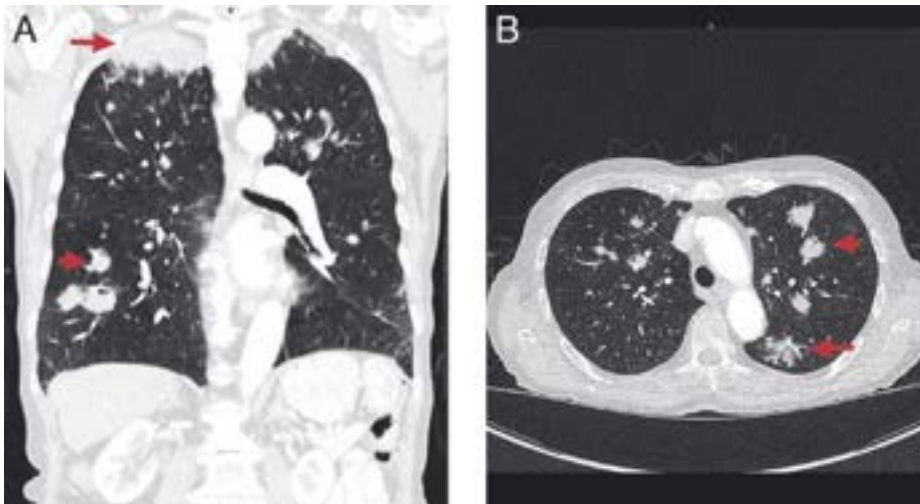


Figure 2: Tomodensitométrie du thorax, coupe coronale (A) et transversale (B): A) consolidations apicales denses des deux côtés (flèche longue), nodules des deux côtés (flèche courte); B) consolidation (flèche longue) et nodule (flèche courte).

tions marginales au niveau des deux poumons. La consolidation la plus étendue dans l'apex pulmonaire mesurait 3,5 cm × 8 cm (fig. 2).

Globalement, les anomalies pulmonaires présentaient une nette activité du FDG. Aucune autre masse ou zone avec activité du FDG n'était

visible dans la région cervico-thoraco-abdomino-pelvienne, à l'exception d'une zone avec activité du FDG dans l'œsophage moyen.

Les biopsies prélevées par gastroscopie ont permis de diagnostiquer une œsophagite causée par le virus herpès simplex (HSV). La coloscopie a en outre montré une volumineuse angiodysplasie dans le côlon ascendant, qui a été traitée avec succès par coagulation au plasma argon.

Les consolidations pulmonaires ont été évaluées plus en détail par bronchoscopie et biopsies pulmonaires transbronchiques (BTB). Aucune anomalie n'a été détectée au niveau endobronchique. Les BTB n'ont révélé aucune malignité, mais des dépôts amyloïdes compatibles avec une amylose à chaînes légères (AL) de type lambda ont été observés (fig. 3).

Dans le cadre du bilan hématologique complémentaire, une électrophorèse des protéines sériques avec immunofixation et mesure des chaînes légères libres a été réalisée pour rechercher une amylose AL systémique comme

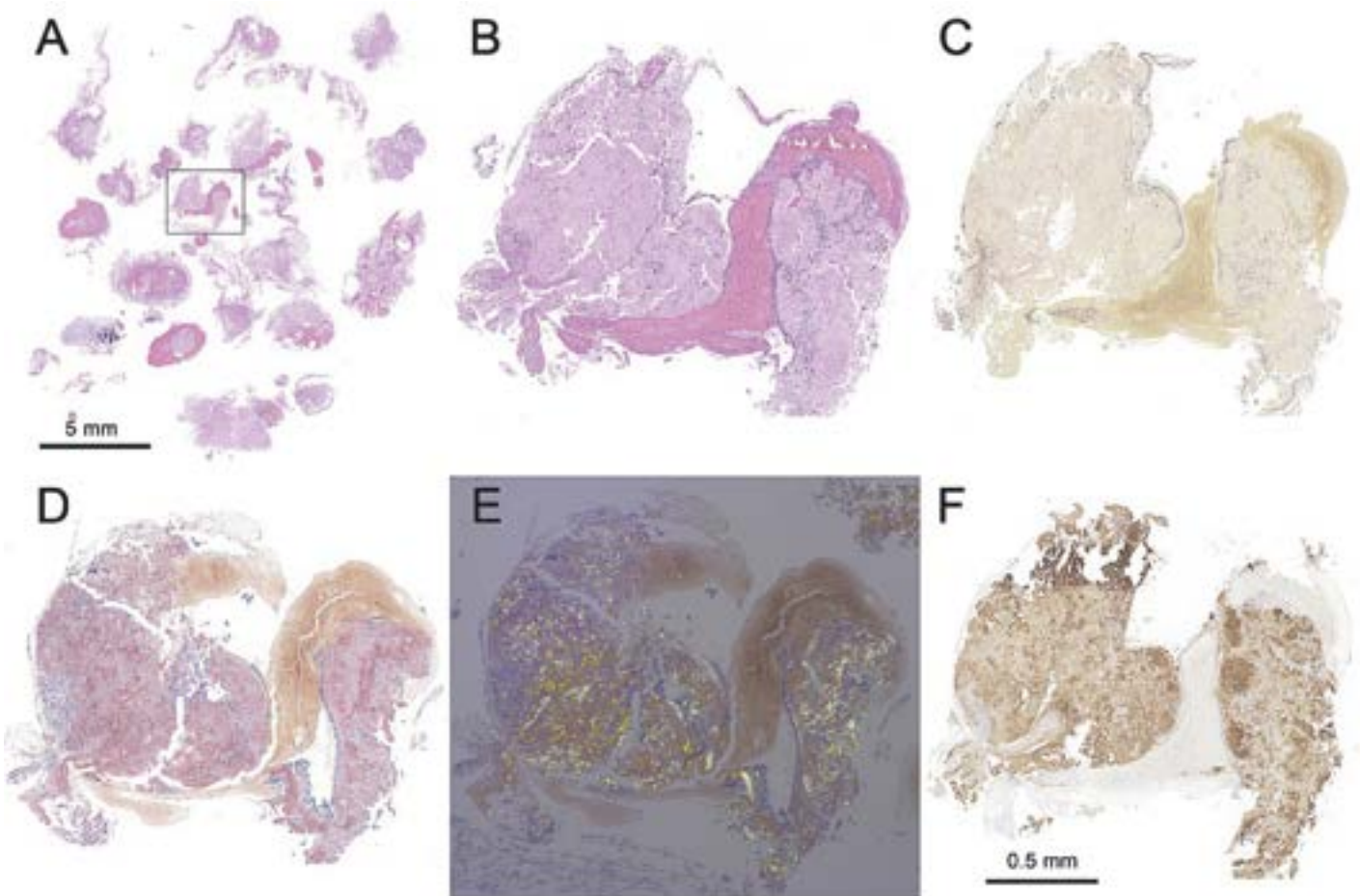


Figure 3: Coupes histologiques des biopsies pulmonaires transbronchiques, coloration à l'hématoxyline-éosine (H&E) (A, B), à l'Elastica-van Gieson (C), au rouge Congo (D, E) et immunohistochimie (F); barres d'échelle: 5 mm (A) et 0,5 mm (B-F). Parenchyme pulmonaire avec dépôts amyloïdes nodulaires. À la coloration à l'H&E, du matériel amorphe éosinophile est visible sur la vue d'ensemble (A) et sur la vue détaillée (B). Les dépôts apparaissent en jaune à la coloration à l'Elastica-van Gieson (C) et en rouge à la coloration au rouge Congo (D). En lumière polarisée, le matériel présente une biréfringence vert pomme après coloration au rouge Congo (E). L'immunohistochimie pour les chaînes légères lambda libres est positive (détection d'anticorps anti-chaînes légères lambda, clone ULI/LAT; dilution 1:5; amYmed – Reference Center for Amyloid Diseases, Prof. Dr méd. Reinhold P. Linke, Munich) (F).

Le cas particulier

origine de l'amylose pulmonaire. Une gammapathie biclonale de type IgG lambda et IgM kappa a été constatée. Aussi bien les valeurs mesurées des chaînes légères (kappa 18,7 mg/l; lambda 17,9 mg/l) que le rapport des chaînes légères entre elles étaient normaux. Les gradients M (pic pathologique avant ou dans la fraction gamma ou la fraction d'immunoglobulines de l'électrophorèse des protéines sériques) étaient légèrement augmentés, s'élevant respectivement à 1,5 G/l et 0,3 G/l. À la ponction de moelle osseuse, seule une légère multiplication des plasmocytes a été observée, sans mise en évidence claire d'une population plasmocytaire clonale, avec présence simultanée d'une petite population de cellules B monoclonales. À l'immunophénotypage, il y avait une expression accrue des chaînes légères kappa par la sous-population de lymphocytes B, et le génotypage MYD88 a révélé une mutation ponctuelle (p.L265P) dans l'exon 5 du gène MYD88. Il s'agit d'une mutation ponctuelle typique du gène MYD88, qui peut s'observer dans les lymphomes, typiquement dans la maladie de Waldenström.

Les biopsies prélevées lors des examens gastro-entérologiques ont été analysées, ne révélant pas de dépôts amyloïdes. De même, l'examen cardiologique par échocardiographie n'a indiqué aucun signe d'atteinte cardiaque amyloïde. Enfin, aucun signe de lymphome B non hodgkinien n'a été détecté dans la biopsie pulmonaire, pour autant que l'on puisse en juger par les BTB.

Dans l'ensemble, la présence d'une gammapathie de type IgG lambda à la sérologie a amené à suspecter fortement une amylose AL lambda systémique avec atteinte isolée des poumons. Il existait en outre une gammapathie monoclonale de signification indéterminée (GMSI) de type IgM kappa avec mise en évidence d'une population clonale de lymphocytes B, ce qui faisait penser à une maladie de Waldenström ou à un lymphome de la zone marginale en raison de la mutation ponctuelle MYD88. Il n'y avait pas de signes cliniques, de laboratoire ou d'imagerie suggérant un lymphome symptomatique.

Discussion

L'amylose systémique est une maladie rare qui touche environ 10 personnes sur 1 million [1]. L'amylose désigne des dépôts extracellulaires de fibrilles insolubles anormales. Celles-ci se forment à partir de différentes protéines précurseurs, de petite taille et solubles, qui sont mal repliées [2]. Au total, plus de 30 protéines amylogènes différentes sont connues. La plus fréquente d'entre elles est l'amylose à chaîne légère (AL) [3]. Les protéines amyloïdes présentent la

structure de repliement classique β . Au microscope polarisant, il est en outre possible de visualiser une biréfringence vert pomme après coloration au rouge Congo. En principe, le diagnostic d'une amylose est posé à partir d'une biopsie tissulaire; un typage de l'amyloïde est impératif, car le traitement en dépend.

L'amylose AL peut être systémique ou localisée. Les symptômes ou les manifestations cliniques dépendent de l'ampleur et de la localisation des dépôts amyloïdes dans l'organisme. Si une amylose systémique n'est pas traitée, les dommages fonctionnels des organes touchés augmentent et finissent par entraîner la mort. L'amylose AL localisée, en revanche, a un très bon pronostic [4].

L'atteinte des poumons est relativement fréquente dans l'amylose AL, mais elle est rarement symptomatique. Trois formes d'amylose pulmonaire sont décrites: l'amylose pulmonaire nodulaire, l'amylose alvéolo-septale diffuse et l'amylose trachéobronchique [5]. Elles peuvent être facilement distinguées sur le plan clinique et radiologique.

L'amylose pulmonaire nodulaire est le plus souvent localisée et touche davantage les hommes que les femmes (rapport 3:2) [6]. Comme la maladie ne provoque souvent aucun symptôme, l'amylose pulmonaire nodulaire est habituellement découverte de manière fortuite à la radiographie thoracique. Elle peut se présenter sous forme de cavernes, de nodule isolé ou encore de nodules multiples touchant les deux poumons [7]. Souvent, les lésions à croissance lente ont une localisation périphérique sous-pleurale et ne mesurent que quelques centimètres de diamètre. Toutefois, des lésions plus volumineuses, pouvant atteindre 15 cm, ont aussi été décrites [8]. Histologiquement, il s'agit le plus souvent d'une amylose AL localisée (chaînes légères d'immunoglobulines) ou d'une amylose AL/AH (mélange de chaînes légères et de chaînes lourdes d'immunoglobulines) [5]. Une maladie lymphoproliférative en est vraisemblablement à l'origine (avant tout lymphomes de la zone marginale extra-ganglionnaires du groupe des lymphomes «mucosa-associated-lymphoid-tissue» [MALT]), mais la maladie lymphoproliférative n'est pas nécessairement manifeste sur le plan clinique. Sur le plan thérapeutique, une excision est souvent suffisante. Le pronostic à long terme est bon [9].

L'amylose alvéolo-septale diffuse (synonyme: amylose parenchymateuse diffuse) se caractérise par des dépôts amyloïdes dans les septa alvéolaires et les parois vasculaires. Elle est presque toujours l'expression d'une amylose systémique (le plus souvent une amylose AL) [5]. L'imagerie peut révéler des micronodules, des dépôts alvéolo-septaux, des kystes et des calcifications [10]. Les patients et patientes atteints d'amylose alvéolo-septale diffuse ont

souvent une évolution clinique plus grave. Comme les dépôts amyloïdes ont une localisation interstitielle, les échanges gazeux peuvent être perturbés et les personnes touchées présentent des signes de pneumopathie interstitielle, tels que toux, dyspnée et intolérance à l'effort. De plus, des dépôts au niveau des vaisseaux peuvent être à l'origine d'une hypertension pulmonaire [11]. Plus rarement, ces dépôts peuvent aussi entraîner des dissections vasculaires avec hémorragies bronchiques [12]. L'amylose alvéolo-septale diffuse est traitée en fonction de l'amylose AL systémique sous-jacente. L'objectif est de réduire rapidement et fortement la concentration de chaînes légères libres circulantes, permettant ainsi de prévenir des dépôts supplémentaires, d'améliorer la fonction organique et de prolonger la vie [13]. En revanche, les dépôts amyloïdes existants ne sont pas dissous par un traitement systémique. Les traitements sont similaires à ceux du myélome multiple. Cependant, les adaptations posologiques sont fréquentes et permettent une meilleure tolérance [14]. Jusqu'à récemment, les données cliniques disponibles provenaient d'études de phase II, de comparaisons rétrospectives et de séries de cas. Des études de phase II ont montré que le daratumumab, un anticorps monoclonal dirigé contre le «cluster of differentiation 38» (CD38), est très efficace dans le traitement de l'amylose AL. L'anticorps a montré une réponse rapide et durable, avec un profil d'effets indésirables favorable [15, 16]. La publication de l'étude de phase III ANDROMEDA a fondamentalement modifié le traitement de l'amylose systémique. L'étude a montré que le daratumumab combiné au cyclophosphamide, au bortézomib et à la dexaméthasone (CyBorD) a entraîné une nette amélioration de la réponse hématologique globale et de la très bonne réponse partielle («very good partial response» [VGPR]) par rapport au schéma CyBorD seul. Une amélioration plus rapide de la fonction cardiaque et néphrologique a également été observée après six mois [17]. Ainsi, la combinaison de daratumumab et de CyBorD peut être considérée comme le nouveau traitement standard de première ligne de l'amylose AL systémique.

L'amylose trachéobronchique est un type d'amylose limitée à un ou plusieurs organes. Elle se caractérise par des plaques sous-muqueuses au niveau du larynx et de la trachée, le parenchyme pulmonaire étant épargné [18]. Elle n'est habituellement pas associée à une dyscrasie plasmocytaire [5]. Les personnes touchées deviennent généralement symptomatiques en raison de la présence d'une plaque sténosante dans la région des voies respiratoires centrales [19]. À la bronchoscopie, il y a des dépôts blanchâtres irréguliers qui sont

fragiles et peuvent saigner après la biopsie. Les manifestations cliniques varient en fonction de la localisation des plaques amyloïdes. Ainsi, une toux, une hémoptysie et une dyspnée peuvent survenir. Le rétrécissement des voies respiratoires peut se manifester par des sibilances ou un stridor et entraîner des atelectasies post-sténotiques et des pneumonies récidivantes. Un foyer rond sous-muqueux isolé peut éventuellement être pris à tort pour une néoplasie endobronchique. Le traitement dépend en premier lieu des symptômes causés par l'amylose trachéobronchique.

Lors de la clarification de foyers ronds ou de consolidations pulmonaires, de nombreux diagnostics différentiels entrent en ligne de compte, dont certains présentent des caractéristiques tomodynamiques typiques (cf. tab. S1 dans l'annexe joint à l'article en ligne).

Traitement et évolution

Notre patiente était atteinte d'une amylose pulmonaire avec des éléments cliniques principalement de type alvéolaire diffus (histologie avec atteinte par endroits des septa alvéolaires), mais l'imagerie montrait des nodules ainsi que des consolidations. En raison du gradient M de type IgG lambda mesurable à la sérologie, une amylose AL systémique de type lambda a été supposée, même s'il n'y avait pas de preuve claire dans la moelle osseuse d'une population plasmocytaire clonale comme site de production présumé de la chaîne légère amyloïdogène. Un traitement systémique de première ligne associant bortézomib, cyclophosphamide et dexaméthasone a donc été initié afin de freiner la progression des dépôts amyloïdes pulmonaires. Après deux mois de traitement, ni les analyses de laboratoire ni l'examen d'imagerie de suivi n'ont montré de réponse au traitement: le gradient M de type IgG lambda persistait (1,6 g/l), le rapport des chaînes légères libres était toujours normal et les infiltrats pulmonaires avaient plutôt progressé en taille. La patiente présentait une dyspnée d'effort croissante et, depuis peu, une toux non productive, ce qui suggérait globalement une progression de la composante alvéolaire diffuse de l'amylose pulmonaire. Le traitement a été modifié au profit du daratumumab, associé à la dexaméthasone. Après deux mois de traitement, une nette diminution du gradient M a été observée, ce dernier n'étant plus que de 0,2 g/l. Une amélioration de la toux et de la dyspnée n'était pas encore été

L'essentiel pour la pratique

- L'amylose pulmonaire est une maladie rare à laquelle il faut penser en présence d'une maladie de base suggestive. Elle constitue un diagnostic différentiel en présence de foyers ronds ou de consolidations pulmonaires le plus souvent multifocaux, éventuellement caverneux et surtout progressant en taille. Il ne s'agit pas toujours d'une tumeur maligne.
- Il est essentiel de faire la distinction entre une forme localisée (amylose nodulaire et trachéobronchique) et une forme systémique d'amylose AL, car le pronostic et les approches thérapeutiques diffèrent fondamentalement.
- Souvent, mais pas toujours, les manifestations nodulaires et trachéobronchiques sont l'expression d'une amylose localisée et les manifestations alvéolo-septales diffuses sont l'expression d'une amylose AL systémique.
- Le pronostic de la forme pulmonaire nodulaire est favorable, celui de la forme alvéolo-septale diffuse et de la forme trachéobronchique ne l'est pas.

constatée, mais une aggravation supplémentaire a pu être évitée.

Correspondance

Dr. med. Katharina Huss-Mischler
Onkologie und Hämatologie Zentrum
Spital Männedorf
Postfach
CH-8708 Männedorf
[k.huss\[at\]spitalmaennedorf.ch](mailto:k.huss[at]spitalmaennedorf.ch)

Ethics Statement

Un consentement éclairé écrit est disponible pour la publication.

Conflict of Interest Statement

RS déclare avoir reçu un soutien financier du «Center of Excellence» pour l'amylose de la part d'Alnylam et de SOBI au profit de son institution, ainsi que des paiements à l'institution pour des formations et des honoraires de conférencière de la part de Janssen, Alnylam, SOBI, Pfizer, Amgen et BMS, ainsi que des indemnités de déplacement pour l'ATTR Masterclass à Porto de la part de SOBI. Elle fait également partie du conseil consultatif d'Alnylam et de SOBI. KHM, JLK et JHR ont déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts potentiels.

Références

- 1 Quock TP, Yan T, Chang E, Guthrie S, Broder MS. Epidemiology of AL amyloidosis: a real-world study using US claims data. *Blood Adv.* 2018;2(10):1046-53.
- 2 Pepys MB. Amyloidosis. *Annu Rev Med.* 2006;57:223-41.
- 3 Vaxman I, Dispenzieri A, Muchtar E, Gertz M. New developments in diagnosis, risk assessment and management in systemic amyloidosis. *Blood Rev.* 2020;40:100636.
- 4 Mahmood S, Bridoux F, Venner CP, Sachchithanatham S, Gilbertson JA, Rowczenio D, et al. Natural history and outcomes in localised immunoglobulin light chain amyloidosis: a long-term observational study. *Lancet Haematol.* 2015;2(6):e241-50.

- 5 Milani P, Basset M, Russo F, Foli A, Palladini G, Merlini G. The lung in amyloidosis. *Eur Respir Rev.* 2017;26(145):170046.
- 6 Utz JP, Swensen SJ, Gertz MA. Pulmonary amyloidosis. The Mayo Clinic experience from 1980 to 1993. *Ann Intern Med.* 1996;124(4):407-13.
- 7 Zhang LN, Xue XY, Wang N, Wang JX. Mimicking pulmonary multiple metastatic tumors: a case of primary nodular parenchymal pulmonary amyloidosis with review of the literature. *Oncol Lett.* 2012;4(6):1366-70.
- 8 Lantuejoul S, Moulai N, Quetant S, Brichon PY, Brambilla C, Brambilla E, Ferretti GR. Unusual cystic presentation of pulmonary nodular amyloidosis associated with MALT-type lymphoma. *Eur Respir J.* 2007;30(3):589-92.
- 9 Grogg KL, Aubry MC, Vrana JA, Theis JD, Dogan A. Nodular pulmonary amyloidosis is characterized by localized immunoglobulin deposition and is frequently associated with an indolent B-cell lymphoproliferative disorder. *Am J Surg Pathol.* 2013;37(3):406-12.
- 10 Ohdama S, Akagawa S, Matsubara O, Yoshizawa Y. Primary diffuse alveolar septal amyloidosis with multiple cysts and calcification. *Eur Respir J.* 1996;9(7):1569-71.
- 11 Cordier JF, Loire R, Brune J. Amyloidosis of the lower respiratory tract. Clinical and pathologic features in a series of 21 patients. *Chest.* 1986;90(6):827-31.
- 12 Road JD, Jacques J, Sparling JR. Diffuse alveolar septal amyloidosis presenting with recurrent hemoptysis and medial dissection of pulmonary arteries. *Am Rev Respir Dis.* 1985;132(6):1368-70.
- 13 Palladini G, Dispenzieri A, Gertz MA, Kumar S, Wechalekar A, Hawkins PN, et al. New criteria for response to treatment in immunoglobulin light chain amyloidosis based on free light chain measurement and cardiac biomarkers: impact on survival outcomes. *J Clin Oncol.* 2012;30(36):4541-9.
- 14 Schwotzer R, Flammer A, Gerull S, Pabst T, Arosio P, Averaimo M, et al. Expert recommendation from the Swiss Amyloidosis Network (SAN) for systemic AL-amyloidosis. *Swiss Med Wkly.* 2020;150:w20364.
- 15 Roussel M, Merlini G, Chevret S, Arnulf B, Stoppa AM, Perrot A, et al. A prospective phase 2 trial of daratumumab in patients with previously treated systemic light-chain amyloidosis. *Blood.* 2020;135(18):1531-40.
- 16 Sancharawala V, Sarosiek S, Schulman A, Mistark M, Migre ME, Cruz R, et al. Safety, tolerability, and response rates of daratumumab in relapsed AL amyloidosis: results of a phase 2 study. *Blood.* 2020;135(18):1541-47.
- 17 Palladini G, Kastritis E, Maurer MS, Zonder J, Minnema MC, Wechalekar AD, et al. Daratumumab plus CyBorD for patients with newly diagnosed AL amyloidosis: safety run-in results of ANDROMEDA. *Blood.* 2020;136(1):71-80.
- 18 Wang Q, Chen H, Wang S. Laryngo-tracheobronchial amyloidosis: a case report and review of literature. *Int J Clin Exp Pathol.* 2014;7(10):7088-93.
- 19 O'Regan A, Fenlon HM, Beams JF Jr, Steele MP, Skinner M, Berk JL. Tracheobronchial amyloidosis. The Boston University experience from 1984 to 1999. *Medicine (Baltimore).* 2000;79(2):69-79.



Dr méd. Katharina Huss-Mischler
Onkologie und Hämatologie Zentrum,
Spital Männedorf, Männedorf



L'annexe en ligne est disponible sur: <https://smf.swiss-healthweb.ch/fr/article/doi/fms.2024.1174095777>.

Myorelaxation en cas de myasthénie grave

Ré-administration de rocuronium possible après inversion par sugammadex

Dr méd. univ. (AT) Nina Gründlinger^a; Margaux Eshaya-Chauvin^b, médecin diplômée; Dr méd. Isabel Marcolino^c

^a Institut für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Stadtspital Triemli, Zürich; ^b Institut für Anästhesiologie, Kantonsspital Winterthur, Winterthur; ^c Institut für Anästhesie und Intensivmedizin, Spital Limmattal, Schlieren

Contexte

Les myorelaxants facilitent l'intubation endotrachéale et améliorent les conditions opératoires. Le blocage de la transmission neuromusculaire est mesuré au moyen d'une stimulation supra-maximale du nerf ulnaire et de l'activation subséquente du muscle adducteur du pouce. Bien que l'accélérométrie actuellement disponible permette une surveillance neuromusculaire objective, celle-ci n'est pas suffisamment employée. Cela entraîne un risque de curarisation résiduelle post-opératoire, associée à une morbidité accrue [1]. La technique du train-de-quatre («train-of-four») par accélérométrie est la méthode de mesure standard utilisée durant l'opération. Elle permet de quantifier à la fois la contraction musculaire par stimulation («train-of-four count») et le rapport entre la quatrième et la première réponse musculaire («train-of-four ratio» [TOFR]).

Dans le contexte du bloc neuromusculaire résiduel, la myasthénie grave, maladie neuromusculaire présentant une sensibilité accrue aux myorelaxants non dépolarisants, représente un défi supplémentaire pour l'équipe d'anesthésie. En raison du nombre de cas globalement faible, la plupart des anesthésistes peuvent uniquement faire appel à leurs connaissances théoriques.

Présentation du cas Anamnèse

Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 34 ans (poids 55 kg, taille 156 cm, indice de masse corporelle 22,6 kg/m²) qui nous a été adressée pour une thymectomie électorale en présence de myasthénie grave généralisée.

Après manifestation initiale de la maladie accompagnée de difficultés récidivantes lors de

la marche, diplopie, troubles de la déglutition et dysarthrie, une consultation médicale a eu lieu pour la première fois deux ans plus tard. Après la pose du diagnostic et l'introduction

d'un traitement immunosuppresseur par prednisolone et azathioprine combinée à la pyridostigmine pour le traitement symptomatique, l'indication d'une thymectomie a été

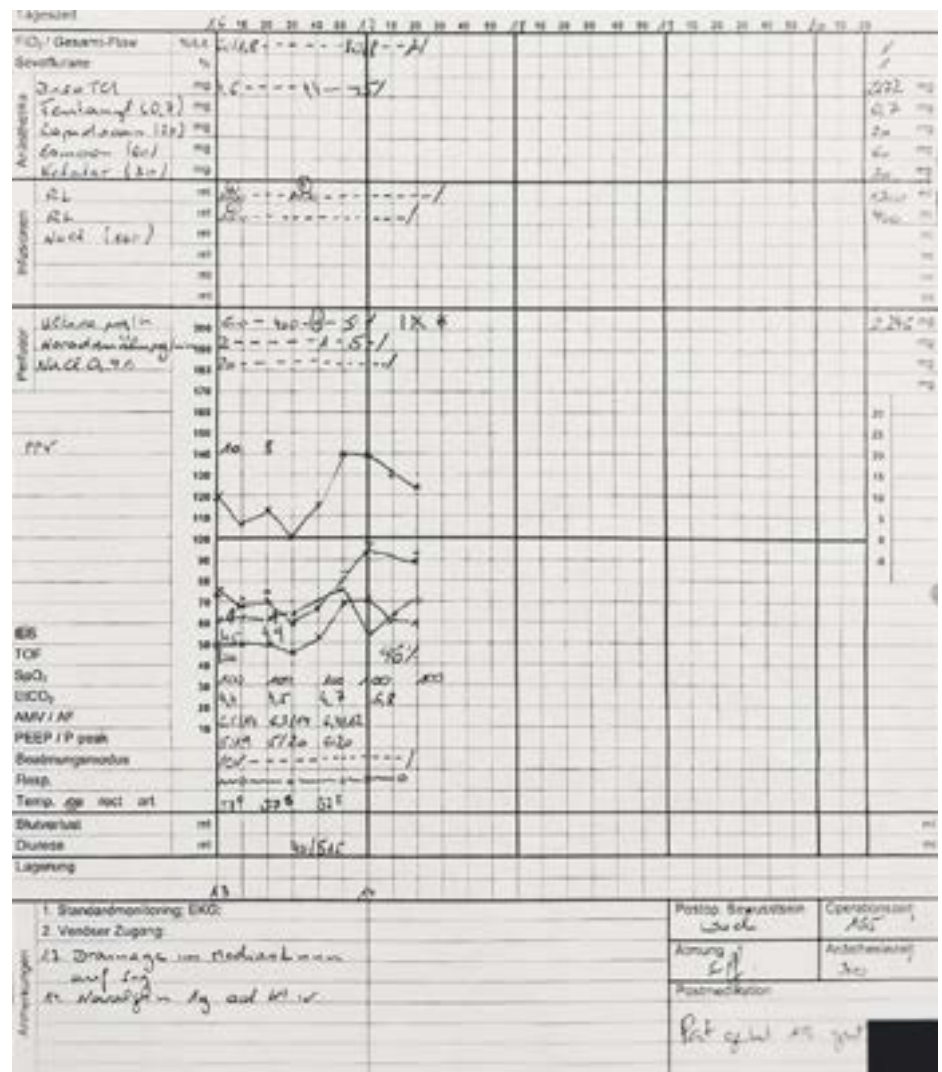


Figure 1: Protocole de la première anesthésie.

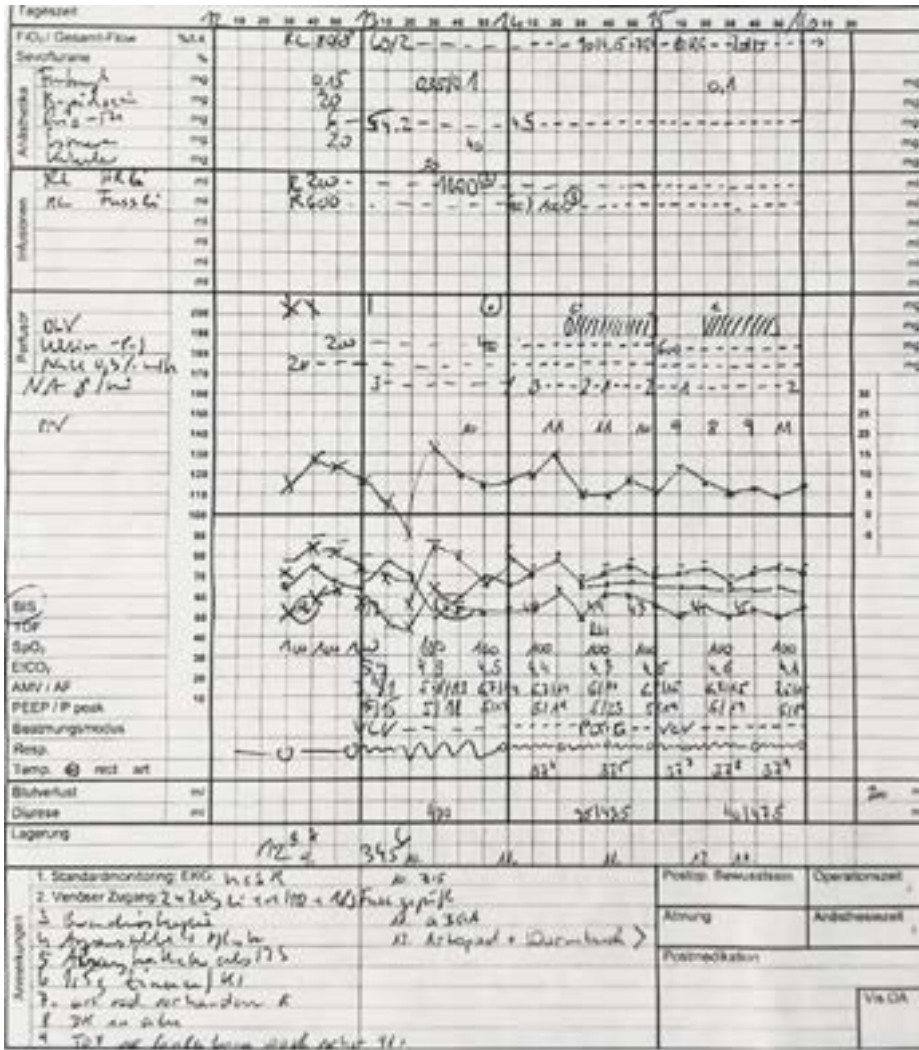


Figure 2: Protocole de la deuxième anesthésie.

rapidement établie. Dans le cas présent, nous décrivons la procédure péri-opératoire et les spécificités chez une patiente atteinte de myasthénie grave, en portant une attention particulière à la ré-administration d'un myorelaxant après inversion par sugammadex.

Traitement et évolution

Dix mois après le diagnostic initial, la patiente cliniquement exempte de symptômes est entrée à l'hôpital de manière élective pour une sternotomie et une thymectomie totale.

Le traitement médicamenteux de longue durée a été poursuivi le jour de l'opération. Il a été renoncé à une prémédication sédatrice compte tenu de la maladie sous-jacente. Une forme intraveineuse d'anesthésie a été choisie. Nous avons utilisé du propofol au moyen d'une «target-controlled infusion» (TCI, modèle selon Marsh) ainsi que du rémifentanyl en perfusion continue par pousse-seringue.

La mesure de la fonction neuromusculaire a été réalisée par accéléromyographie au niveau du muscle adducteur du pouce de la main gauche. La mesure de départ sur la patiente

sous sédatif et non relaxée a indiqué un TOFR de 91%. Sous contrôle single twitch (stimulations répétées à une force supra-maximale et une fréquence de 2 Hz), nous avons administré 20 mg de rocuronium (0,36 mg/kg), nous permettant d'intuber trois minutes plus tard en l'absence de réponse visible à la stimulation. En raison d'un chevauchement de ressources, l'opération n'a pas pu avoir lieu comme prévu, mais a dû être repoussée. Le bloc neuromusculaire a indiqué un TOFR de 63% durant la sortie de l'anesthésie (80 minutes après l'administration de rocuronium). Pour mettre fin à la relaxation, 200 mg de sugammadex (environ 3,6 mg/kg) ont été administrés. La durée jusqu'au rétablissement neuromusculaire complet a été d'environ deux minutes (TOFR au moment de l'extubation 95%). La sortie de l'anesthésie s'est déroulée sans problème (fig. 1).

La patiente a été transférée en salle de réveil post-opératoire pour poursuivre la surveillance. Finalement, l'intervention a pu être réalisée avec l'accord de la patiente et de toutes les disciplines impliquées 170 minutes après la première sortie de l'anesthésie (fig. 2).

Nous avons opté pour la même médication qu'auparavant, y compris le rocuronium au même dosage (275 minutes après la première administration). Sous un nouveau contrôle single twitch, il a été possible d'intuber au bout d'environ trois minutes en l'absence de réponse visible à la stimulation. Avant l'incision cutanée, 40 mg de rocuronium ont à nouveau été administrés en présence d'une évidence du retour d'une réponse à la stimulation au train de quatre (quatre contractions musculaires au «train of four count»). À la fin de l'intervention, 200 minutes après la dernière administration de rocuronium (dose totale: 60 mg), un TOFR de 96% est spontanément apparu. L'extubation a ainsi pu être réalisée sans autre inversion. La patiente a de nouveau été transférée en salle de réveil post-opératoire. Aucune complication post-opératoire n'est survenue.

Discussion

Le défi anesthésiologique du cas présent repose sur la nécessité répétée d'une myorelaxation malgré l'inversion préalable d'un bloc résiduel par sugammadex en présence d'une myasthénie grave.

La myasthénie grave, une maladie auto-immune avec relâchement de la musculature striée à l'effort, peut présenter un tableau clinique très variable. Outre les recommandations anesthésiologiques spécifiques, telles que renoncer à une prémédication orale par benzodiazépines, l'opération requiert l'application des principes généraux de l'anesthésie [2]. Il convient d'accorder une attention particulière à l'emploi de myorelaxants.

La difficulté résulte de la sensibilité variable, de la faiblesse musculaire préexistante et de l'interaction avec le traitement de longue durée [3]. Une réduction de la dose de relaxants a été recommandée par plusieurs parties [2, 4]. Sungur Ulke et al. ont fait état d'une administration initiale de 0,3 mg/kg de rocuronium pour l'intubation présentant des conditions majoritairement excellentes [4]. L'utilisation d'une surveillance neuromusculaire quantitative comme la référence, tant pour vérifier l'effet initial que pour détecter d'éventuels blocs résiduels, doit généralement être standard lors de l'emploi de myorelaxants [5]. La mesure du TOFR avant l'administration d'un myorelaxant doit principalement avoir lieu chez les patientes et patients atteints de myasthénie grave pour, d'une part, anticiper une éventuelle sensibilité accrue aux myorelaxants en présence d'une valeur de départ faible et, d'autre part, connaître le TOFR visé en phase post-opératoire [6].

Avec l'introduction en Europe du sugammadex (Bridion®) en 2008, une gamma-cyclo-

Le cas particulier

dextrose modifiée est désormais disponible pour encapsuler les myorelaxants aminostéroïdes, spécialement le rocuronium, dans le plasma. La possibilité de l'inversion d'un bloc résiduel indépendamment du moment d'administration a fondamentalement changé l'utilisation de ce groupe de substances [3, 7].

Lors de l'utilisation du sugammadex, des problèmes d'efficacité sont toutefois possibles et sont classés en deux catégories. La première catégorie désigne les blocs neuromusculaires résiduels pour lesquels le TOFR n'atteint jamais une valeur supérieure à 90% [3]. Fernandes et al. décrivent à ce sujet un échec de l'inversion malgré l'administration répétée de sugammadex (dose cumulative 7,27 mg/kg) chez un patient atteint de myasthénie grave. Une récupération du bloc n'a pu être obtenue qu'après administration de néostigmine [8].

La deuxième catégorie, une nouvelle survenue du bloc neuromusculaire après avoir atteint un TOFR $\geq 90\%$, est très rare. L'incidence est indiquée à 0,2% en cas de dosage correct. La dose doit être calculée selon le poids corporel réel, des dosages supérieurs à 2 mg/kg n'étant pas recommandés par le fabricant [3, 7].

Une étude réalisée en 2013 par Sungur Ulke et al. a décrit pour la première fois l'administration séquentielle de rocuronium-sugammadex comme étant également efficace chez les personnes atteintes de myasthénie grave en vue d'une thymectomie [4]. Depuis, l'association s'est avérée sûre et fiable [3].

L'action du sugammadex dans le plasma ne crée aucune interférence au niveau du récepteur de l'acétylcholine. Une médication de longue durée par des inhibiteurs de l'acétylcholinestérase n'est donc pas influencée et le risque d'une crise cholinergique est évité lors de l'utilisation de ce groupe de substances pour antagoniser un bloc résiduel [2].

Les conditions particulières du cas présent ont nécessité un nouveau bloc neuromusculaire seulement 195 minutes après l'inversion par sugammadex. Selon l'information spécialisée concernant Bridion®, la dose de rocuronium à administrer après un délai d'attente de quatre heures doit être de 0,6 mg/kg (valable après l'administration préalable de sugammadex jusqu'à 4 mg/kg) [7]. Il n'existe toutefois aucune recommandation posologique spéciale en présence de myasthénie grave. Mais ici aussi, le recours à une surveillance neuromusculaire quantitative peut permettre une approche structurée pour contrôler la profondeur du bloc [9]. Si une réintubation d'urgence est requise avec une nouvelle relaxation après l'emploi de sugammadex, par exemple en cas d'hémorragie secondaire, il convient d'avoir recours à un myorelaxant non stéroïdien avant la fin du délai d'attente préconisé pour le sugammadex.

Une approche interdisciplinaire concernant le moment optimal de l'intervention et la gestion des ressources péri-opératoires serait certainement souhaitable chez ce groupe de patients vulnérables. Rétrospectivement, cela aurait éventuellement pu éviter la surcharge liée à la deuxième procédure pour la patiente du cas présent.

L'essentiel pour la pratique

- Le recours à une surveillance neuromusculaire objective durant une anesthésie faisant appel à des myorelaxants, notamment en présence de myasthénie grave, permet de reconnaître et traiter rapidement les blocs résiduels, et est donc considéré comme une méthode standard dans l'évaluation des blocs résiduels.
- En cas de myasthénie grave, la dose de myorelaxants employée doit être administrée de manière titrée.
- Les connaissances scientifiques actuelles étayaient le recours à une administration séquentielle de rocuronium-sugammadex pour les personnes atteintes de myasthénie grave. Il convient néanmoins de vérifier le succès de l'inversion d'un bloc neuromusculaire résiduel.

Correspondance

Dr. med. univ. Nina Gründlinger
Institut für Anästhesiologie
Universitäts-Kinderspital Zürich
Eleonorenstiftung
Steinwiesstrasse 75
CH-8032 Zürich
[nina.gruendlinger\[at\]kispi.uzh.ch](mailto:nina.gruendlinger[at]kispi.uzh.ch)

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 Kirmeier E, Eriksson LJ, Lewald H, Jonsson Fagerlund M, Hoefft A, Hollmann M, Meistelman C, Hunter JM, Ulm K, Blobner M; POPULAR Contributors. Post-anaesthesia pulmonary complications after use of muscle relaxants (POPULAR): a multicentre, prospective observational study. *Lancet Respir Med*. 2019;7(2):129-40.
- 2 Blichfeldt-Lauridsen L, Hansen BD. Anesthesia and myasthenia gravis. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2012;56(1):17-22.
- 3 Schaller SJ, Lewald H. Clinical pharmacology and efficacy of sugammadex in the reversal of neuromuscular blockade. *Expert Opin Drug Metab Toxicol*. 2016;12(9):1097-108.
- 4 Sungur Ulke Z, Yavru A, Camci E, Ozkan B, Toker A, Senturk M. Rocuronium and sugammadex in patients with myasthenia gravis undergoing thymectomy. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2013;57(6):745-8.

5 Errando CL, Garutti I, Mazzinari G, Díaz-Cambronero Ó, Bebawy JF. Residual neuromuscular blockade in the postanesthesia care unit: observational cross-sectional study of a multicenter cohort. *Minerva Anesthesiol*. 2016;82(12):1267-77.

6 Fujimoto M, Terasaki S, Nishi M, Yamamoto T. Response to rocuronium and its determinants in patients with myasthenia gravis: a case-control study. *Eur J Anaesthesiol*. 2015;32(10):672-80.

7 European Medicines Agency [Internet]. Amsterdam: EMA; c1995-2021 [Abruf am 20.01.2021]. Bridion product information. Verfügbar unter: https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/bridion-epar-product-information_en.pdf.

8 Fernandes HDS, Ximenes JLS, Nunes DI, Ashmawi HA, Vieira JE. Failure of reversion of neuromuscular block with sugammadex in patient with myasthenia gravis: case report and brief review of literature. *BMC Anesthesiol*. 2019;19(1):160.

9 Prottengeier J, Weith T, Muenster T. Orphan diseases: impact for anesthesia practice. *Curr Opin Anaesthesiol*. 2015;28(6):691-6.



Dr méd. univ. (AT) Nina Gründlinger
Institut für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Stadtspital Triemli, Zürich

Diagnostic manqué

Un état de faiblesse avec des conséquences

Pascal Nyffenegger^{a*}, médecin diplômé; Paula Hauser^{b*}, médecin diplômée; Dr méd. Reinhard Imoberdorf^c; Dr méd. Cornelia Keller^d

Kantonsspital Winterthur, Winterthur: ^a Klinik für Gastroenterologie und Hepatologie; ^b Klinik für Pneumologie; ^c Zentrum für Allgemeine Innere Medizin; ^d Klinik für Endokrinologie und Diabetologie

* Co-premiers auteurs

Description du cas

Une patiente de 23 ans s'est présentée à notre service des urgences en raison d'une détérioration aiguë d'un état de faiblesse progressif depuis plusieurs mois, avec perte d'appétit, faiblesse musculaire progressive et perte de poids d'environ 15 kg sans vomissements ni diarrhée. Depuis peu, la patiente souffrait en plus de douleurs abdominales basses. La détérioration aiguë de l'état de faiblesse et les douleurs abdominales basses sont apparues après une vaccination de rappel contre le COVID-19 effectuée cinq jours avant l'admission à l'hôpital. La patiente souffrait d'un trouble de stress post-traumatique complexe depuis un grave harcèlement moral dans son enfance. Elle suivait un traitement psychologique depuis de nombreuses années et vivait dans un foyer pour jeunes adultes souffrant de troubles psychiques. Au regard des symptômes susmentionnés et suite à divers examens sans particularité, une curatelle de portée générale avait été prononcée par l'autorité de protection de l'enfant et de l'adulte (APEA) dans les semaines précédant la présentation aux urgences, dans le cadre de la maladie psychiatrique de base. La patiente a nié prendre des médicaments ou d'autres substances. Sur le plan clinique, elle était ralentie, avec des tremblements de tout le corps et une hypotension (pression artérielle minimale de 67/47 mm Hg) ainsi qu'une tachycardie. À la palpation abdominale, il y avait une douleur à la pression diffuse dans la partie inférieure de l'abdomen, sans péritonisme. De plus, la patiente présentait une peau pâle avec des hyperpigmentations au niveau d'anciennes cicatrices sur les bras.

Question 1

Quel examen paraclinique vous semble le plus approprié à ce stade?

- Gazométrie artérielle et électrocardiogramme
- Analyse de laboratoire des paramètres inflammatoires
- Dépistage de drogues dans l'urine
- Tomodensitométrie de l'abdomen
- Tous les examens mentionnés ci-dessus

Chez notre patiente de plus en plus instable sur le plan circulatoire, présentant une hypotension et une tachycardie, la gazométrie artérielle est rapidement disponible comme première étape diagnostique. Une hypoglycémie, une

hyponatrémie sévère et une hyperkaliémie ont été détectées. L'examen a en outre révélé une hypercalcémie et une légère acidose hyperchlorémique. En raison de la tachycardie et de la dysélectrolytémie, un électrocardiogramme (ECG) est certainement nécessaire en complément.

Dans les analyses de laboratoire supplémentaires, la parathormone (PTH) était adéquatement supprimée et la thyroïdostimuline (TSH) nettement augmentée, avec toutefois des valeurs thyroïdiennes périphériques normales. Une insuffisance rénale aiguë et un état inflammatoire étaient également présents. Les transaminases et les paramètres de cholestase n'étaient pas sensiblement élevés (tab. 1).

Tableau 1: Valeurs de laboratoire à l'admission

Paramètre de laboratoire	Valeur à l'admission (valeurs de référence)
Glucose	3,2 mmol/l (3,9–5,8)
Sodium	117 mmol/l (136–145)
Potassium	5,3 mmol/l (3,5–5,1)
Calcium corrigé	3,29 mmol/l (2,10–2,55)
Créatinine	173 µmol/l (50–98)
CRP	78 mg/l (<5)
TSH	21,7 mU/l (0,35–4,94)
ft4	9,8 pmol/l (9,0–19,1)
PTH	<4 ng/l (15–68)

CRP: protéine C réactive; ft4: thyroxine libre; PTH: parathormone; TSH: thyroïdostimuline.

Quel est votre diagnostic?

En raison des fortes douleurs diffuses dans la partie inférieure de l'abdomen avec douleur à la pression, d'une élévation de la protéine C réactive (CRP) et d'une instabilité circulatoire, une tomodensitométrie (TDM) de l'abdomen a été réalisée et n'a révélé aucune pathologie causale. La patiente a nié toute consommation de substances. Un dépistage de drogues dans l'urine n'a pas été effectué, mais fait certainement partie des examens du diagnostic différentiel.

Question 2

Quel est le diagnostic le plus probable?

- Insuffisance surrénalienne
- Hypothyroïdie
- Insulinome
- Effet indésirable aigu de la vaccination de rappel contre le COVID-19
- Sepsis dans le cadre d'une infection abdominale

Sur la base de l'anamnèse (détérioration progressive de l'état général sur plusieurs mois, perte d'appétit et de poids, douleurs abdominales diffuses), de l'état clinique (sommolence, hypotension, tachycardie, hyperpigmentation au niveau de cicatrices) et des analyses de laboratoire (hyperkaliémie, hyponatrémie et hypercalcémie indépendante de la PTH), le diagnostic le plus probable est celui d'une insuffisance surrénalienne (IS) avec crise addisonienne. En cas d'insulinome, il y a uniquement une hypoglycémie, mais pas les autres troubles électrolytiques. Une hypothyroïdie subclinique n'explique pas l'ampleur des symptômes, notamment la tachycardie et la perte de poids. Un effet indésirable direct de la vaccination de rappel contre le COVID-19 avec une instabilité hémodynamique et une dysélectrolytémie très sévère après cinq jours semble peu plausible. Face à une TDM normale, une absence de foyer infectieux et des troubles présents depuis un certain temps, un sepsis est peu probable.

Question 3

Quel est le marqueur de laboratoire que vous déterminez ensuite?

- Cortisol
- Adrénocorticotrophine (ACTH)
- Aldostérone/rénine
- Anticorps anti-21-hydroxylase
- Anticorps anti-thyroperoxydase (TPO)

La valeur suivante à déterminer est celle du cortisol, qui, comme il fallait s'y attendre, n'était pas détectable. Pour différencier l'IS primaire de l'IS secondaire, il faut ensuite déterminer l'ACTH et l'aldostérone/rénine. La concentration d'ACTH était massivement augmentée et l'aldostérone n'était pas mesurable; il s'agissait donc d'une IS primaire (tab. 2).

Dans 80-90% des cas, la maladie d'Addison est due à une surrénalite auto-immune. Pour le vérifier, il convient de déterminer les anticorps anti-21-hydroxylase. Ceux-ci étaient aussi clairement élevés, ce qui a permis de confirmer le diagnostic d'IS primaire auto-immune. Les anticorps anti-TPO peuvent être utiles dans le diagnostic différentiel des troubles de la fonction thyroïdienne.

Traitement

Question 4

Comment poursuivriez-vous le traitement après une stabilisation initiale par réplétion volémique?

- Prednisolone 1000 mg en traitement de choc intraveineux
- Hydrocortisone 20 mg par voie orale
- Hydrocortisone 100-200 mg par voie intraveineuse
- Hydrocortisone 20 mg par voie orale et lévothyroxine par voie orale
- Hydrocortisone 100 mg par voie intraveineuse et lévothyroxine par voie orale

En cas de crise addisonienne, la priorité est d'assurer une stabilisation initiale par réplétion volémique et, si nécessaire, catécholamines, avec ensuite une substitution rapide par cortisol à dose d'attaque. Un traitement par prednisolone intraveineuse à dose élevée est typiquement réservé aux inflammations sévères aiguës relevant en premier lieu de la sphère neurologique (sclérose en plaques) ou rhumatologique. En cas d'IS primaire, même si une surrénalite en est la cause, il ne s'agit pas de traiter l'inflammation, mais de substituer le cortisol vital.

L'hydrocortisone par voie orale est le traitement à long terme par excellence en cas d'IS d'évolution stable. Des doses journalières de 10-30 mg sont habituellement nécessaires. En cas de crise addisonienne potentiellement fatale, l'administration intraveineuse d'hydrocortisone à dose élevée est indiquée. Nous avons traité notre patiente avec un bolus initial de 100 mg par voie intraveineuse, suivi d'une perfusion continue de 100 mg sur 24 heures.

Même si la TSH était très élevée, nous l'avons interprétée dans le cadre d'une désinhibition de la TSH due au déficit en cortisol et nous n'avons pas initié de traitement pour une possible hypothyroïdie.

Pronostic

Question 5

Quelle affirmation concernant le pronostic chez notre patiente n'est pas correcte?

- Il existe un risque accru de complications en cas d'infections.
- Il existe un risque accru d'autres maladies auto-immunes.
- Après le traitement de la surrénalite, une guérison complète est obtenue.
- Un traitement à vie est nécessaire.
- La maladie psychiatrique est indépendante de l'insuffisance surrénalienne.

Tant qu'une IS persiste, toute situation de stress implique un risque de nouvelle crise addisonienne en raison des besoins accrus en cortisol. Cela inclut notamment des infections banales. Les patientes et patients avec surrénalite auto-immune ont un risque accru de développer d'autres maladies auto-immunes telles que thyropathies auto-immunes, anémie pernicieuse ou diabète de type 1 [1]. La surrénalite auto-immune peut aussi faire partie d'un syndrome polyglandulaire auto-immun.

L'objectif thérapeutique en cas d'IS primaire est de prévenir les symptômes de carence par une substitution en hydrocortisone. La destruction de la glande surrénale par l'inflammation est irréversible, de sorte qu'un traitement à vie est généralement indiqué.

La maladie psychiatrique de base de notre patiente est apparue de nombreuses années avant l'IS. Nous supposons donc qu'il s'agit de deux maladies indépendantes l'une de l'autre. Il est cependant connu qu'en particulier les symptômes psychotiques peuvent s'exacerber sous corticothérapie à dose élevée, comme cela a été observé chez notre patiente dont les idées délirantes se sont nettement accentuées sous hydrocortisone intraveineuse.

Tableau 2: Valeurs de laboratoire supplémentaires à l'admission

Paramètre de laboratoire	Valeur à l'admission (valeurs de référence)
Cortisol	<22 nmol/l, non mesurable
Adrénocorticotrophine (ACTH)	1998 ng/l (<61 ng/l)
Aldostérone	<19 nmol/l, non mesurable
Anticorps anti-21-hydroxylase	34,2 U/ml (<0,4 U/ml)

Discussion

Une IS est souvent recherchée en présence de divers symptômes diffus. Outre la fatigue générale, les véritables symptômes cardinaux d'une IS sont notamment une perte de poids et d'appétit prononcée [2-4]. Notre patiente présentait un tableau complet d'IS primaire invalidante d'origine auto-immune. En raison de la corrélation temporelle, il semble possible que la vaccination de rappel contre le COVID-19 ait entraîné une activation du système immunitaire et donc une exacerbation de l'inflammation surrénalienne auto-immune préexistante. La crise addisonienne manifeste a finalement permis de poser le diagnostic d'IS primaire auto-immune.

En raison des antécédents psychiatriques de longue date, il était logique de supposer que l'aggravation de l'état de la patiente au cours des six mois précédant l'hospitalisation était également d'origine psychiatrique. Lors de l'examen psychiatrique spécialisé, cette thèse a été étayée par le diagnostic supplémentaire d'un trouble borderline et schizo-affectif, de sorte qu'une IS n'a pas été recherchée ni trouvée malgré un examen somatique approfondi. Dans ce contexte, la décision de l'APEA de placement sous curatelle de portée générale est compréhensible.

Rétrospectivement, il apparaît que la plupart des symptômes observés au cours des six mois précédant l'hospitalisation s'expliquaient par l'IS primaire et ont régressé après l'instauration d'une substitution par glucocorticoïdes et minéralocorticoïdes. Les valeurs thyroïdiennes se sont normalisées après le début de la substitution stéroïdienne. Lors du suivi ambulatoire, la fatigue et le manque d'entrain ont persisté, ce que nous considérons comme étant dû à la maladie psychiatrique.

Réponses

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

Correspondance

Pascal Nyffenegger
Klinik für Gastroenterologie und Hepatologie
Kantonsspital Winterthur
Braucherstrasse 15, Postfach
CH-8401 Winterthur
pascal.nyffenegger[at]ksw.ch

Ethics Statement

Un consentement éclairé écrit est disponible pour la publication.

Conflict of Interest Statement

CK a déclaré avoir reçu des honoraires pour des conférences ou des formations, des indemnités de déplacement, du matériel ou des services de Novo Nordisk, Lilly et Merck Sharp & Dohme (MSD), ainsi que du matériel ou des services d'AstraZeneca. PN, PH et RI ont déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts potentiels.

Références

- 1 Zelissen PM, Bast EJ, Croughs RJ. Associated autoimmunity in Addison's disease. *J Autoimmun.* 1995;8(1):121-30.
- 2 Bancos I, Hahner S, Tomlinson J, Arlt W. Diagnosis and management of adrenal insufficiency. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2015;3(3):216-26.
- 3 Erichsen MM, Lovås K, Skinningsrud B, Wolff AB, Undlien DE, Svartberg J, et al. Clinical, immunological, and genetic features of autoimmune primary adrenal insufficiency: observations from a Norwegian registry. *J Clin Endocrinol Metab.* 2009;94(12):4882-90.
- 4 Mitchell AL, Pearce SH. Autoimmune Addison disease: pathophysiology and genetic complexity. *Nat Rev Endocrinol.* 2012;8(5):306-16.



Pascal Nyffenegger, médecin diplômé
Klinik für Gastroenterologie und Hepatologie, Kantonsspital Winterthur, Winterthur



Paula Hauser, médecin diplômée
Klinik für Pneumologie, Kantonsspital Winterthur, Winterthur

OFFRES ET DEMANDES D'EMPLOI

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

Insertionen

Inseratenannahme

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

Insertionspreise exkl. MWST

Platin Package: 2 x 1/1 Seite/page = CHF 6895.-

- 2 x 1/1 Seite (gleiches Inserat), 186 x 256 mm
max. 6110 Zeichen inkl. Leerzeichen, Laufzeit online: 60 Tage

Gold Package: 1/2 Seite/page = CHF 3375.-

- 1/2 Seite hoch, 88 x 256 mm
max. 3000 Zeichen inkl. Leerzeichen, Laufzeit online: 30 Tage
- 1/2 Seite quer, 186 x 126 mm
max. 2730 Zeichen inkl. Leerzeichen, Laufzeit online: 30 Tage

Silver Package: 3/8 Seite/page = CHF 2780.-

- 3/8 Seite, 88 x 190 mm
max. 2100 Zeichen inkl. Leerzeichen, Laufzeit online: 30 Tage

Bronze Package: 1/4 Seite/page = CHF 1795.-

- 1/4 Seite hoch, 88 x 126 mm
max. 1260 Zeichen inkl. Leerzeichen, Laufzeit online: 30 Tage
- 1/4 Seite quer, 186 x 62 mm
max. 1170 Zeichen inkl. Leerzeichen, Laufzeit online: 30 Tage

Alle Preise zuzüglich 8,1% MWST.

Annahmeschluss: 14 Tage vor Erscheinen

Mediadaten: www.saez.ch/stellenmarkt

Tous les prix avec 8,1% TVA en sus.

Dernier délai: 14 jours avant parution



Die Verbesserung der Krebsbehandlung der Schweizer Bevölkerung ist das Ziel der SAKK. Seit 1965 sind wir das nationale Netzwerk für klinische Krebsforschung und primäre Ansprechpartnerin für Behörden, Verbände und pharmazeutische Unternehmen in der Schweiz. Im Berner Kompetenzzentrum unserer Non-Profit Organisation arbeiten rund 70 Mitarbeitende zusammen mit einem Netzwerk aller wichtigen onkologischen Kliniken.

Als Nachfolge des heutigen Stelleninhabers suchen wir nach Vereinbarung eine*n

CEO SAKK (m/w)

Ihre Aufgaben

Im Auftrag des Vorstandes leiten Sie personell, fachlich und finanziell die Geschäfte der SAKK. Sie sorgen für eine qualitativ hochstehende und wirtschaftliche Leistungserbringung mittels funktionstüchtiger Strukturen und Prozesse. Sie sind zuständig für die Weiterentwicklung der Bereiche Planung, Controlling, Reporting und Kommunikation und etablieren eine motivierende und integrative Führungs- und Unternehmenskultur. In Absprache und Kooperation mit dem Präsidenten der SAKK tragen Sie wesentlich zur Pflege und Stärkung des Kooperationsnetzwerkes bei.

Ihr Profil

Sie haben Führungserfahrung in Expertenorganisationen und kennen das schweizerische Gesundheitswesen. Sie besitzen ein hohes Verständnis für betriebswirtschaftliche und finanzielle Zusammenhänge und haben Erfahrung in den Bereichen Unternehmens- und Organisationsentwicklung. Sie sind vertraut mit Öffentlichkeitsarbeit und können Netzwerke weiterentwickeln. Dank Ihrer hohen Sozialkompetenz verfügen Sie über eine ausgezeichnete Kommunikationsfähigkeit, können gut repräsentieren und haben viel Verhandlungsgeschick. Ein Hochschulabschluss sowie sehr gute Sprachkenntnisse in Deutsch und Englisch vervollständigen Ihr Profil.

Unser Angebot

Als CEO der bedeutendsten Schweizer Organisation für klinische Krebsforschung übernehmen Sie die operative Gesamtverantwortung und eine vielseitige Führungsaufgabe. Sie tragen essenziell zur strategischen Weiterentwicklung und zum Ausbau der SAKK bei. Sie sind am Puls der neuesten Entwicklungen der Krebsforschung und haben direkten Kontakt zu den wichtigsten wissenschaftlichen, politischen und wirtschaftlichen Entscheidungsträgern. Es erwartet Sie ein Team mit hervorragender Fachkompetenz und ein schweizweites Netzwerk. Die SAKK bietet attraktive Anstellungsbedingungen und einen Arbeitsort inmitten der Bundeshauptstadt Bern, 5 Minuten vom Hauptbahnhof entfernt.

Bewerbungen nehmen wir gern via job@sakk.ch entgegen. Für Rückfragen steht Ihnen der Präsident der SAKK, Prof. Miklos Pless, unter der E-Mail-Adresse miklos.pless@sakk.ch zur Verfügung.



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

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



Fondation Suisse
de Cardiologie



Ente Ospedaliero Cantonale



The Ente Ospedaliero Cantonale (EOC) and the University of Italian Switzerland (USI)
are seeking applications for the position of

Head of the Division of Gastroenterology and Hepatology at the Regional Hospital of Lugano Full Professor of Gastroenterology and Hepatology at the Università della Svizzera Italiana

The successful applicant will hold the positions of:

- Head, Division of Gastroenterology and Hepatology at the Regional Hospital of Lugano
- Medical Director of the future EOC Division of Gastroenterology and Hepatology
- Full Professor of Gastroenterology and Hepatology at the Faculty of Biomedicine of the University of Lugano in Switzerland, Institute of Human Medicine, responsible for organizing the theoretical and clinical teaching of gastroenterology and hepatology as part of the training programs in human medicine.

Essential criteria

The candidate must have:

- postgraduate qualification in gastroenterology in accordance with Art. 20 and 21 of the Federal Law on University Medical Professions (LPMed). For foreign qualifications, Mebeko recognition is required before starting work at the EOC;
- established experience in gastroenterology with expertise in diagnostic endoscopy, acquired at least in a leading role at a university or cantonal hospital or equivalent foreign institution;
- academic qualification to teach gastroenterology at a Swiss or foreign university;
- solid and proven experience in the clinical and managerial running of a hospital service;
- expertise in the clinical management of endoscopy rooms, outpatient clinics and ward patients;
- ability to manage quality and clinical governance programs for the Service's medical staff;
- willingness to collaborate with a proven team of physicians active in the various fields of gastroenterology and hepatology, both at the Lugano site and at the other EOC sites, in order to continue its development and maintain its clinical excellence;
- willingness to maintain and develop a culture of continuous improvement and optimization of patient value;
- Experience and willingness to promote multidisciplinary/interprofessional clinical collaboration (e.g. tumour boards);
- experience in actively promoting, contributing to and supporting the achievement of the objectives of the hospital as a whole;
- willingness to continue and strengthen collaboration with local doctors;
- commitment to develop training and research activities that foster the academic progression of staff members, ensuring continuity with the activities already developed;
- evidence of academic teaching, the development of basic and continuing education in gastroenterology and hepatology and a keen interest in scientific research;
- solid and proven experience in conducting a research program (clinical, translational and/or fundamental) and obtaining funds for research projects;
- willingness to collaborate with members of the Faculty of Biomedical Sciences of the Università della Svizzera Italiana (USI) in the definition and implementation of study paths and the development of research within the Faculty;
- interest and motivation to promote projects and positions related to the concept of equal opportunities;
- adequate knowledge of Italian, English and ideally one other national language.

The successful applicant will be offered

- the opportunity to join a solid and experienced staff;
- the role of head of the Division of Gastroenterology and Hepatology at the Regional Hospital of Lugano, and the future role of director of the EOC Division of Gastroenterology and Hepatology;
- involvement in the board of directors of the EOC Department of Medicine;
- involvement as full professor in a new and dynamic Faculty of Biomedicine;
- active participation in the realization of the Master in Human Medicine of the USI Faculty of Biomedicine.

The starting date is 1st January 2025, subject to negotiation.

The conditions of appointment are outlined in the recruitment policy for EOC staff and physicians and, for the academic part, in the Terms of Reference and Regulations on the general working conditions of academic staff at USI.

USI and EOC aspire to be an exemplary university and employer, ensuring equal opportunities in recruitment, development, retention and promotion of staff, and that no-one is disadvantaged on the basis of their gender, cultural background, disability, sexual orientation or identity. We encourage everyone who meets the selection criteria to apply.

Applications, in electronic format, complete with curriculum vitae and copies of study and work certificates, must be uploaded on the dedicated platform, at the following address: <http://www.eoc.ch/Offerte-lavoro.html> by **17.04.2024**. Incomplete applications, received at other addresses, in paper format or after the deadline, will not be accepted.

For further information, please contact:

Clinical matters:

Prof. Dr. med. Paolo Ferrari, Chief Medical Officer – Direzione generale, Ente Ospedaliero Cantonale (paolo.ferrari@eoc.ch – Phone +41 91 811 13 14).

Academic matters:

Prof. Dr. med. Giovanni Pedrazzini, Dean, Faculty of Biomedicine, Università della Svizzera Italiana (giovanni.pedrazzini@usi.ch – Phone +41 58 666 49 00).

Bellinzona / Lugano, 20 March 2024

The procedure in question is not subject to any means of appeal and/or remedy in law, since the contract to be concluded with the successful bidder is based on private law.

www.claraspital.ch

stClaraspital

In besten Händen.

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

Per 1. Juni 2025 oder nach Vereinbarung suchen wir eine/n

Chefärztin / Chefarzt Allgemeine Innere Medizin 100 %

für die Leitung der Abteilung Allgemeine Innere Medizin, Endokrinologie und Ernährungszentrum

Die Medizinische Klinik führt die Abteilungen Allgemeine Innere Medizin, Endokrinologie mit Ernährungszentrum, Kardiologie, Pneumologie und das Tumorzentrum mit den jeweiligen Bettenstationen. Das Team der Allgemeinen Inneren Medizin ist auf die Behandlung komplexer internistischer Krankheitsbilder spezialisiert und wird durch Spezialisten der Allgemeinen Inneren Medizin, sowie der Endokrinologie, Infektiologie und Nephrologie gebildet. Im Ernährungszentrum steht die interdisziplinäre Behandlung von Adipositas, Endokrinopathien und Ernährungsstörungen im Mittelpunkt.

Ihre Aufgaben

- fachliche und organisatorische Leitung der Abteilung Allgemeine Innere Medizin (AIM) mit den Teams AIM, Infektiologie, Endokrinologie und Stoffwechszentrum
- kompetente Abklärung, Behandlung und Weiterleitung von ambulanten und stationären Patientinnen und Patienten
- Weiterentwicklung der Abteilung AIM bezüglich Prozesse und Strukturen gemäss der Strategie und den Zielsetzungen des Claraspitals
- Führung des Ernährungszentrums (inkl. Ernährungs- und Diabetesberatung)
- Mitverantwortung in der Weiterbildung AIM

Ihr Profil

- Facharzt für Allgemeine Innere Medizin
- Spezialisierung in Endokrinologie und/oder Ernährungsmedizin
- breite klinische Erfahrung in den Fachgebieten der AIM
- Habilitation ist erwünscht
- führungsstarke, lösungsorientierte und integrative Persönlichkeit
- menschlich-patientenzentrierte, dienstleistungsorientierte, kommunikative Arbeitsweise

Unser Angebot

- eine verantwortungsvolle Position mit einem vielseitigen und anspruchsvollen Aufgabengebiet in einem zertifizierten, innovativen Privatspital
- universitäres Forschungs- und Lehrkrankenhaus mit Spitzenmedizin und exzellenter Pflege
- Zugang zu neuesten medizinischen Technologien und Möglichkeit zur klinischen Forschung
- vielfältige interne und externe Weiterbildungsmöglichkeiten

Weitere Auskünfte erteilt Ihnen gerne Herr Prof. Dr. med. Dieter Köberle, Leiter Medizinische Klinik, T +41 61 685 84 75.

Fühlen Sie sich angesprochen, dann freuen wir uns auf Ihre Online-Bewerbung bis zum **3. Mai 2024**.



RÉSEAU FRIBOURGEOIS
DE SANTÉ MENTALE
FREIBURGER NETZWERK
FÜR PSYCHISCHE GESUNDHEIT

Le Secteur de psychiatrie et de psychothérapie pour enfants et adolescents du Réseau fribourgeois de santé mentale (RFSM) assure l'évaluation diagnostique et le traitement d'enfants et d'adolescents fragilisés ou atteints dans leur santé mentale dans le canton de Fribourg.

Notre dispositif englobe des services ambulatoires régionaux, un service de consultation-liaison, une unité mobile et une offre hospitalière. En même temps, nous travaillons en étroite collaboration avec les partenaires du réseau des disciplines voisines ainsi qu'avec l'Université de Fribourg.

A la suite du départ de l'un des trois Médecins adjoints en fonction, nous mettons au concours, pour une entrée au **1^{er} août 2024 ou à convenir**, un poste de

Médecin directeur-e adjoint-e (80% ou 100%)

du secteur de psychiatrie et psychothérapie pour enfants et adolescents

Vos rôles comme médecin directeur-e adjoint-e:

- ✓ Vous menez à bien certains mandats et projets cliniques, de gestion ou de représentation interne ou externe, délégués par la direction médicale du secteur à laquelle vous faites régulièrement et loyalement rapport;
- ✓ Vous vous engagez au développement de toute l'Institution en prônant le décloisonnement des disciplines;
- ✓ Grâce à vos compétences et votre personnalité convaincante, vous savez donner vie, cohérence et sens aux missions reçues et transmettez les directives nécessaires;
- ✓ Vous assumez la responsabilité de missions transversales dans le secteur de la pédopsychiatrie ou dans le réseau et collaborez de manière positive avec les autres corps professionnels;
- ✓ Vous assumez la direction médicale lors d'absences du titulaire;
- ✓ Vous restez responsable d'un pôle clinique à définir.

Les exigences:

- ✓ Titulaire d'un diplôme de spécialiste en psychiatrie et psychothérapie pour enfants et adolescents avec plusieurs années de pratique clinique en tant que médecin cadre;
- ✓ Volonté de vous inscrire positivement dans le fonctionnement du réseau, d'en respecter les valeurs et de promouvoir le travail réellement pluridisciplinaire;
- ✓ Une formation en gestion constituera un atout;
- ✓ Maîtrise du français ou de l'allemand avec de bonnes connaissances de la langue partenaire.

Des renseignements peuvent être obtenus auprès de M. Dr Laurent Holzer, médecin directeur, au 026 308 09 20, laurent.holzer@rfsm.ch

Merci d'envoyer votre dossier de candidature complet par le biais du lien: <https://jobs.fr.ch> (job 7596) **jusqu'au 30 avril 2024**

188494-13-14



PRIVATKLINIK VILLACH
EINE HUMANOMED KLINIK



Die Privatlinik Villach ist Teil der Humanomed Gruppe und arbeitet seit 35 Jahren unter dem Leitmotiv: **Gemeinsam aktiv für unsere Patient:innen.**

188859-13-14

Wir suchen ab sofort eine

Ärztliche Leitung (m/w/d)

Ihre Aufgaben

- Neben Ihrer Tätigkeit als Ärztliche Leitung behandeln und betreuen Sie Ihre Patient:innen in Ihrer Privator-dination sowie in der Privatlinik
- Medizinische Verantwortung für die Privatlinik Villach in enger Zusammenarbeit mit der Pflegedienstleitung und Verwaltungsleitung im Rahmen der kollegialen Führung
- Führung und Leitung des medizinischen Bereichs in fachlicher, organisatorischer und ökonomischer Sicht
- Strategische Weiterentwicklung des medizinischen Angebotes in Abstimmung mit der Geschäftsführung

Ihr Profil

- Abgeschlossene Ausbildung zum:zur Facharzt:ärztin
- Mehrjährige Berufserfahrung, vorzugsweise in leitender Funktion (Primarärztin:Primararzt, stationsleitende Oberärztin:Oberarzt) sowie Zusatzausbildung im Management von Vorteil
- Wertschätzender Umgang mit Patient:innen sowie Mitarbeiter:innen
- Führungspersönlichkeit mit analytischen Fähigkeiten, Entscheidungs- und Umsetzungsstärke

Wir bieten

- Abwechslungsreiche Tätigkeit mit Gestaltungsmöglichkeiten in einer der modernsten Privatkliniken Österreichs
- Fachlicher und sozialer Austausch in einem engagierten, interdisziplinären Team
- Möglichkeit zum Führen einer Privator-dination
- Über Ihr Einkommen sprechen wir gerne persönlich mit Ihnen

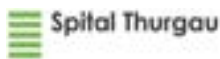
Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung bis 29.04.2024:

Mag. Ulrike Kocher-Preiss, Geschäftsführung
Humanomed Consult GmbH, Jesserniggstraße 9,
9020 Klagenfurt, Österreich

E: ulrike.koscher@humanomed.at

karriere.humanomed.at





Die **Kantonsspitäler Frauenfeld & Münsterlingen** gehören zur Spital Thurgau AG, einer Tochtergesellschaft der thur-med Gruppe. Unsere Akutspitäler versorgen jährlich rund 32000 stationäre Patientinnen und Patienten und bieten ein umfassendes Leistungsangebot in einer hochwertigen Infrastruktur. Die Spital Thurgau ist **eine der grössten und erfolgreichsten Spitalgruppen der Schweiz**.

Für die Medizinische Klinik am Kantonsspital Frauenfeld suchen wir **per 1. August 2024** oder nach Vereinbarung eine/n

Ärztliche Leiterin / Ärztlichen Leiter Kardiologie (80 – 100%)

Die Kardiologie am Kantonsspital Frauenfeld (FMH-Weiterbildungskategorie C) umfasst ein Katheterlabor sowie eine breite nicht-invasive Kardiologie.

Ihre Aufgaben

- Leitung der Kardiologie am Kantonsspital Frauenfeld, Supervision der kardiologischen Kaderärzte/innen
- Aktive Mitarbeit an der zukunftsgerichteten Weiterentwicklung der Kardiologie in der Spital Thurgau AG
- Engagement für Teaching im Team Kardiologie und der Medizinischen Klinik
- Eigene breite klinische kardiologische Tätigkeit, nach Möglichkeit auch interventionell

Sie bringen mit

- Eidgenössischer oder in der Schweiz anerkannter Facharzttitel sowie mehrjährige klinische Erfahrung in Kardiologie, Facharzttitel Allgemeine Innere Medizin wünschenswert
- Selbständige interventionelle Tätigkeit wünschenswert
- Freude an Führungsaufgaben und Verantwortungsübernahme
- Kommunikative, integrative, konsens- und lösungsorientierte Persönlichkeit

Darauf dürfen Sie sich freuen

- Vielseitige und abwechslungsreiche Tätigkeit mit einem sehr breiten Patientengut
- Ausgezeichnete, moderne Infrastruktur
- Grosser Gestaltungsspielraum
- Fortschrittliche Anstellungsbedingungen und viele Benefits für Mitarbeitende

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an Prof. Dr. med. Andreas Kistler, Chefarzt Medizinische Klinik Kantonsspital Frauenfeld (andreas.kistler@stgag.ch / 058 144 72 50).

Ihre Bewerbung reichen Sie bitte bis zum 30. April 2024 online ein unter: www.stgag.ch/jobs/

188588-13-14



Das Spital Linth ist ein mittelgrosses Regionalspital im landschaftlich reizvollen Linthgebiet am oberen Zürichsee. Zur Ergänzung des Ärzteteams der Frauenklinik suchen wir nach Vereinbarung eine/n

Oberärztin/-arzt Frauenklinik

Arbeitspensum 80–100%

Ihre Aufgaben und Perspektiven

- Sicherstellen des Betriebes sowie des ambulanten Dienstes in der Abteilung Gynäkologie und Geburtshilfe
- Fachgerechte Betreuung und Behandlung der Patientinnen
- Beteiligung an der Aus- und Weiterbildung der Assistenzärztinnen/-ärzte sowie fachliche Zusammenarbeit im kantonalen Spitalverbund

Was Sie für diese Stelle mitbringen

- Abgeschlossene Facharztausbildung im Bereich Gynäkologie
- Teamfähige und verantwortungsbewusste Persönlichkeit mit hohem Mass an Sozialkompetenz

Unser Angebot an Sie

- Möglichkeit zur Weiterentwicklung zur/zum Oberärztin/-arzt mbF
- Abwechslungsreiche Herausforderungen in einem dynamischen Arbeitsumfeld und in einem motivierten und kollegialen Team
- Verantwortungsvolle Tätigkeit, ein vielseitiges Aufgabengebiet und Gestaltungsmöglichkeiten, um Ihre Ideen einzubringen

Auskunft: Dr. med. Stefanie Huggle, Chefarztin Frauenklinik,
Telefon 055 285 50 38

Bewerbung an: bewerbung@spital-linth.ch, Betreff «OA Frauenklinik»

Weitere Informationen finden Sie unter www.spital-linth.ch


187685-13-14


Jetzt spenden!

«Von einem Tag auf den anderen liessen mich meine Beine im Stich»

Die Schweizerische Multiple Sklerose Gesellschaft unterstützt Menschen, die von MS betroffen sind. Helfen auch Sie: www.multiplesklerose.ch

damit es besser wird **MS** Schweizerische Multiple Sklerose Gesellschaft



HIRSLANDEN 
KLINIK LINDE - CLINIQUE DES TILLEULS
CENTRE D'ANESTHÉSIE

Le Centre d'anesthésie des Tilleuls est un groupe autonome de médecins anesthésistes qui couvre l'ensemble des activités anesthésiologiques pour la Hirslanden Clinique des Tilleuls, en tant que partenaire exclusif.

La Clinique des Tilleuls offre d'excellentes prestations pour la région de Bienne. Les 7 000 opérations pratiquées chaque année concernent la chirurgie viscérale et vasculaire, la bariatrie, l'orthopédie, la chirurgie de la main et la chirurgie plastique, la gynécologie et l'obstétrique, l'urologie, l'ophtalmologie, l'ORL et la chirurgie maxillo-faciale.

Nous proposons un poste à partir de juin 2024 (ou à discuter), comme:

MÉDECIN SPÉCIALISTE EN ANESTHÉSIOLOGIE (80-100%)
(ou en jobsharing)


Votre profil
Vous possédez un titre de spécialiste en anesthésiologie, reconnu en Suisse, avec une expérience d'au minimum 3 ans comme chef de clinique en Suisse, ainsi que de très bonnes connaissances en ALR. En raison de la situation régionale, de bonnes connaissances de français et d'allemand sont des prérequis. Vous êtes ouvert-e et jovial-e et nourrissez un climat de travail agréable.

Votre perspective
Vous jouissez d'une activité passionnante et diversifiée au sein d'un hôpital moderne, comprenant une grande activité d'anesthésies loco-régionales. Vous bénéficiez de conditions salariales, d'un système de vacances et d'horaires attrayants. À côté de l'anesthésie, vous supervisez différentes activités hors bloc (SSPI, antalgie aiguë, maternité, etc.).

Votre contact
Le Dr Christophe Berchier se tient à votre disposition pour de plus amples informations.
Téléphone: +41 32 366 43 53

188344-13-14

Veillez faire parvenir votre dossier de candidature complet au format électronique à: marco.bassi@hirslanden.ch



PS: Nous ne considérons que des postulations directes (pas d'agence de placement)!



Für die Klinik für Medizinische Onkologie und Hämatologie suchen wir sofort oder nach Vereinbarung eine:n

Assistenzärztin/-arzt Onkologie 100% Assistenzärztin/-arzt Hämatologie 100%

Ihre Hauptaufgaben

Die Tätigkeit umfasst die gesamte diagnostische und therapeutische Onkologie bzw. Hämatologie / Hämostase / Hämato-Onkologie / Blutstammzelltransplantation.

Ihr Profil

- Sie streben den Facharzt Onkologie oder Hämatologie an (FMH Anerkennung Onkologie A, Hämatologie A, D1, D2, D3)
- Internistische Vorkenntnisse sind wünschenswert, bei anderweitig herausragender Qualifikation jedoch nicht Bedingung
- Sie haben Interesse an Forschung und Lehre
- Sie sind überdurchschnittlich engagiert und ein respektvoller Umgang mit Patienten und Mitarbeitenden ist für Sie selbstverständlich
- Sie verfügen über sehr gute Deutschkenntnisse

Unser Angebot

Wir bieten Ihnen eine interessante Stelle in einer universitär-innovativen Umgebung. Ein motiviertes und engagiertes Team unterstützt Sie dabei in allen Belangen. Die interne Vernetzung der Kliniken für Onkologie und Hämatologie fördert die breite Ausrichtung und Weiterbildung der Mitarbeiter und erlaubt die optimale Betreuung der Patienten auf höchstem klinisch-akademischem Niveau.

Wenn Sie in einem spitzenmedizinischen Umfeld mitarbeiten wollen, in dem Sie gefordert und gefördert werden, freuen wir uns auf Ihre Bewerbung.

Fühlen Sie sich angesprochen?

Prof. Dr. med. Markus G. Manz
Klinikdirektor Klinik für Medizinische Onkologie und Hämatologie

UniversitätsSpital Zürich
Raemistrasse 100
CH-8091 Zürich

Sekretariat
Tel +41 44 255 3899

www.haematologie-onkologie.usz.ch

www.usz.ch

USZ Universitäts
Spital Zürich

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

Immobilien | Immeubles | Immobili



Oensingen, Ostringstrasse 17

... Ihre neue Fläche im Gesundheitshaus?

Beste Voraussetzungen für Facharztpraxen.

Aktuell zu vermieten:

- 2. OG je 690 m²
- 3. OG je 483 m²

Kontaktieren Sie uns jetzt für ein Beratungsgespräch.



Räume voller Leben 

182739-13-14



**SPENDE BLUT
RETTE LEBEN**

 BLUTSPENDE SRK SCHWEIZ

blutspende.ch

FMH SERVICES

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

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

Konditionen auf www.fmhjob.ch.

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

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

Conditions sur www.fmhjob.ch.

Praxismarkt
Marché des cabinets
Mercato studi medici

BE – Stadt Bern Kinderarztpraxis abzugeben – Kinderarztpraxis in Ärzte-Zentrum im Westen von Bern altershalber abzugeben. Zentrale Lage mit Parkplätzen und guter Erreichbarkeit (Zug, Tram, Bus), grosszügige Praxisräume (98 m²), freundliche, wertschätzende Familien und Mitarbeiterinnen. Auskunft für interessierte/n Nachfolger/in: Dr. med. Matthias Winkler, Mühledorfstrasse 1, 3018 Bern, E-Mail: matthias_c_winkler@bluewin.ch, Tel. 079 754 99 47.

BE – Nachfolge in eine attraktive Hausarztpraxis mit Qualitätsgütesiegel und elektronischer KG im Raum Bern gesucht – In einer beliebten Wohngemeinde angrenzend an Bern ist per Anfang 2025 eine etablierte Praxis für Allgemeine Innere Medizin (geeignet auch für 2 Ärzte Teilzeit) mit vollelektronischer Praxisadministration, Selbstdispensation und einem überdurchschnittlich grossen Patientenstamm an einen Nachfolger (m/w) zu übergeben. Sie befindet sich an einer frequentierten Strasse und doch im Grünen. Das Zentrum von Bern ist in 15 Min. erreichbar. Kontaktaufnahme bitte unter Ref. 231 0909: FMH Consulting Services AG, Frau V. Rossi, E-Mail: viera.rossi@fmhconsulting.ch, Tel. 041 244 60 60.

BE – Attraktive Gruppenpraxis für Allgemeine Innere Medizin mit vollelektron. Praxisadministration südlich von Bern – In einer beliebten Wohngemeinde in der Südagglomeration von Bern ist per Herbst 2024 eine etablierte Hausarztpraxis zu übergeben. Die ländliche, familienfreundliche Gemeinde in Stadtnähe zeichnet sich durch eine hohe Wohn- und Lebensqualität aus. Die rollstuhlgängige Praxis (221 m²) mit grosser Patientennachfrage befindet sich in einem repräsentativen Geschäftshaus und verfügt über ein grosszügiges Parkplatzangebot. Wir freuen uns auf Ihre Kontaktaufnahme unter Ref. 231 5399: FMH Consulting Services AG, Frau V. Rossi, E-Mail: viera.rossi@fmhconsulting.ch, Tel. 041 244 60 60.

BS – Praxisanteil einer modernen Doppelpraxis für Hausarztmedizin in einem beliebten Vorort von Bern zu übergeben – In eine etablierte Praxis für Allgemeine Innere Medizin (132 m²) mit elektronischer Praxisadministration, gepflegter Praxiseinrichtung und einem angenehmen, jüngeren Praxispartner ist per Ende 2024 ein Nachfolger (m/w) gesucht. Die Praxis zeichnet sich durch konstante Umsatzzahlen, günstige Kostenstruktur und einen verkehrstechnisch sehr gut erreichbaren Standort mit einem grosszügigen Parkplatzangebot aus. Wir freuen uns auf Ihre Kontaktaufnahme unter Ref. 231 5286: FMH Consulting Services AG, Frau Viera Rossi, E-Mail: viera.rossi@fmhconsulting.ch, Tel. 041 244 60 60.

BS – Etablierte Hausarztpraxis nahe der Altstadt Grossbasel zu übergeben – In eine verkehrstechnisch optimal gelegene Praxis für Allgemeine Innere Medizin im Zentrum von Basel mit einem gut durchmischten Patientengut, loyalen Mitarbeiterinnen und entsprechender Grundversorger-Infrastruktur suchen wir altershalber per Ende 2024 eine Nachfolge. Die Praxis (ca. 120 m²) befindet sich in einem ruhigen Wohnquartier und ist auch für 2 Ärzte (m/w) geeignet. Gut geregelter Notfalldienst, günstige Übernahmebedingungen und grosser Patientenstamm. Wir freuen uns auf Ihre Kontaktaufnahme unter Ref. 241 0706: FMH Consulting Services AG, Viera Rossi, E-Mail: viera.rossi@fmhconsulting.ch, Tel. 041 244 60 60.

BS – Klein aber fein: vollelektronisch geführte Quartierpraxis für Allgemeine Innere Medizin im Süden der Stadt Basel – In eine etablierte, verkehrstechnisch optimal gelegene Hausarztpraxis (98 m²) mit Tradition suchen wir altershalber per Ende 2024 oder n. V.

eine Nachfolge. Günstige Kostenstruktur, starke Nachfrage von Neupatienten, sehr gut geregelter und nicht belastender Notfalldienst, günstige Kostenstruktur und faire Übernahmebedingungen. Können Sie sich vorstellen in der beliebten Stadt Basel eine Praxis zu übernehmen? Wir freuen uns auf Ihre Kontaktaufnahme unter Ref. 241 0704: FMH Consulting Services AG, Frau Viera Rossi, E-Mail: viera.rossi@fmhconsulting.ch, Tel. 041 244 60 60.

NE – Remisé cabinet MG – Médecin généraliste installé en cabinet de groupe au bord du lac de Neuchâtel cherche à remettre sa clientèle. Cabinet moderne et très agréable. Excellentes conditions de travail. CA supérieur à 500KF. Contact tél. 0041 79 682 74 13, e-mail: jacques.boulan@groupemed.ch.

SG – Gepflegte Praxis für Allgemeine Innere Medizin am rechten Zürichseeufer zu übergeben – An bester Lage in einem ruhigen, zentrumsnahen Quartier einer beliebten Wohngemeinde am Zürichsee ist per Ende 2024 eine rollstuhlgängige Hausarztpraxis mit Röntgen, Ultraschall, Lufu, 24-h-EKG, EKG, Labordiagnostik und Selbstdispensation an einen Nachfolger (m/w) zu übergeben. Günstige Mietkonditionen inkl. PP und TG, gut eingespieltes MPA-Team und der sehr gut organisierte Notfalldienst (in der Nacht nur Hintergrunddienst). Wir freuen uns auf Ihre Kontaktaufnahme unter Ref. 231 5423: FMH Consulting Services AG, Frau Viera Rossi, E-Mail viera.rossi@fmhconsulting.ch, Tel. 041 244 60 60.

SO – Zukunftsorientierte und moderne Gruppenpraxis in Agglomeration von Solothurn sucht Nachfolger/in – In der Nähe 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. Vom Vorgänger kann ein attraktives Patientengut übernommen werden. Die Praxisräumlichkeiten verfügen über eine moderne Infrastruktur mit elektronischer Administration, digitalem Röntgen und Labor. Darüber hinaus ist die Praxis verkehrstechnisch hervorragend gelegen mit einer Bushaltestelle in Gehdistanz und einem grossen eigenen Parkfeld mit mehreren Parkplätzen. Gut ausgebildete und motivierte Fachkräfte stehen hinter Ihnen und freuen sich auf eine erfolgreiche Zusammenarbeit. 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, Mittel-

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

dorfstrasse 3, 5605 Dottikon, www.federer-partners.ch,
E-Mail: janick.merkofer@federer-partners.ch.

VS – Nachfolge in einer Praxis für Allgemeine Innere Medizin gesucht – Für meine Praxis in Naters suche ich eine Nachfolge (m/w) zur Weiterbetreuung meiner Patienten. Die Praxis befindet sich an verkehrsgünstiger Lage, Bahnhof in 2 Minuten erreichbar. Sie ist modern eingerichtet mit elektronischer Krankengeschichte und modernstem Labor. Sie verfügt über ein eingespieltes Praxisteam und einen großen Patientenstamm. Die Übernahmebedingungen sind fair. Die Region ist sehr schön mit vielen Sonntagen und umfassendem Sportangebot. Sind sie auf der Suche nach einer spannenden und vielseitigen Herausforderung? Dann freue ich mich auf Ihre Kontaktaufnahme. E-Mail: monika.arnold@hin.ch, Tel. +41 79 370 44 84.

ZH – Praxis-Nachfolger/in gesucht – Für meine gut gehende Allgemein-Praxis suche ich per Ende 2024 altershalber einen italienisch sprechenden Nachfolger. Kontakt unter Chiffre I-42303.

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

ZH – Nachfolge Augenarztpraxis – Praxisnachfolge für gut eingeführte Augenarztpraxis mit elektronischer Patientenakte und ZSR-Direktverrechnung im Zentrum von Zürich gesucht. Kontakt unter Chiffre I-42205.

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

BE – Chirurg/in für Praxispartnerschaft in Thun – Gesucht wird ein/e Praxispartner/in infolge Pensionierung des jetzigen Arbeitskollegen. Die chirurgische Praxis Bestetti befindet sich zentral beim Bahnhof in Thun und verfügt über einen Operationsaal 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, E-Mail: valentina.bestetti@hin.ch, Tel. 078 689 53 70.

VD – Cabinet Montreux – Cabinet à Montreux, flambant neuf, 180 m², à deux minutes de la gare, recherche collaborateurs, toute spécialité possible. E-mail: info@gynecologie-montreux.ch.

ZH – Hausarzt/-ärztin gesucht – 5 Min. Gehdistanz zum Bahnhof Stadelhofen – Wir suchen eine Hausärztin oder einen Hausarzt zur Ergänzung unseres Teams. Unsere neu renovierte, moderne Praxis mit grossem Patientenstamm wird von erfahrenen, langjährigen

MPAs unterstützt. Es erwarten Sie familienfreundliche Arbeitszeiten/Ferien und niedrige Investitionskosten. Bei Interesse kontaktieren Sie bitte Angela Caddick unter Tel. 079 88 53 696 oder E-Mail: dr.angela.caddick@gmail.com.

Stellenofferten Offres d'emploi Offerte di posti

AG – Hausarzt/-ärztin zur Verstärkung einer sehr attraktiven Hausarztpraxis gesucht – Wir suchen für eine gut laufende und topmoderne Hausarztpraxis in der Nähe der Stadt Aarau eine/n Fachärztin/-arzt für Allgemeine Innere Medizin (60–100%) zur Ergänzung des Teams. Es werden Ihnen faire und kollegiale Anstellungsbedingungen mit guten Verdienstmöglichkeiten und flexiblen Arbeitszeiten auch mit Ausblick auf eine eventuelle zukünftige Partnerschaft geboten. Die Praxis ist vollumfänglich digitalisiert, sehr gut ausgelastet, gepflegt und befindet sich an einer bestens erreichbaren Lage. Wenn Sie über eine fundierte Ausbildung verfügen und gerne in einem motivierten, gut eingespielten und aufgestellten Team arbeiten, dann melden Sie sich bitte schriftlich. Falls wir mit diesem attraktiven Angebot Ihr Interesse geweckt haben, freuen wir uns auf Ihre schriftliche Kontaktaufnahme unter der Referenznummer 3015 bei: Federer und Partners, Unternehmensberatung im Gesundheitswesen AG, Mitteldorfstrasse 3, 5605 Dottikon, www.federer-partners.ch, E-Mail: janick.merkofer@federer-partners.ch.

AG – Moderne, humorvolle Hausarztpraxis (Kleindöttingen AG) sucht Verstärkung mit flexiblem Pensum – Wir suchen ab Oktober 2024 oder auf Vereinbarung einen/eine Fachärztin/Facharzt Allgemeine Innere Medizin FMH/praktischen Arzt oder eine Praxisassistentin im 20–100%-Pensum. Wir sind eine modern eingerichtete, langbestehende Praxis mit einem gut eingespielten Team. Eine wertschätzende Arbeitsatmosphäre ist uns wichtig. Wir bieten einen spannenden Berufsalltag mit flexiblen, zeitgemässen Arbeitszeiten. Wir arbeiten mit einer digitalen Krankengeschichte und digitalem Röntgen. Zudem findet sich in unserem Pausenraum immer was zum Naschen. Wir freuen uns auf Ihre Kontaktaufnahme: ursula.hesse@dorf-praxis.ch.

BE – Facharzt/Fachärztin Allgemeine Innere Medizin (m/w/d) 50–100% für Gruppenpraxis in Bern – Sie wollen 100% Medizin? Dafür stehen wir. Als Hausarzt oder Hausärztin bei Sanacare betreuen Sie Ihre Patienten ganzheitlich, arbeiten in interprofessionellen Teams und entscheiden ganz im Sinne einer optimalen medizinischen Versorgung. Nun sucht unser motiviertes Team in Bern nach Vereinbarung Sie als Arzt/Ärztin (mit Facharztstitel Allgemeine Innere Medizin oder Prakt. Arzt). Mehr zur Stelle erfahren Sie auf: www.sanacare.ch/aerzte. Oder rufen Sie uns an: Dr. med. Anita Stalder, Leitende Ärztin (Tel. +41 31 385 71 11, E-Mail: anita.stalder@sanacare.ch) oder Michèle Bouvard, Personalverantwortliche (Tel. +41 52 264 05 05, E-Mail: personal@sanacare.ch).

BE – Fachärztin/Facharzt Allgemeine Innere Medizin 40–100% – Wir sind eine moderne, innovative und gleichzeitig familiäre Hausarztpraxis in der schönen Gemeinde Worb. Worb ist optimal gelegen, nicht weit von der Stadt Bern entfernt, liegt das Dorf zudem am Rande des Emmentals. Als Praxis möchten wir gerne den entscheidenden Unterschied in der Region und auf der Welt machen. Der positive und unterstützende Umgang mit unseren Patienten/-innen und den

Mitarbeitenden ist für uns zentral. Das vielseitige Angebot und eine anregende Arbeitsumgebung sind uns wichtig. Eine spannende und vielseitige Tätigkeit erwartet Sie. Zur Erweiterung unseres Teams suchen wir Sie als motivierte Fachärztin/motivierten Facharzt Innere Medizin. Was Sie mitbringen: Freude am Umgang mit Patienten/-innen und der medizinischen Tätigkeit, Fachärztin/Facharzt Allgemeine Innere Medizin, evidenzbasierte Behandlung von Patienten/-innen, selbständiges Arbeiten, optimalerweise Chirurgie-Erfahrung. Was Sie erwartet: Ein anregendes Umfeld und ein motiviertes Team, Unterstützung bei Fortbildungen, Möglichkeit zur längerfristigen Mitarbeit, faire leistungsbezogene Entlohnung. Sie möchten die Reise mit uns zusammen wagen? Perfekt! Dann melden Sie sich bei uns! Dr. med. Doris von Muralt, Dr. med. Marc-Alain Portmann, Richigenstrasse 4, 3076 Worb, Tel. 031 839 25 03, E-Mail: dr.portmann@mail.ch, www.hausarztpraxis-worb.ch.

BE – Fachärztin/Facharzt Kinder- und Jugendmedizin 50–100% – Im Januar 2024 ist die Monvia Praxis in die neuen Räumlichkeiten an der Rodtmattstrasse 47 umgezogen. Wir wollen die Praxis mit einer neuen Sprechstunde im Bereich Kindermedizin erweitern. Kommen Sie in unser Team und lassen Sie uns gemeinsam die neue kindermedizinische Sprechstunde gestalten und etablieren. Haben wir Ihr Interesse geweckt etwas Neues zu wagen? Schreiben Sie Dr. med. Veronika Müller (Leitende Ärztin), E-Mail: veronika.mueller@monvia.ch.

BE – Verstärkung der Angiologie im Gefässzentrum Bern – Facharzt/Fachärztin für Angiologie 60–100%, Option für Partnerschaft, Bern VASC Angiologie Interventionen AG Wir sind eine Gruppe von Angiologinnen und Angiologen mit einem eigenen Katheterlabor und betreiben 3 moderne Praxen an den Standorten Bern und Solothurn. Hier bieten wir breite Gefässmedizinische Diagnostik wie auch minimalinvasive venöse Therapien an und bedienen ein überregionales Zuweisernetzwerk. Im Hinblick auf einen Generationenwechsel sind wir auf der Suche nach neuen Kolleginnen und Kollegen mit Interesse an einer langfristigen, teamorientierten Zusammenarbeit in einem kollegialen und interdisziplinär aktiven Umfeld. Es besteht die Aussicht auf Partnerschaft. Haben wir Ihr Interesse geweckt? Erfahren Sie mehr in einem persönlichen Gespräch und beim Besuch unserer Praxisräumlichkeiten. Bitte wenden Sie sich für weitere Auskünfte oder Ihre Bewerbung an folgenden Kontakt: PD Dr. med. T. Willenberg Tel. 079 550 13 90, E-Mail: towillenberg@hin.ch.

BL – Hausärztin/Hausarzt idealerweise mit Facharzttitel Allgemeine Innere Medizin 50–100% – Wir suchen eine/n engagierte/n Allgemeinmediziner/in, um unserem Team in unserer gut etablierten Hausarztpraxis in Binningen beizutreten. Wir legen grossen Wert auf die ganzheitliche Betreuung unserer Patienten/-innen und bieten eine breite Palette von Dienstleistungen an, um ihre medizinischen Bedürfnisse zu erfüllen. Anforderungen: Abgeschlossenes Medizinstudium und Approbation als Arzt/Ärztin, Facharzt/Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin oder vergleichbare Qualifikation, Empathie und Mitgefühl im Umgang mit Patienten/-innen, Teamfähigkeit und Kommunikationsfähigkeit. Wir bieten: Attraktive Vergütung und Arbeitsbedingungen, ein freundliches und unterstützendes Arbeitsumfeld, die Chance, ein Teil eines engagierten Teams zu sein, das sich der Gesundheit und dem Wohlbefinden unserer Patienten/-innen verschrieben hat. Wir freuen uns auf Ihre vollständigen Bewerbungsunterlagen per E-Mail an: doktor-karli@hin.ch.

BL – Hausärztin oder Hausarzt 50% – Wir sind eine familiäre Hausarztpraxis mit einem aufgestellten, motivierten und eingespielten MPA - Ärztinnen - Team nahe am Zentrumsspital mit guter Vernetzung zu den Spezialisten und suchen eine Allgemeininternistin oder einen Allgemeininternisten zu 50% ab Oktober 2024 im Anstellungsverhältnis. Die Praxis ist zentral gelegen und modern eingerichtet mit elektronischer Krankengeschichte, EKG, digitalem Röntgen, Praxislabor, Ultraschall und Praxis-apotheke. Wir freuen uns auf Deine Bewerbung! E-Mail an: michele.richert@hin.ch; www.myfamilydoc.ch.

FR – Recherche médecin Généraliste ou Praticien dans cabinet de groupe pour compléter notre équipe – Nous cherchons un médecin généraliste ou praticien pour rejoindre un cabinet de groupe avec 7 autres généralistes, 2 pédiatres et des paramédicaux à Bulle (FR), à un taux d'activité de 60–100%. L'équipe est jeune et dynamique, le cabinet quasiment neuf et très bien équipé. Merci de nous contacter par e-mail en cas d'intérêt: nt@cm-latour.ch.

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

SG – Neues Ärztezentrum in der Gemeinde Uzwil sucht Kollegin/Kollege zur Teamverstärkung – Sind Sie Fachärztin/-arzt für Allgemeine Innere Medizin oder Gynäkologie und Geburtshilfe? Oder sind Sie im Bereich Schmerztherapie tätig? Unser Mandant sucht motivierte Ärzte für den Ausbau der Gruppenpraxis. Tätigkeit in Anstellung oder Selbstständigkeit (Teilzeit oder Vollzeit). Unterstützung durch Zentrumsleitung, kein Risiko, gegenseitiger Austausch und Nutzung der Synergien. Wir freuen uns auf Ihre Kontaktaufnahme unter Ref. 241 0520: FMH Consulting Services AG, Herr Gregor Dietrich, Tel. 041 244 60 60, E-Mail: gregor.dietrich@fmhconsulting.ch.

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 Frühjahr 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.

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

SG – Fach- oder Assistenzarzt Allgemeine Innere

Medizin (alle) 50% für Gruppenpraxis in St. Gallen – Sie wollen 100% Medizin? Dafür stehen wir. Als Hausarzt oder Hausärztin bei Sanacare betreuen Sie Ihre Patienten ganzheitlich, arbeiten in interprofessionellen Teams und entscheiden ganz im Sinne einer optimalen medizinischen Versorgung. Nun sucht unser motiviertes Team in St. Gallen nach Vereinbarung Sie als Arzt/Ärztin (mit Facharzttitel Allgemeine Innere Medizin oder Prakt. Arzt bzw. im 4. oder 5. Weiterbildungsjahr). Mehr zur Stelle erfahren Sie auf: www.sanacare.ch/aerzte. Oder rufen Sie uns an: Dr. med. Christiane Biefer, Leitende Ärztin (Tel. +41 71 2240800, E-Mail: christiane.biefer@sanacare.ch) oder Michèle Bouvard, Personalverantwortliche (Tel. +41 52 264 05 05, E-Mail: personal@sanacare.ch).

SO – Innovatives kardiologisches Team sucht Verstärkung – Unsere kardiologische Gruppenpraxis ist gut etabliert, hat eine dynamische, junge Kultur und deckt alle nicht invasiven kardiologischen Untersuchungen ab. Entsprechend suchen wir tatkräftige Verstärkung im Ärzteteam, wenn Ende 2024 unser Senior Kardiologe in den verdienten Ruhestand geht. Wenn Du Interesse hast zu mindestens 50% in unserer zentral gelegenen Praxis in einem sympathischen Team zu arbeiten, melde Dich per E-Mail (carola.ramazina@hin.ch) oder Telefon (062 297 00 33).

SO – Psychiater/in gesucht – Wir suchen ab 1. Juli 2024 oder nach Vereinbarung eine Fachkollegin mit abgeschlossener Facharztbildung FMH und Berufserfahrung aus Klinik oder zugehöriger Ambulanz, zu denselben Konditionen, die wir selbst haben (ertragsbasierte Entlohnung mit stellenprozentbezogener Beteiligung an den Gemeinkosten). Wir leisten uns eine betont flexible Ferien- und Abwesenheitsregelung, die so nirgends üblich ist. Unsere Praxis verfügt über ein Arztsekretariat mit Empfangsdienst und über die Möglichkeit, eigene Laboranalysen zu machen, sowie über eine ICT-Infrastruktur mit Praxissoftware. Im Rahmen des Anordnungsmodells arbeiten wir fallweise mit Fachpsychologen/-innen zusammen, die wir persönlich bestens kennen. Falls du interessiert bist, erwarten wir gerne deine Unterlagen (an E-Mail: mederga@hin.ch) und freuen uns sehr, dich kennenzulernen. Unsere Gruppenpraxis liegt ab Juli neu in unmittelbarer Nähe des Amthausplatzes und ist verkehrstechnisch bestens erschlossen.

VS – Cabinet médical à Sion – Cabinet de groupe, médecine générale, bien équipé (radiologie digitalisée, labo, ECG, spirométrie, échographie, cherche collaborateur(s); reprise à court ou moyen terme possible. Kontakt unter Chiffre I-42212.

ZG – Facharzt/-ärztin für Allgemeine Innere Medizin 20–100% – Facharzt/-ärztin (oder in Facharztbildung) zur Mitarbeit in familiärem Team in moderner Praxis mit grosszügigen Räumlichkeiten auf der familienfreundlichen, begehrten Sonnenterrasse des Kantons Zug mit attraktiven Arbeitszeiten und guten Verdienstmöglichkeiten gesucht. SIWF-Lehrpraktiker zur Praxisweiterbildung für 1 Jahr und Supervisor für Sono-Weiterbildung vorhanden. www.medicusmehl.ch. Bewerbung an E-Mail: medicus.mehl@hin.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/n weitere/n Fachärztin/Facharzt für Allgemeine Innere Medizin sowie für Gynäkologie. In unserer schönen und hellen Praxis im Zentrum von Dübendorf finden Sie ein motiviertes und sehr gut eingespieltes Team von 3 Ärzten und 4 MPAs sowie 2 Lernenden. Wir bieten

ein modernes Arbeitsumfeld in einer kollegialen Atmosphäre, 40 Stunden Arbeitswoche, 5 Wochen Ferien, 1 Woche bezahlte Weiterbildung pro Jahr sowie wöchentliche QZ-Fortbildungen und eine überdurchschnittlich attraktive Vergütung sowie sehr gute Sozialleistungen. Wiedereinsteiger und Teilzeitarbeitende sind bei uns willkommen. Die Praxis gehört zum Ärztenetz mediX Zürich. Wir sind unabhängig von Krankenkassen und privaten Investoren oder Grossverteilern. Haben Sie Freude an patientenorientierter, evidenzbasierter Medizin und einem kollegialen Austausch? Schätzen Sie ein Arbeitsklima, welches durch gegenseitigen Respekt, Wertschätzung sowie Hilfsbereitschaft geprägt ist? Weitere Informationen finden Sie unter www.medix-praxis-duebendorf.ch. Wir freuen uns auf Ihre Kontaktaufnahme per E-Mail oder Telefon. Dr. med. Margarete Schäublin, Leitende Ärztin, mediX Praxis Dübendorf, Tel. 044 802 10 00, E-Mail: margarete.schaublin@medix.ch.

ZH – Ärztin/Arzt FMH Allgemeine und Innere Medizin, Praktischer Arzt – Wir suchen für unsere lebhafte Praxis vor den Toren Winterthurs eine engagierte ärztliche Unterstützung. Die Praxis ist mit der modernsten Infrastruktur ausgestattet und bietet somit die Möglichkeit einer optimierten Patientenbetreuung. Röntgen- und Sonographie-Zertifikat sind von Vorteil. Gynäkologie und Allgemeine Innere Medizin finden eine optimale Synthese unter einem Dach. Der kollegiale Austausch des gesamten Teams wird hier wieder gelebt. Flexible Arbeitszeiten, zeitgemässe Arbeits- und Vertragsmodelle sind uns ein Anliegen. Unser aufgeschlossenes Team freut sich über Ihre Mitarbeit! Kontakt unter E-Mail: praxis-wiesendangen@hinmail.ch, Tel. 052 338 23 23.

ZH – Fachärztin/-arzt Kinder- und Jugendmedizin (50–100%) – Die Arztpraxis beim Gemeindehaus in Regensdorf sucht Teammitglied mit Facharzttitel KJM. Praktische Berufserfahrung in der Schweiz von Vorteil. Wir bieten Teilzeit-Modelle, attraktive Anstellungsbedingungen, Unterstützung bei Weiterbildung, und minimale Administration durch zentralen Management-Support. Gute Vereinbarkeit von Beruf und Familie möglich. Bewerbungen an E-Mail: p.schneider@arztpaxis-beim-gemeindehaus.ch.

ZH – Facharzt/Fachärztin Ophthalmologie (20–60%, konservativ) – Zur Verstärkung meiner modernen und grosszügigen Praxis im Zürcher Unterland suche ich per 1. Juli 2024 oder nach Vereinbarung eine Kollegin/einen Kollegen. Sie verfügen über einen Facharzttitel Ophthalmologie und legen grossen Wert auf menschliche und fachliche Kompetenz. Ihr Spektrum umfasst die ganzheitliche konservative Augenheilkunde. Auf Ihre Kontaktaufnahme per E-Mail an: petra.luteijn@hin.ch freue ich mich.

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

ZH – Facharzt/-ärztin Gynäkologie – Wir suchen eine Fachärztin für Gynäkologie für unsere erfolgreiche und zentral gelegene Praxis im Zentrum von Zürich. Wir bieten ein breites Spektrum an Patienten, interdisziplinäre Zusammenarbeit mit anderen Fachärzten und eine vielseitige Infrastruktur. Wir würden uns über Ihre schriftliche Bewerbung und ein Kennenlernen freuen. Senden Sie

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

bitte Ihre vollständigen Unterlagen an Martin Olsson, Tel. 079 771 53 90, E-Mail: job@arzthaus.ch. Unter www.arzthaus.ch finden Sie weitere Informationen.

ZH – Augenarzt/Augenärztin – Wir suchen für die Mitarbeit in der Praxis einen/eine Augenarzt/Augenärztin 20–60%. Anfragen unter Tel. 076 416 65 75.

ZH – Kinderarzt/-ärztin 20–100% – Wir suchen nach einer engagierten Fachkraft, welche unsere jüngsten Patienten kompetent und liebevoll betreut. Die Praxis Ärzte am Graben, eine lebendige und familiäre Gemeinschaftspraxis in der Altstadt von Winterthur, bietet ein breites Spektrum an Fachgebieten, darunter Hausarztmedizin, Gynäkologie, Neurologie, Dermatologie, Urologie und Pädiatrie. Sie erwartet ein hochmotiviertes Team, sehr schöne Räumlichkeiten sowie äusserst attraktive Konditionen, die sich durch die Zusammenarbeit innerhalb unserer Praxis ergeben. Ihr Kontakt: Esther Scheitlin, Tel. 079 647 67 72, E-Mail: e.scheitlin@arzt-winterthur.ch. Praxis Lindengut AG, Unterer Graben 29, 8400 Winterthur.

ZH – Facharzt/-ärztin Allgemeine Innere Medizin 50–100% – Wir suchen zur Verstärkung unseres Ärzteteams in Hinwil per sofort oder nach Vereinbarung eine/n Facharzt/-ärztin Allgemeine Innere Medizin FMH. Wir bieten eine moderne Infrastruktur (digitales Röntgen, Ultraschall, Labor), sehr attraktive Arbeitsbedingungen mit Umsatzbeteiligung, einen grossen Patientenstamm sowie ein top-motiviertes Praxisteam. Berufsanfänger/innen, Assistenzärzte/-innen kurz vor der Facharztprüfung oder Wiedereinsteiger/innen sind gerne willkommen. Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung per E-Mail an: aerzte.hinwil@hin.ch.

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 Arbeitsbedingungen. Unter 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.

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

ZH – FMH für Allgemeine Innere Medizin / Praktischer Arzt/Praktische Ärztin – Wir sind eine neue Permanence (Walk-In) für Allgemeinmedizin und einem angebotenen 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.

ZH – Facharzt/-ärztin Allgemeine Innere Medizin – Permanence Marktplatz-Oerlikon ist eine etablierte Institution für dringende Konsultationen mit

verhältnismässig kurzer Präsenzzeit an zentraler Lage vis-à-vis vom lebhaften Bahnhof Zürich-Oerlikon. www.permanence-oerlikon.ch. Zur Stärkung unseres eingespielten Teams suchen wir eine/n Fachärztin/-arzt für Allgemeine Innere Medizin (40–100%). Unser Angebot: selbständige, spannende Tätigkeit, attraktive Honorierung, spezielle Vereinbarungen für Teilzeit möglich, Weiterbildungsanerkennung in FMH 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.

Praxisgesuche Recherches de cabinets Ricerche di studi medici

Rentable Hausarztpraxis per Mitte 2024 gesucht – In Region Inner-/Ost-/Nord-CH. Voraussetzung: MPA-Team zur Übernahme, eKG, (halb)digitales Röntgen, faire Konditionen. Kontakt E-Mail: mediscan@bluewin.ch.

Interessante Nachfolgelösung für ophthalmologische Praxis – Sie planen Ihre Zukunft und möchten Ihre Praxis übergeben. Für eine renommierte Praxisorganisation mit Wachstumsstrategie suchen wir eine Praxis zur Übernahme. Das Kompetenzzentrum für Ophthalmologie und -chirurgie verfügt über ausgewiesene Fachärzte, welche auch eine sukzessive Übernahme sicherstellen können. Kooperationsformen sind ebenfalls verhandelbar. Dynamik, Motivation, Verlässlichkeit sowie ein zuvorkommender Umgang mit den Patienten sind Programm. Interessiert? Kontaktaufnahme unter Ref. 241 0279: FMH Consulting Services AG, Herr Gregor Dietrich, Tel. 041 244 60 60, E-Mail: gregor.dietrich@fmhconsulting.ch.

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

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



«Nach langjähriger Praxis-tätigkeit suche ich einen Nachfolger. Wie soll ich vorgehen?»

Nach der Bewertung Ihrer Praxis (Inventar/Goodwill) unterstützt Sie die FMH Services mit ihrem grossen Netzwerk und massgeschneiderten Verträgen bei der Nachfolgesuche.

«Après des années d'activité couronnées de succès dans mon cabinet, je cherche un successeur. Comment dois-je procéder?»

Après avoir estimé votre cabinet (inventaire/goodwill), FMH Services peut vous aider à trouver un successeur grâce à son vaste réseau et à des contrats sur mesure.



*Wir sind für Sie da!
Nous sommes là pour vous!
Viera Rossi*

CONSULTING

FMH Consulting Services AG

Burghöhe 1
6208 Oberkirch
Tel. 041 244 60 60

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

mail@fmhconsulting.ch
www.fmhconsulting.ch

Assurances du personnel

Simplement assurer son personnel

Conditions
particulières
pour les
membres
FMH Services

Comparer maintenant et économiser des primes
**Toutes les assurances nécessaires
pour les employés de votre cabinet**

- Tout d'une seule main: IJM, LAA, LPP
- Economie de primes grâce à un contrat cadre exclusif
- Charges salariales plus basses pour vous et vos employés

INSURANCE

Roth Gygax & Partner AG
Moosstrasse 2
3073 Gümligen
Tél. 031 959 50 00
mail@fmhinsurance.ch
www.fmhinsurance.ch



Entreprise juridiquement et économiquement indépendante
recommandée par la société coopérative FMH Services.

Ida Schneider, mère spirituelle de la «Pflegi» zurichoise

Formation en soins Solide, fiable, pratique. Voilà les critères que devait remplir la formation à l'école d'infirmières de Zurich, surnommée «Pflegi». L'infirmière Ida Schneider a fondé cette institution en 1901, en collaboration avec les médecins Anna Heer et Marie Heim-Vögtlin, et l'a dirigée jusqu'en 1914. Une fonction dans laquelle elle s'est pleinement épanouie.

Iris Ritzmann; Eberhard Wolff

Projet unique en son genre, l'«école d'infirmières avec hôpital pour femmes» de Zurich a été fondée et dirigée par des femmes dans le but de former et de soigner la gent féminine. L'ouverture de cet établissement en 1901 marque la concrétisation du plus grand rêve de l'infirmière Ida Schneider. Dans cette institution de soins, baptisée «Pflegi» en allemand, elle a trouvé un sens à sa vie. En tant que «supérieure», elle dirigeait la formation des infirmières et était responsable des soins de toutes les patientes en parallèle. La gestion de l'établissement, allant de la blanchisserie au secrétariat, relevait aussi de ses fonctions. D'après une élève, elle était omniprésente et sa force semblait inépuisable [1].

Lors du premier Congrès suisse des intérêts féminins à Genève en 1896, le projet a été accueilli favorablement.

Un tandem avec une vision commune

Ida Schneider et le médecin Anna Heer ont eu l'idée d'une formation d'infirmière de qualité. Les deux femmes s'étaient rencontrées en 1892 à l'Hôpital de la Croix-Rouge à Zurich, où Ida Schneider suivait sa formation. Celle-ci écrit rétrospectivement à propos d'Anna Heer: «À l'époque, tout son être, son essence et ses gestes de médecin me captivaient.» [2] Les deux femmes éprouvaient une grande sympathie l'une pour l'autre et partageaient leur enthousiasme pour les traitements et les soins médicaux de qualité. De cette rencontre est née une amitié qui s'est transformée en vie commune.

Lors du premier Congrès suisse des intérêts féminins à Genève en 1896, Anna Heer a présenté le projet qui a été accueilli favorablement. Ce dernier a impliqué d'intenses débats organisationnels et techniques, la recherche de moyens financiers et de soutien politique, trouvé grâce au bon réseau de relations du père d'Ida Schneider. Albert Schneider a en effet été recteur, juge et conseiller cantonal à Zurich. Il avait d'ailleurs soutenu, en tant que juriste à l'Université de Zurich, la première étudiante suisse en droit, Emilie Kempin-Spyri [2].

Une directrice consciencieuse

Dès l'automne 1896, Anna Heer et Ida Schneider se voyaient régulièrement pour la mise en place du projet. La première femme médecin suisse, Marie Heim-Vögtlin, faisait aussi partie du comité fondateur. Mais toutes trois jouaient des rôles différents. Alors que Marie Heim-Vögtlin se servait surtout de sa renommée, Anna Heer défendait les intérêts à l'extérieur. Elle était le visage du projet: ses compétences professionnelles inspiraient la confiance et elle savait captiver le public. Quant à Ida Schneider, elle s'occupait de la gestion et de l'organisation de cet établissement complexe dans le moindre détail. Cela ne coulait pas de source autrefois, car les femmes étaient rarement impliquées dans la création d'institutions médicales, et encore moins sans diplôme universitaire.

Une préparation consciencieuse a permis à Ida Schneider de se faire à ses nouvelles tâches [1], en travaillant à la maternité de Zurich, auprès des diaconesses de Stettin, dans l'administration de l'Hôpital de Moabit à Berlin et, enfin, comme stagiaire au très réputé Hôpital de Hambourg-Eppendorf. De retour à Zurich, elle a appris la comptabilité et élargi ses connaissances pharmaceutiques à l'asile de Neumünster [2].

Elle occupait le rôle de «supérieure» et se sentait aussi heureuse «qu'aucun humain ne peut l'être sur terre».

Du métier de rêve à la démission

Deux mois avant l'ouverture de l'établissement de santé, Ida Schneider avait déjà emménagé dans le bâtiment pour mieux contrôler l'avancée des travaux. Elle a ensuite assumé le rôle de «directrice» en tant que supérieure des sœurs et infirmières et se sentait, d'après ses dires, aussi heureuse «qu'aucun humain ne peut l'être sur terre». À en croire les sources, elle était une enseignante certes sévère [1, 3], mais dotée d'un humour infaillible. Alors que les femmes médecins avaient des cabinets externes, Ida Schneider était toujours sur place. Elle n'a



© Gosteli-Archiv AGoF 110-FS-438

Ida Schneider dans son bureau, Noël 1909.

quitté son poste qu'une seule fois, en 1912, pour un voyage en bateau de cinq semaines en Scandinavie avec Anna Heer.

En plus d'une charge de travail énorme, le cumul de différentes fonctions lui a valu de nombreuses critiques. De toute évidence, plusieurs médecins étaient en conflit avec le statut hiérarchique d'Ida Schneider, qu'elles considéraient injustifié. Elles passaient au crible sa méthode de travail et les lacunes organisationnelles de l'école. En 1914, comme le rapporte le procès-verbal de la réunion, elle a finalement démissionné de sa fonction de supérieure «à son grand regret» et a repris le poste de trésorière.

En 1923, Ida Schneider a quitté ses fonctions avec l'arrivée de sa plus grande détractrice à la direction médicale.

Un double départ

Après son poste de directrice, Ida Schneider a suivi des cours à l'Université de Zurich et a préparé un voyage d'études à Berlin. Mais le début de la Première Guerre mondiale a radicalement changé ses plans. La nouvelle directrice de l'établissement a dû rentrer en Allemagne et Ida Schneider reprendre son ancien poste par intérim. Puis Anna Heer est soudainement décédée des suites d'une infection contractée au cours d'une opération.

Aux obsèques en décembre 1918, la relation de longue date entre les deux femmes a été décrite comme une communauté d'âme et d'esprit des plus étroites. Le «départ de

mon amie la plus chère», c'est ce que tente de surmonter Ida Schneider en écrivant dans son «atelier solitaire» [2].

En 1923, Ida Schneider a définitivement quitté toutes ses fonctions, après la reprise de la direction médicale par sa plus grande détractrice, Anna Baltischwyler. En tant que «Spiritus rector», elle a toujours gardé contact avec «ses» sœurs et l'établissement de santé, qui était pour elle le «but de toute une vie» [2, 3].

Anna Heer est morte un demi-siècle plus tôt que sa compagne Ida Schneider. Celle-ci est décédée en 1968 à Zurich à l'âge de 99 ans.



Références

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

Les femmes en médecine

Cette série de portraits présente régulièrement des figures féminines historiques de la scène médicale suisse. Chacune de ces femmes a librement choisi sa voie. Et il n'est pas rare que leur histoire fasse écho à des événements présents.

Canicule et santé publique

Droit La notion de durabilité est omniprésente dans le contexte du système de santé. En revanche, les réflexions juridiques restent lacunaires en matière de prévention et de gestion des crises sanitaires provoquées par les vagues de chaleur.

Mélanie Levy

Hitzefrei? Ce congé pour cause de canicule représente une anecdote juridique datant d'une époque où le changement climatique n'était pas vraiment reconnu. Plusieurs réglementations cantonales prévoyaient autrefois de tels congés. En 2003, Bâle-Ville était le dernier canton à l'abolir en raison de l'incompatibilité avec le devoir de prise en charge de l'école et les obligations professionnelles des parents.

La canicule est un phénomène complexe à appréhender par le droit en raison de sa transversalité, touchant de nombreux domaines comme les soins, l'école, le travail et l'aménagement du territoire. Le droit réfléchit en catégories bien distinctes. Les compétences législatives sont souvent fragmentées et le fédéralisme suisse opère une répartition complexe entre compétences fédérales, cantonales et communales.

Néanmoins, le droit constitue un outil indispensable pour protéger la santé de la population, et des personnes vulnérables en particulier, en période de canicule. Le droit international conçoit le droit humain à la santé au sens large, allant au-delà d'un droit d'accès aux soins et y intégrant les déterminants socio-économiques de la santé (alimentation, éducation, logement, travail, chaleur). Selon le Tribunal fédéral, le droit à la santé a un caractère programmatique. En ratifiant les traités internationaux, la Suisse s'est engagée à respecter, protéger et mettre en œuvre ce droit. Il doit ainsi être concrétisé et implémenté par le législateur.

Plans canicule cantonaux et communaux

Pour ce qui est de la prévention et de la gestion des crises sanitaires en lien avec les canicules, le droit de la santé publique fournit des instruments comme les systèmes d'alerte en cas de canicule (par exemple Alerte MétéoSuisse). En l'absence de plan d'action au niveau fédéral, la Confédération propose aux autorités cantonales et communales depuis 2021 une boîte à outils de mesures contre la chaleur. Des démarches parlementaires pour adopter un plan fédéral sont restées sans succès. En revanche, les plans canicule cantonaux et communaux, adoptés principalement en Suisse romande et au Tessin, jouent un rôle central pour la protection des populations vulnérables. Ces plans mettent en place des outils comme les campagnes de sensibilisation, la prise de contact quotidienne avec des personnes âgées vivant seules («buddy

system») ainsi que des démarches de coordination entre autorités (santé, services sociaux, protection civile, police, etc.). Les cantons alémaniques semblent restés plus figés pour l'instant à la notion de responsabilité individuelle.

Au-delà des plans d'urgence étatiques, les plans canicule au niveau des institutions sociosanitaires (hôpitaux, EMS, etc.) sont peu développés, avec l'exception du canton de Vaud. Ces plans institutionnels devraient pourtant régler des questions essentielles en lien avec la prise en charge des patients ou résidents ainsi que les conditions de travail des employés. Il s'agirait de trancher notamment des questions juridiques délicates comme l'installation de climatiseurs et l'adaptation des tenues vestimentaires.

Des lacunes de capacités et de ressources

Du point de vue empirique, les plans canicule se sont révélés être des instruments juridiques efficaces dans la prévention de la surmortalité liée aux canicules. Ils permettent de réaligner le droit à la santé. La variété cantonale et communale dans la prévention et la gestion des canicules tient certes compte des caractéristiques géographiques et institutionnelles locales. Souvent, cette variété reflète toutefois des lacunes de capacités et de ressources. Ces lacunes créent des inégalités en matière d'exposition aux effets de la chaleur alors que les canicules constituent un phénomène généralisé sur le territoire suisse et que la situation des personnes vulnérables est semblable dans toutes les zones urbaines. Des normes minimales en matière de plans d'urgence ou d'action – imposées au niveau fédéral – semblent être la solution juridique durable à envisager.



Prof. Dre Mélanie Levy

Professeure assistante et codirectrice de l'Institut de droit de la santé, Faculté de droit, Université de Neuchâtel. Directrice d'un projet de recherche FNS Eccellenza.



L'art de la communication thérapeutique



Anne-Françoise Allaz

Prof. Dre méd., membre de l'Advisory Board du Bulletin des médecins suisses

La parole comme une arme? Sans aucun doute, il s'agit d'un instrument humain puissant, doté d'un pouvoir de transmission, de conviction, de consolation, autant que de calomnie, de manipulation et de mensonge. Son détournement idéologique a été dénoncé par beaucoup, dont George Orwell avec la fameuse *novlangue* de son «1984» ou Victor Klemperer, linguiste renommé, décortiquant chaque jour l'évolution «totalitaire» de la langue allemande sous le 3^e Reich [1]. Il y a résisté par ses écrits, qu'il surnommait «mes petits soldats de papier». La parole est bien une arme.

Ces textes, notamment, m'ont fait réfléchir à la place de la parole en médecine. À l'art de la parole, plus exactement. Une parole si centrale, si incontournable, chargée de tant de fonctions! En tant que médecins, nous savons combien une bonne communication avec nos patients est primordiale pour créer et maintenir avec eux une relation privilégiée. Mais aussi pour les informer, les rassurer, les accompagner. Nous savons également d'expérience combien des paroles malhabiles ou une annonce de mauvaise nouvelle qui ne trouve pas le bon chemin entre prudence et vérité crue peuvent être mal vécues, parfois même dévastatrices.

La parole soignante a démontré dans divers cadres sa forte contribution au soulagement et à la guérison. Pensons par exemple au supplément statistiquement significatif d'analgésie et de bien-être lors de l'accompagnement verbal de diverses thérapies [2], au bienfait d'explications rassurantes, aux projets de soins partagés, aux suggestions hypnotiques, à la «Talking cure» qu'est la psychanalyse, et à bien d'autres exemples encore.

S'il est difficile de douter du pouvoir de la parole, les médecins ne se sentent toutefois pas toujours préparés aux compétences communicationnelles qui contribuent non seulement à la qualité de l'interaction médicale, mais aussi à éviter maints malentendus. Aussi faut-il saluer l'introduction d'une sensibilisation à la «Communication thérapeutique» dans l'offre de formation

postgraduée d'un certain nombre d'hôpitaux romands [3]. Parmi plusieurs autres aspects, ces formations rendent attentifs à l'utilisation du langage non verbal. Inspirée de l'hypnose communicationnelle, la reformulation proposée des phrases avec des mots et expressions à connotation positive apporte, quant à elle, une détente bienvenue aux patients. Des exemples? Le remplacement de «Je vais vous piquer» par «Voilà, nous allons commencer», de «Ne vous inquiétez pas» par «Rassurez-vous».

En dépit de leur indéniable apport, une certaine caution est de mise devant ces «boîtes à outils» relationnelles. Car la communication et la rencontre authentiques ne peuvent être ni standardisées, ni normalisées. Elles s'appuient sur un subtil accordage de deux partenaires, où l'intersubjectivité, l'intuition et même «l'atmosphère» du moment [4] jouent un rôle central.

Il en va de même pour la place laissée à l'autre dans le silence attentif d'une véritable écoute. En consultation, il arrive souvent que la parole doive s'effacer. «L'on doit trouver en soi assez de disponibilité pour accueillir les paroles et les silences d'un autre, sans aussitôt les couvrir de sa propre volubilité et de sa propre inquiétude», écrit Catherine Chabert à propos des rencontres avec des patients en grande souffrance [5]. En plus d'une disponibilité active, l'écoute nécessite une ouverture aux autres et une forme d'humilité. La puissance thérapeutique de cette facette de la communication mérite, elle aussi, d'être reconnue.



Références

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

21. Juni 2024, 09:30–17:30

Interdisziplinäre Therapieansätze in Psychosomatik und (Psycho-)Onkologie

Uns erwarten am Freitag zum Schwerpunktthema Psychosomatik Referate zu Themen wie dem gelingenden interprofessionellen Umgang mit psychosomatischen Störungen in Gruppenpraxen anhand intuitiver Diagnostik als «Körperstress-Erkrankung» (ICD 11), zur Steigerung der Gesundheitskompetenz von Patienten durch Multimodale Programme und Coaching-Tools, zum Berufsbild der Pflegefachpersonen mit erweiterter Praxis (APNs), zum Management interprofessioneller Zusammenarbeit als Herausforderung im klinischen und ambulanten Alltag und zu interdisziplinären Ansätzen der Schmerztherapie. Im Abendvortrag stellen wir die Frage nach der Herausforderung für die psychische Gesundheit im Leistungs- und Freizeitsport.

Speaker

- Prof. Dr. Stefan Büchi
- Dr. sc. med. Nina Streeck
- Dr. phil. Bettina Berger
- Prof. Dr. Matthias Mitterlechner
- Prof. Dr. Romy Mahrer Imhof
- PD Dr. med. Malte Christian Claussen

Sprache
Deutsch**Informationen**

www.cseb.ch/fachtagung

Veranstaltungsort

Hotel Belvédère, Seminarräumlichkeiten

Veranstalter

Clinica Curativa

Adresse

Stradun 330
7550 Scuol
Schweiz

Kontakt

Jacqueline Oesch
081 861 13 00
jacqueline.oesch@cseb.ch



06.04.2024–11.04.2024

GI Surgery Davos Course

The Davos Course 2024 offers three different levels of skills training and corresponding lectures. Participants interested in robotic surgery have the possibility to book a separate robotic training course.

Congress Center Davos, Switzerland, Talstrasse 49a,
7270 Davos Platz, Schweiz
Kontakt: c/o ak-medizin
davoscourse@ak-medizin.com

10.04.2024–13.04.2024

XXXII. Wissenschaftliche Tagung der Arbeitsgemeinschaft für Gynäkologische Onkologie (AGO) der OEGGG 2024

Salzburg Congress, Auerspergstraße 6,
5020 Salzburg, Österreich
Kontakt: Tagungssekretariat: Sekretariat der
AGO Österreich, Frau Ingrid Zeimet-Kirchmair
kontakt@ago-austria.at

11.04.2024 | 09.15–17.00 Uhr

Diagnostikkurs in medizinischer Parasitologie: Darmprotozoen

Neben der Beobachtung lebender Parasiten und der Beurteilung mikroskopischer Präparate werden auch Biologie, Epidemiologie, Nachweismethoden und klinische Aspekte von intestinalen Protozoen behandelt.

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

22. Juni 2024, 09:30–17:30

Interdisziplinäre Therapieansätze in Psychosomatik und (Psycho-)Onkologie

Am Samstag steht die (Psycho-)Onkologie im Zentrum und wir zeigen, wie die Herzfrequenzvariabilität (HRV) ein Marker für den Therapieansatz und die Prognose sein kann. Wir stellen uns auch die Frage, was männliche Patienten in der Therapie brauchen und thematisieren die Sexualität. Den Tag runden wir ab mit dem Erfahrungsschatz eines Experten aus vierzig Jahren Therapieerfahrung mit der Misteltherapie.

Speaker

- Stefan Mamié
- MSc Oliver Bayer
- Dr. med. Doris Eller-Berndl
- PhD Andreas Walther
- Dr. med. Richard Heiligtag

Sprache
Deutsch**Informationen**

www.cseb.ch/fachtagung

Veranstaltungsort

Hotel Belvédère, Tagungsräume

Veranstalter

Clinica Curativa

Adresse

Stradun 330
7550 Scuol
Schweiz

Kontakt

Jacqueline Oesch
081 861 13 00
jacqueline.oesch@cseb.ch



04.04.2024–06.04.2024

8. Österreichischer interprofessioneller Palliativkongress

Villach, 9500 Villach, Österreich
Kontakt: Tagungsorganisation: Mondial Congress & Events
opg@mondial-congress.com

06.04.2024

Kardiologie Netzwerk Burgenland: Update 2024

Hotel Galantha, Esterhazyplatz 3,
7000 Eisenstadt, Österreich
Kontakt: Barbara Horak, David Grünseis
kardio@maw.co.at

**Votre manifestation manque?**Entrez-la sur events.emh.ch**Votre manifestation doit se démarquer?****Nous serons ravis de vous aider.**
events@emh.ch



**Soulagement
des troubles à la suite
d'une hyperplasie
bénigne de la prostate¹**

**Indication
équivalente à
celle de la
tamsulosine¹** ✓

**Sans altération
de la sexualité¹** ✓

Prostaplant®-F

Sabal WS® 1473 · Urtica WS® 1031

Admis aux caisses¹

La solution convaincante au double mécanisme d'action²

- **Efficacité comparable à la tamsulosine et au finastéride^{3,4}**
- **Optimal et efficace dans le cadre d'un traitement à long terme de l'HBP^{5,6}**
- **Le seul médicament phytothérapeutique pour l'indication HBP en liste B¹**

Information professionnelle abrégée Prostaplant®-F

Composition: 1 capsule contient 160 mg d'extrait sec standardisé lipophile de drupes de sabal et 120 mg d'extrait sec de racines d'orties (titré à 18 mg d'acides aminés); excipient: colorant E 131. **Indications:** Soulagement des troubles à la suite d'une hyperplasie bénigne de la prostate. **Posologie:** 1 capsule 2 fois par jour à prendre avec un peu de liquide et sans la croquer. La durée du traitement n'est pas limitée dans le temps. **Propriétés/Effets:** L'extrait de sabal inhibe à la fois la 5 α -réductase et l'aromatase, tandis que l'extrait d'orties n'inhibe que l'aromatase. Ces deux extraits ont un puissant effet synergique au niveau de l'inhibition de l'aromatase. **Effets indésirables:** des troubles gastro-intestinaux ont été observés dans quelques cas. **Interactions:** aucune connue. **Présentation:** 60 et 120 capsules. **Catégorie de vente:** B. Schwabe Pharma SA, 6403 Küssnacht am Rigi. Pour de plus amples informations, consulter www.swissmedicinfo.ch.

Références

1. www.swissmedicinfo.ch 2. Koch E. et al. Pharmakologische Wirkungen von Sabal- und Urticaextrakten als Grundlage für eine rationale Therapie der BPH. Der Urologe (B) 1994; 34: 90–95. 3. Engelmann U. et al. Efficacy and Safety of a Combination of Sabal and Urtica Extract in Lower Urinary Tract Symptoms. Arzneim.-Forsch./Drug Res. 2006; 56, No. 3: 222–229. 4. Sökelland J. et al. Kombination aus Sabal- und Urticaextrakt vs. Finasterid bei BPH (Std. I bis II nach Alken). Der Urologe (A) 1997; 36: 327–333. 5. Sökelland J. et al. Results from a seven years follow-up investigation. Long-term effects of PRO 160/120 in BPH patients. Therapie Report aktuell, Uro-News 2007; 3: 68–69. 6. Lopatkin N. et al. Long-term efficacy and safety of a combination of sabal and urtica extract for lower urinary tract symptoms – long-term follow-up of a placebo-controlled, double-blind, multicenter trial. Int Urol Nephrol 2007; 39 (4): 1137–46. 02/22

Toutes les références peuvent être demandées à Schwabe Pharma.



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