

BULLETIN DES MÉDECINS SUISSES & SWISS MEDICAL FORUM

Numéro 15
10 avril 2024



28 Approvisionnement La pénurie de médicaments s'intensifie

12 **Restauration hospitalière**
Dans les coulisses de l'Hôpital cantonal de Lucerne

18 **Médicaments**
Quelles sont les causes des ruptures de stock?

46 **Troubles anxieux**
Version courte des recommandations thérapeutiques

Annonce

EGb 761^{®1}



Tebokan[®] 240

Extrait spécial de ginkgo biloba EGb 761[®]

Repousser la démence.^{2,3,4}

• 1x 240 mg am Tag¹ • Kassenzulässig, Liste B^{1,5}

Nouveau
comprimé compact
Tebokan[®]



Schwabe Pharma AG
From Nature. For Health.

Information professionnelle Tebokan[®] 120/Tebokan[®] 240: C: 1 cpr. filmé contenant 120 mg ou 240 mg d'extrait de ginkgo-biloba (EGb 761[®]) (DSF 95-67-1), quantifié à 26,4-32,4 mg ou 52,8-64,8 mg de flavonoglycosides et 6,6-7,2 mg ou 12,2-15,84 mg de terpenolactones (ginkgolides, bilobalides). Agent d'extraction acétone 60% m/m. Le traitement symptomatique des déficiences des performances mentales. Adjuvant à l'entraînement à la marche lors de rééducation réhabilitatrice. En cas de vertiges et d'acouphènes. P: matin et soir 1 cpr. filmé (120 mg) ou 1 cpr. filmé 1x par jour (240 mg). CI: hypersensibilité aux extraits de ginkgo-biloba. EE: très rares: légers troubles gastro-intestinaux, maux de tête ou réactions allergiques cutanées. IE: un effet inverse des médicaments réduisant la coagulation du sang ne peut pas être exclu. P: 90 et 120 cpr. filmés (120 mg) ou 30, 60 et 90 cpr. filmés (240 mg). CN: S: admis aux caisses. TA: Schwabe Pharma AG, Küssnacht am Rigi. Pour de plus amples informations, consulter www.swissmedinfo.ch.

Références: 1. Information professionnelle Tebokan[®], <https://www.swissmedinfo.ch/>, mis à jour: avril 2022. 2. Kirschel-Rut et al., Ginkgo biloba: specificity of neuropsychological improvement – a selective review in search of differential effects. Hum. Psychopharmacol Clin Exp 2009;24:345-370. 3. Kurz A et al., Leichte kognitive Störung: Fragen zu Definition, Diagnose, Prognose und Therapie. Nervenarzt 2004; 75: 6-15. 4. Tian et al., Chinese herbal medicine Gūngqīngphōtōs for the treatment of amnesic mild cognitive impairment: A 52-week randomized controlled trial. Alzheimer Dement (N Y) 2019;5:441-449. Published 2019 Sep 4. doi:10.1016/jalz.2019.03.001. 5. <https://www.specialistbulletin.ch>. Tebokan[®] 1-Leiter Zug/Hf 1.6.2023. Toutes les références peuvent être demandées à Schwabe Pharma. Schwabe Pharma AG, Erlenstrasse 2, 6034 Küssnacht am Rigi. 06/2023

Carmenthin®

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



Admis aux caisses (LS)
dès 12 ans

Douleurs?



Ballonnements?



Sensation de réplétion?



Capsule gastro-résistante¹



Se dissout directement dans l'intestin¹

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

Action dans l'intestin. Réduction ciblée des symptômes.

1,2,3,4,5

Information professionnelle abrégée Carmenthin®

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

Références

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

Toutes les références peuvent être demandées à Schwabe Pharma.



Schwabe
Pharma AG
From Nature. For Health.

Tout est lié



Magdalena Mühlemann

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

L'une de mes premières expériences marquantes pendant la pandémie de Covid a été de voir les rayons des supermarchés partiellement vides. Du jour au lendemain, des produits de consommation courante comme la farine ou le papier toilette sont venus à manquer. Dans un pays riche comme la Suisse, les pénuries sont rares. J'ai donc été contrariée lorsque mon produit pour lentilles de contact s'est retrouvé en rupture de stock en raison de la guerre en Ukraine. Mais les personnes qui ont besoin de médicaments et ne peuvent plus s'en procurer sont beaucoup moins bien loties que moi. Au début du mois d'avril, on dénombrait 878 emballages et 683 produits/dosages non disponibles en Suisse. Dans un monde globalisé, tout est lié. Production à moindres coûts à l'étranger, perturbations des chaînes d'approvisionnement, exigences relatives au petit marché qu'est la Suisse... De nombreux facteurs entrent en ligne de compte, comme l'explique Ines Böhm en page 18. Je vous invite également à lire l'analyse de la semaine de la FMH, signé Carlos Quinto, en page 28.

La pénurie de médicaments touche tout particulièrement le domaine de la psychiatrie. Les sociétés de discipline médicale et les associations tirent la sonnette d'alarme. Elles demandent des mesures pouvant être mises en œuvre rapidement, comme la flexibilité réglementaire ou la promotion d'alternatives et d'offres de soutien. «Les psychotropes sont

essentiels au traitement des maladies psychiques. Il est crucial de respecter la posologie prescrite et de maintenir la continuité dans le traitement», expliquent Fulvia Rota et al. dans leur article en page 34. Ils soulignent également que les patientes et patients aisés et bien informés sont clairement avantagés par rapport à celles et ceux dont les moyens financiers sont limités: les mieux lotis sont beaucoup plus à même de trouver d'autres sources d'approvisionnement pour un médicament manquant.

Au début du mois d'avril, on dénombrait 878 emballages et 683 produits/dosages non disponibles en Suisse.

Restons dans le domaine de la psychiatrie suisse et des sociétés de discipline médicale. Dans le Swiss Medical Forum, Erich Seifritz et al. présentent en page 46 une version courte de leurs recommandations de traitement des troubles anxieux. Ici aussi, le traitement médicamenteux revêt une grande importance, car le risque de maladie psychique comorbide est élevé en cas de trouble anxieux généralisé et de trouble panique. Les dépressions, les troubles somatoformes, la dépendance à l'alcool ou une autre maladie du spectre de l'anxiété sont particulièrement fréquents.

Annonce



Esstörungen bestimmen das ganze Leben.

Darum müssen sie methodenübergreifend, ganzheitlich und gezielt therapiert werden.

Esstörungen
(ab 16 Jahren)

Adipositas

Depressionen,
Angst, Burnout

Psychotherapie
Generation 50+

Privat
Klinik
Aadorf

*Persönlich
und diskret.*

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



Nouveaux plans de prévoyance. Pour garder le cap à chaque étape de la vie.

En choisissant Medpension, vous fixez le cap de votre prévoyance professionnelle et vous définissez les priorités de votre cabinet en la matière. Vous assurez ainsi l'avenir de vos collaborateurs et augmentez votre attractivité en tant qu'employeur.

Les nouveaux plans de prévoyance Medpension s'adaptent parfaitement aux exigences de chaque situation de vie. Vous avez le choix entre plusieurs plans et vous sélectionnez ensuite les modules qui répondent le mieux à vos besoins, qu'il s'agisse de l'épargne-vieillesse ou des risques à assurer.

Depuis 1986, nous nous engageons à fournir des plans de prévoyance sur mesure aux médecins, collaborateurs des cabinets médicaux et professionnels de la santé. De l'ouverture du cabinet à la retraite. Votre prévoyance en bonnes mains.

Découvrez les vidéos explicatives utiles concernant les nouveaux plans de prévoyance sur www.medpension.ch



Zoom sur



12

Bon appétit!

Restauration hospitalière Vous aimez bien manger? Les patientes et les patients à l'hôpital aussi. Mais comment les repas arrivent-ils à leur chevet et qui veille au respect des prescriptions médicales en matière d'alimentation? Un coup d'œil dans les coulisses de l'hôtellerie et de la restauration à l'Hôpital cantonal de Lucerne.

Rahel Gutmann



18

Vous avez dit pénurie?

Médicaments En vingt ans, la part de la production de substances actives a diminué environ de moitié en Europe. Cette situation a contribué aux pénuries de médicaments que nous connaissons aujourd'hui. Production globale concentrée en Asie, chaînes d'approvisionnement complexes, pression des coûts... les causes sont multiples. État des lieux.

Ines Böhm



80

E-ordonnance: oser le changement

Numérisation La numérisation du processus de médication soulève de nombreuses questions chez les médecins: Aurai-je plus de travail au quotidien? Comment mes patients réagiront-ils aux changements? Une ordonnance électronique est-elle vraiment plus sûre qu'une ordonnance papier? Les réponses de Lucas Schult.

Lucas Schult

Annonce



ÉVÉNEMENTS

Swiss Health Web

Savoir où se passe quoi!

- Congrès
- Séminaires
- Formations continues et postgraduées

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

events.emh.ch



Sommaire

3	Éditorial de Magdalena Mühlemann Tout est lié	36	FMH Actuel Symposium de l'ASQM et Innovation Qualité 2024
8	CONTENU ÉDITORIAL	38	Nouvelles du corps médical
8	Actualités	40	ORGANISATIONS
8	À la page Les hôpitaux affichent un net déficit	40	SSAPM Deuxième liste Top 5 Anesthésiologie et médecine périopératoire
12	Reportage Bon appétit!	43	SWISS MEDICAL FORUM
18	Article de fond Vous avez dit pénurie?	44	Weekly Briefing de Lars C. Huber et Martin Krause
22	Forum Des besoins médicaux spécifiques	46	Recommandations Le traitement des troubles anxieux: version courte
23	Forum Courrier à la rédaction	52	Quel est votre diagnostic? Ataxie épisodique et nystagmus avec rémission spontanée
78	Savoir Contrôler un troisième bras par la respiration	55	Le cas particulier Quand une détoxification maximale est-elle directement indiquée?
80	Cabinet malin E-ordonnance: oser le changement	69	POINT FORT: NEUROLOGIE
82	Le mot de la fin de Sven Streit Quand l'amphithéâtre se remplit	69	Résultats à long terme favorables après traitement chirurgical
27	FMH	72	Épilepsie: mise à jour et perspectives
28	Analyse de la semaine du Comité central Approvisionnement en médicaments, quo vadis?	75	Meilleure santé cérébrale, meilleure qualité de vie
30	FMH Actuel Comment des statistiques officielles induisent en erreur	58	SERVICES
34	FMH Actuel Il est urgent d'agir face à la pénurie de psychotropes	58	Offres et demandes d'emploi
		64	FMH Services

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, 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

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

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

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

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

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

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

Concept créatif: Agence Guido Von Deschwanden

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

Photos: toutes les photos sont mises à disposition, sauf indication contraire. Photo de couverture: © Lim Seng Kui / Dreamstime

Plus de sommeil
la nuit¹

QUVIVIQ[®]
50 mg¹



Plus d'énergie
le jour¹



Il est temps de mettre en place un nouveau schéma thérapeutique pour vos patients souffrant d'insomnie chronique.²

¹ Mignot E et al. Safety and efficacy of daridorexant in patients with insomnia disorder: results from two multicentre, randomized, double-blind, placebo-controlled, phase 3 trials. *Lancet Neurol.* 2022;21(2):125-139. ² QUVIVIQ[®] (daridorexant), Information professionnelle, mise à jour de l'information : mai 2022, www.swissmedicinfo.ch

Informations abrégées sur la prescription **QUVIVIQ[®] (daridorexant)**:

▼ Ce médicament fait l'objet d'une surveillance supplémentaire. Pour plus d'informations, veuillez consulter les informations professionnelles et destinées aux patients pour QUVIVIQ[®] sur www.swissmedicinfo.ch. **QUVIVIQ[®] (chlorhydrate de daridorexant)** : Comprimés pelliculés de daridorexant de 25 mg et 50 mg. **I/PdE** : Indiqué chez l'adulte pour le traitement des troubles de l'insomnie caractérisés par des symptômes présents depuis au moins 3 mois et avec un impact significatif sur le fonctionnement pendant la journée. **P/MdE** : Dose recommandée : 50 mg chaque soir, 30 minutes avant le coucher. Dose journalière maximale : 50 mg. En cas de troubles de la fonction hépatique ou prise concomitante d'inhibiteurs modérés du CYP3A4 : 25 mg chaque soir. Co-administration avec des déprimeurs du SNC : Ajustements posologiques sur la base d'une évaluation clinique. Usage pédiatrique : Non indiqué. Estimer la pertinence du traitement 3 mois après le début du traitement, puis à des intervalles réguliers. **CI** : Hypersensibilité au principe actif ou excipients ; narcolepsie ; utilisation concomitante d'inhibiteurs puissants du CYP3A4. **MeG/P** : Il doit être déconseillé aux patients de consommer de l'alcool. Une paralysie du sommeil et des hallucinations hypnagogiques/hypnopompiques peuvent survenir. Des symptômes similaires à une cataplexie légère ont été observés en association avec des antagonistes doubles des récepteurs de l'orexine. Interrompre immédiatement le traitement avec QUVIVIQ en cas de comportement complexe du sommeil. La prudence s'impose en cas de prescription concomitante de déprimeurs du SNC et chez les personnes > 75 ans, lorsque le patient présente des symptômes de dépression, des comorbidités psychiatriques ou neurologiques instables, un syndrome d'apnée obstructive du sommeil (SAOS) sévère ou souffre d'une bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) sévère. Non recommandé en cas d'une insuffisance hépatique sévère. Les personnes présentant une anamnèse d'abus ou de dépendance à l'alcool ou à d'autres substances doivent faire l'objet d'une surveillance étroite. **IA** : L'utilisation avec des inducteurs modérés ou puissants du CYP3A4 peut réduire l'efficacité. La prudence s'impose en cas d'administration concomitante de substrats de CYP3A4, CYP2C9, BCRP et de P-gp, avec une surveillance étroite en cas d'index thérapeutique étroit. L'alcool a entraîné des effets additifs sur les performances psychomotrices. **G, A** : N'utiliser pendant la grossesse que si l'état clinique de la femme enceinte requiert le traitement. Éviter pendant l'allaitement car un risque de somnolence excessive chez l'enfant ne peut pas être exclu. **EsAaC&UdM** : Un intervalle d'au moins 9 heures est recommandé entre l'ingestion et la conduite de véhicules ou l'utilisation de machines. **EI** : Communs : maux de tête, somnolence, vertiges, nausées, fatigue. **SD** : Prodriquer des soins médicaux généraux symptomatiques et traitements d'appoint. Dose supra-thérapeutique : somnolence, faiblesse musculaire, troubles de l'attention, fatigue, céphalées et constipation. **NA** : 68481 (Swissmedic). **P** : 10 ou 30 comprimés pelliculés de 25 mg ou 50 mg [B]. **TdA** : Idorsia Pharmaceuticals Ltd., 4123 Allschwil, Suisse. Pour obtenir des informations détaillées, veuillez consulter les informations professionnelles actuelles sur www.swissmedicinfo.ch.

QUVIVIQ[®]
daridorexant

idorsia



La construction d'un nouveau bâtiment est un facteur de coûts. Le groupe de l'Île a investi 24 millions de francs dans la Maison Anna Seiler.

À la page

Les hôpitaux affichent un net déficit

Finances Les hôpitaux suisses ont accusé des pertes financières massives en 2023. Le groupe de l'Île à Berne et les hôpitaux publics de Saint-Gall enregistrent en partie des déficits importants. Le Conseil d'État bernois déploie désormais un plan de sauvetage de 100 millions de francs qui doit garantir les liquidités des hôpitaux répertoriés.

Bahador Saberi

Le groupe de l'Île clôt l'exercice 2023 avec un déficit conséquent. Selon ce dernier, sa perte s'élève à environ 113 millions de francs. L'année précédente, le déficit affichait 80 millions de francs. L'augmentation des coûts de l'électricité, qui s'est élevée jusqu'à 240%, serait l'un des trois facteurs ayant contribué au résultat négatif du groupe du côté des coûts. S'y ajoutent une augmentation générale des coûts de 2% et des «mesures salariales» à hauteur de 2,5%. Ces trois facteurs contribueraient au total à un résultat négatif de 50 millions de francs. Le Prof. Dr iur. Bernhard Pulver, président du conseil d'administration du groupe de l'Île, qualifie l'année écoulée de «très intense» pour le groupe hospitalier.

Un autre facteur ayant contribué au résultat d'exploitation négatif est la fermeture des deux hôpitaux de Münsingen et

Tiefenau. L'Hôpital de Münsingen a cessé son activité le 30 juin, et celui de Tiefenau le 31 décembre 2023. Les fermetures ont entraîné des effets exceptionnels qui pèsent sur les coûts à hauteur d'environ 30 millions de francs.

Les recettes ne couvrent pas les coûts en sus

Les dépenses d'investissement de l'entreprise sont en grande partie liées aux frais d'équipement du nouveau bâtiment principal de l'Hôpital de l'Île à Berne, qui s'élèvent à environ 24 millions de francs. «Pour le groupe de l'Île, la Maison Anna Seiler représente un investissement important pour l'avenir», déclare Bernhard Pulver. Le nouveau bâtiment offrira une nette plus-value tant au personnel qu'à la patientèle.

Le groupe hospitalier bernois n'a pu compenser que partiellement l'augmentation des coûts par une augmentation

des recettes. L'année dernière, il a été possible de trouver un accord contractuel avec tarifsuisse, la CSS et SwissDRG pour le prix de base. La situation tarifaire demeure particulièrement tendue et de nouvelles adaptations tarifaires sont nécessaires pour couvrir les coûts liés à l'inflation. Afin de disposer de liquidités pour l'exercice en cours, le groupe bernois a émis l'année dernière trois emprunts sur le marché des capitaux pour un montant total de 510 millions de francs.

Les mauvais résultats économiques des hôpitaux alimentent également les discussions politiques. Le Conseil d'État bernois a demandé un crédit-cadre au Grand Conseil du canton début mars. Celui-ci doit mettre à disposition jusqu'à fin 2028 des prêts et des cautions d'une valeur totale de 100 millions de francs pour garantir les liquidités. L'objectif de cette mesure est d'assurer la solvabilité des hôpitaux répertoriés et, dans le domaine des prestations psychiatriques, de garantir la sécurité des soins en cas de besoin. «La défaillance d'un seul prestataire aurait déjà de graves conséquences sur l'approvisionnement», indique un communiqué du canton de Berne.

D'importantes pertes à Saint-Gall

Le groupe de l'Île n'est pas le seul à subir une forte pression économique. Le groupe des hôpitaux publics de Saint-Gall affiche également une perte d'environ 59 millions de francs pour ses quatre groupements hospitaliers au cours du dernier exercice. À cela s'ajouteraient des dépréciations extraordinaires pour l'immobilier hospitalier d'environ 40 millions de francs, ce qui porterait la perte du groupe à près de 100 millions de francs.

«Plusieurs raisons expliquent que les hôpitaux en Suisse enregistrent un résultat négatif», explique le Prof. Dr oec. Urs Brügger, économiste de la santé. L'évolution économique générale est la même pour l'ensemble du secteur hospitalier suisse: les coûts augmentent, mais pas les revenus – ou ils n'augmentent pas suffisamment pour compenser la hausse des coûts. Pour Urs Brügger, le vecteur principal de cette tendance, outre l'augmentation des coûts matériels et les coûts de personnel qui se répartissent sur plusieurs facteurs, s'explique par les augmentations générales de salaire qui poussent les coûts vers le haut, tout comme les coûts supplémentaires pour le personnel temporaire. À cela s'ajoutent les conséquences de la pandémie qui, avec des taux de maladie plus élevés, se répercutent désormais sur les chiffres. À côté des évolutions générales, de nombreux hôpitaux doivent encore faire face à des problèmes spécifiques et internes. «Même ceux qui pouvaient encore afficher de bons chiffres il y a deux ans ne le peuvent peut-être plus aujourd'hui», explique Urs Brügger.

Quoi de neuf?

USB: nouveau médecin-chef en médecine intensive



Prof Dr méd.
David Berger

Bâle Le Prof Dr méd. David Berger sera professeur clinique de médecine intensive à la Faculté de médecine de l'Université de Bâle à partir du 1^{er} juin 2024. Cette nomination s'accompagne de celle de médecin-chef en médecine intensive à l'Hôpital universitaire de Bâle (USB), comme l'indique un communiqué. Actuellement, David Berger est médecin adjoint et professeur associé en médecine intensive à l'Université de Berne, où il dirige un groupe de recherche spécialisé dans la physiologie cardio-pulmonaire et l'assistance extracorporelle. Il a étudié la médecine humaine à l'Université de Bâle, où il a obtenu son doctorat en 2005. Pendant sa formation en médecine intensive à Bâle, il a rejoint la clinique universitaire de médecine intensive de l'Hôpital de l'Île à Berne dans le cadre d'une bourse de recherche. En 2012, il a obtenu le titre de spécialiste en médecine intensive et a passé son habilitation en 2019 à l'Université de Berne. Ses recherches sont consacrées à la physiopathologie clinique de la circulation et des poumons, en particulier à l'état volumique du système cardiovasculaire et aux interactions avec les circuits extracorporels. Sur le plan clinique, David Berger défend une médecine intensive interdisciplinaire.

La Ligue suisse contre le cancer a une nouvelle directrice



Mirjam Kilunda
Weber

Ligue contre le cancer Mirjam Kilunda Weber succédera à Daniela de la Cruz en tant que CEO de la Ligue suisse contre le cancer le 1^{er} septembre 2024. Mirjam Weber est membre de la direction de la Ligue suisse contre le cancer depuis septembre 2020 et responsable du secteur Conseil, offres et formation. Précédemment, elle a occupé plusieurs postes à responsabilité au sein de l'administration fédérale et cantonale. De 2017 à 2020, elle était en charge de la Stratégie nationale sur les addictions à l'Office fédéral de la santé publique, tout en assurant la suppléance de la responsable de la Division MNT. De 2014 à 2017, elle a occupé différentes fonctions au sein de la Direction de la santé, des affaires sociales et de l'intégration du canton de Berne. Elle dispose d'une longue expérience en tant qu'assistante sociale et pédagogue. Mirjam Weber termine actuellement un Executive Master of Business Administration de l'Université de Rochester (USA) et de l'Université de Berne, dispose de diplômes de master en travail social ainsi qu'en leadership & management et est Fellow du réseau international SCIANA.

Au cœur de la science

Ce ballon conduit des médicaments au cœur

Crise cardiaque Des scientifiques bernois ont mis au point une nouvelle méthode pour lutter contre l'obstruction des artères coronaires après un infarctus du myocarde. Dans leur étude, ils ont utilisé un cathéter à ballonnet qui permet de diagnostiquer les obstructions microvasculaires (OMV) directement au niveau de l'artère bouchée. L'équipe de l'ARTORG Center for Biomedical Engineering a montré que ce ballon gonflable permettait d'injecter des médicaments dissolvant les caillots dans les ramifications. Pour tester l'efficacité de ces médicaments, les scientifiques ont utilisé une puce qui simule la mécanique des fluides à l'intérieur des plus petits vaisseaux sanguins. «C'est la première fois qu'il est possible de dissoudre des caillots sanguins de manière ciblée et à faible dose», souligne Anastasia Milusev, collaboratrice scientifique au centre ARTORG. «Nous allons désormais assembler toutes les pièces du puzzle pour que le traitement des MVO soit accessible aux patientes et patients.»

doi.org/10.1002/btm2.10631

Un traitement du cancer moins toxique

Effets secondaires Une équipe de l'Université de Genève, en collaboration avec la société bâloise FoRx Therapeutics, a identifié le mécanisme d'action des inhibiteurs de PARP, utilisés notamment dans le cas du cancer du sein et de l'ovaire chez les patientes porteuses de la mutation des gènes BRCA. Les scientifiques ont utilisé deux classes d'inhibiteurs de PARP qui bloquent de façon identique l'activité enzymatique de la PARP - à savoir la synthèse de la chaîne de sucres qui sert de signal d'alarme - mais ne piègent pas la PARP sur l'ADN avec la même intensité. L'équipe a observé que ces deux inhibiteurs tuent avec la même efficacité les cellules cancéreuses, mais que l'inhibiteur qui lie la PARP faiblement à l'ADN est beaucoup moins toxique pour les cellules saines. «Ces connaissances permettront de développer des inhibiteurs de PARP plus sûrs qui inhibent l'activité enzymatique de la PARP sans la piéger sur l'ADN», explique Thanos Halazonetis, qui a dirigé l'étude.

doi.org/10.1038/s41586-024-07217-2

Divers

Unimedsuisse: nouvelle direction



Du changement à la tête d'unimedsuisse.

Passage de témoin Changement de personnel à la tête de l'association Médecine Universitaire Suisse (unimedsuisse): Werner Kübler, directeur de l'Hôpital universitaire de Bâle, assume désormais la présidence. Il succède à Bernard Levrat, directeur général des Hôpitaux universitaires de Genève, qui quitte ses fonctions après sept ans de présidence. Bernard Levrat deviendra dès juin Chief Operating Officer du groupe Mediclinic. Le vice-président d'unimedsuisse sera Antoine Geissbühler, doyen de la Faculté de médecine de Genève.

Agnes Nienhaus, directrice de longue date, a décidé de quitter ses fonctions. Elle sera remplacée à partir du 1^{er} juin

2024 par Sandra Laubscher, qui dispose d'une large expérience dans le domaine de la santé. Actuellement, elle est directrice adjointe de curafutura et responsable de la politique de la santé. Sandra Laubscher est psychologue de formation et titulaire d'un MAS en Health Administration de l'Université de Berne.

En avril et mai 2024, Sabine Thomas, directrice adjointe d'unimedsuisse, assurera l'intérim à la tête de l'association.

L'association unimedsuisse réunit les hôpitaux universitaires de Bâle, Berne, Genève, Lausanne et Zurich ainsi que les cinq facultés de médecine de Suisse. Elle sert de point de contact pour les questions de médecine universitaire au niveau national.

En chiffres

Maladies neurologiques



Au niveau mondial, **3,4 milliards de personnes** souffrent de troubles neurologiques. C'est ce que révèle une étude de l'Institut américain de mesure et d'évaluation de la santé (IHME).

43% de la population mondiale souffrait d'une maladie du système nerveux telle que la démence, la migraine ou un accident vasculaire cérébral en **2021**.

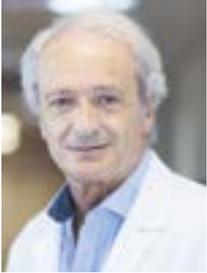


Le nombre de maladies du système nerveux a augmenté de **59%** au cours des **30 dernières années**. Elles ont privé les personnes concernées de plus de **443 millions d'années** de vie en bonne santé en **2021**.



Personnalité de la semaine

Il a dédié sa vie à l'oncologie



**Prof. Dr méd.
Franco Cavalli**
Président de Bellinzona
Institutes of Sciences

Distinction Le Prof. Dr méd. Franco Cavalli s'est vu décerner l'«Award for Lifetime Achievement» par l'American Association for Cancer Research (AACR) lors du congrès annuel de l'AACR le 7 avril à San Diego, en Californie. «Ceux qui me connaissent savent qu'en ce qui me concerne, j'ai tendance à faire profil bas. Mais cette fois-ci, je l'avoue: j'en suis assez fier», dit l'oncologue.

Après avoir terminé ses études de médecine à Berne, Franco Cavalli a effectué des séjours de formation continue à Milan, Bruxelles et Londres. Il a ensuite travaillé comme chef de clinique à l'Institut d'oncologie médicale de l'Hôpital de l'Île à Berne. De 1978 à 2007, le Tessinois a été médecin-chef en oncologie à l'Hôpital de Bellinzona. «Quand je suis revenu au Tessin, il n'y avait rien du tout en matière d'oncologie», explique-t-il. Aujourd'hui, la situation est différente: en 1981, Franco Cavalli a créé la International Conference on Malignant Lymphoma, qui est devenue l'événement le plus important dans ce domaine. Cette conférence aurait également initié ladite classification de Lugano, utilisée au niveau mondial pour définir le stade des personnes atteintes de lymphomes, indique Franco Cavalli. De 1999 à 2017, le chercheur a dirigé l'Istituto Oncologico della Svizzera Italiana

(IOSI), mis en place par ses soins, et auquel il est toujours lié en tant que président de la fondation qui lui est associée. «Je suis particulièrement fier de cette œuvre de toute une vie, qui est d'une importance capitale pour tous les patients tessinois atteints de cancer.» Parallèlement, il a créé l'Institute of Oncology Research, aujourd'hui rattaché à l'Università della Svizzera italiana.

De 2001 à 2004, Franco Cavalli a présidé la Ligue contre le cancer et, en 2006, il est devenu président de la Union for International Cancer Control. Il a été professeur aux universités de Berne et de Varèse, en Italie. Dans son hommage, l'AACR souligne qu'il est l'auteur de plus de 600 publications scientifiques dans les domaines du cancer du sein, de la leucémie et du lymphome.

Même à 81 ans, Franco Cavalli est encore proche de la recherche en tant que président de l'association Bellinzona Institutes of Sciences (BIOS+). «Il est possible que je voie encore la biopsie liquide s'établir comme une nouvelle arme décisive dans le diagnostic précoce du cancer. Nous travaillons ardemment dans ce domaine à Bellinzona, en particulier dans le domaine des maladies hémato-oncologiques.»

Repéré



Marijuana Un accès facilité au cannabis améliore la santé mentale des personnes qui consomment de la marijuana pour des raisons médicales. C'est la conclusion à laquelle sont parvenus des chercheurs de l'Université de Bâle dans leur étude. Ils n'ont pas constaté d'effet sur la santé mentale des consommateurs récréatifs ou sur les groupes de population plus jeunes. doi.org/10.1017/S1744133124000033

© Volodymyr Matskevych / Dreamstime



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



L'Hôpital cantonal de Lucerne sert des repas primés: en 2022, l'équipe de cuisine a remporté la médaille d'or aux championnats du monde de cuisine dans la catégorie «Community Catering», conjointement avec l'équipe de l'Hôpital Linth.

Bon appétit!

Restauration hospitalière Vous aimez bien manger? Les patientes et les patients à l'hôpital aussi. Mais comment les repas arrivent-ils à leur chevet et qui veille au respect des prescriptions médicales en matière d'alimentation? Un coup d'œil dans les coulisses de l'hôtellerie et de la restauration à l'Hôpital cantonal de Lucerne.



© Eve Kohler

Vous n'avez qu'à imaginer que c'est du riz au beurre.» Munie de sa tablette et de son stylet, Nadine Lasing s'apprête à prendre la commande pour le repas du lendemain. Elle entame ainsi une discussion pleine d'humour avec le patient allongé dans son lit d'hôpital. En effet, lorsqu'elle clique sur son numéro de chambre avec le stylet, le choix de menus qui s'affiche est restreint. Le patient suit un régime diététique. Il n'aura droit ni au menu 1 «Paupiettes de bœuf et spätzli», ni au menu 2 «Curry et riz au beurre» demain. D'où la remarque taquine de l'employée en pantalon noir et chemisier blanc égayé d'un foulard, qui lui suggère d'imaginer simplement qu'il s'agit du plat qui lui fait envie.

Nadine Lasing est collaboratrice d'hôtellerie à l'Hôpital cantonal de Lucerne (LUKS). Elle veille au bien-être culinaire des patientes et patients – et au respect des prescriptions médicales en matière d'alimentation. «Si une personne suit un régime alimentaire particulier, je retire de sa chambre tout ce qu'elle ne peut pas manger», explique-t-elle. Et d'ajouter qu'elle ne peut évidemment pas empêcher les patients de faire entrer de la nourriture déconseillée en douce dans leur chambre, comme un peu de chocolat. Mais pour tout ce qui sort de la cuisine du LUKS, Nadine Lasing et ses 50 collègues de l'hôtellerie du site de Lucerne veillent à ce que seuls des aliments autorisés par les prescriptions médicales soient servis à la patientèle. Il n'y a

donc rien d'étonnant à ce qu'à la fin de la discussion en cours, le menu coché soit diététique. Le patient obtempère avec décontraction.

«Nous faisons en sorte que notre personnel s'occupe des mêmes patients pour plusieurs repas», explique Leo Ackermann, responsable des services hôteliers du LUKS et Guest Relation Manager. Cela leur permet de voir si quelqu'un ne mange pas ou n'aime pas quelque chose. Plutôt que de rapporter pour la troisième fois une soupe énergétique à laquelle le patient n'a pas touché, il est préférable de faire une note pour les diététiciens et la cuisine dans le système de commande. Pour pouvoir par exemple la remplacer par une soupe normale avec un «soupçon» de crème. Les collaboratrices de l'hôtellerie sont en effet celles qui, avec le personnel soignant, ont le plus de contacts avec la patientèle. «Je suis la première à appeler le service de diététique quand quelque chose ne va pas», explique Nadine Lasing. Elle travaille aujourd'hui au 14^e étage du bâtiment principal, dans le service des assurés privés.

Banane oui, salade non

Dans l'unité de soins du 12^e étage, c'est Eveline Moullet qui s'occupe de la restauration des patientes et patients. Elle aussi porte un foulard, un chemisier blanc et un pantalon noir, pour se différencier du personnel soignant. Pour l'instant, elle s'appuie contre le chariot de boissons avec lequel elle fait la tournée des chambres deux fois par jour et est en

pleine discussion avec la diététicienne Andrea Kistler. Toutes deux portent un masque. À quelques pas de là, un panneau sur une porte indique qu'il s'agit de la chambre d'un patient immunodéprimé.

«Je suis la première à appeler le service de diététique quand quelque chose ne va pas», explique Nadine Lasing.

Comme il suit une chimiothérapie, Eveline Moullet doit veiller à ce qu'il ne consomme que des aliments faiblement porteurs de germes. Autrement dit, uniquement des fruits qui peuvent être pelés, et la salade est proscrite. Elle explique que les échanges avec la diététicienne sont cruciaux dans ce cas. Ce patient souffre en outre de troubles de la déglutition, un autre défi pour la nourriture. C'est pourquoi les deux femmes sont penchées sur leur tablette, qui les accompagne partout, et discutent du meilleur repas pour lui.

Eveline Moullet est chargée de s'assurer qu'il reçoit bien le repas qui a été défini pour lui. Elle est responsable de l'unité de soins qui accueille environ 46 patientes et patients. Le personnel infirmier liste les formes de régime alimentaire prescrites par le médecin et la collaboratrice de l'hôtel-



Qu'est-ce qui vous ferait plaisir? Nadine Lasing prend la commande d'un patient.

lerie les compare aux plats proposés. En début d'après-midi, elle prend la commande de repas pour le lendemain, mais celle-ci peut être ajustée jusqu'à une heure et demie avant d'être servie. Parce qu'au LUKS aussi, on sait que les envies peuvent changer d'un jour à l'autre. Les collaboratrices de l'hôtellerie s'efforcent, dans la mesure du possible, d'en tenir compte. «Nos collaboratrices ont l'esprit de service typique de la restauration», explique Leo Ackermann. Avec une différence: «Il n'y a qu'à l'hôpital qu'on souhaite au client, dans ce cas au patient, de ne pas revenir à la fin de son séjour.»

Tout est sur la carte imprimée

Les clics de commande d'Eveline Moullet, de Nadine Lasing et de leurs collègues de l'équipe de service arrivent dans la cuisine collective, au sous-sol du bâtiment principal. Et plus précisément dans la salle d'impression. Là, l'imprimante commence à cracher les cartes des menus des patientes et patients dès 8h30.

Cette carte imprimée est la pierre angulaire de la production de repas au LUKS. Elle concentre en quelques mots-clés le savoir de tous les professionnels impliqués dans l'alimentation de la patientèle, et ils sont nombreux.

«Le parcours alimentaire du patient commence à l'admission. Le médecin du service effectue un bilan médical, au cours duquel il procède également à une évaluation à l'aide du Nutrition Risk Screening Score», explique le Dr méd. Stefan Fischli, médecin-chef en endocrinologie,

diabétologie et nutrition clinique au LUKS. Pour s'assurer que le personnel n'oublie pas de consulter le score, il s'ouvre dans une fenêtre pop-up spéciale du système d'information de la clinique. Stefan Fischli précise que la gestion de l'alimentation de la patientèle hospitalisée découle de l'étude suisse EFFORT [1]. En 2019, elle a pu montrer que les patientes et patients qui avaient bénéficié d'une thérapie nutritionnelle personnalisée à l'hôpital présentaient significativement moins de complications et une mortalité plus faible que celles et ceux qui avaient eu une alimentation

La carte imprimée est la pierre angulaire de la production de repas. Elle concentre le savoir des professionnels.

standard. «Avant, on ne pouvait que spéculer au sujet de l'influence de l'alimentation sur le processus de guérison, maintenant nous avons des preuves», souligne Stefan Fischli. Et d'ajouter que ces preuves ont fortement sensibilisé le milieu hospitalier à la question de la nutrition.

La diététicienne Michaela Bucher le confirme. Si l'on constate une carence ou une malnutrition lors de l'admission, un membre du service de diététique est rapidement appelé dans la chambre de la patiente ou du patient. «C'est à



Eveline Moullet (à gauche) s'entretient avec la diététicienne Andrea Kistler.

nous de déterminer d'où vient le problème.» La personne manque-t-elle d'appétit? Est-ce qu'elle n'est pas assez mobile pour pouvoir aller faire des courses? Sa prothèse dentaire est-elle mal ajustée? «Chez les personnes âgées en particulier, l'un des éléments systématiques de l'entretien d'anam-



Il y a du choix au niveau des desserts.

nèse est d'évaluer la situation alimentaire au domicile», explique Michaela Bucher. Les diététiciennes et diététiciens ne définissent en effet pas seulement une thérapie pour l'hospitalisation. Ils et elles recherchent aussi des solutions à long terme, adaptées au contexte à domicile.

«Il est essentiel qu'une prise en charge complète des patientes et patients hospitalisés tienne compte de leur état nutritionnel», explique Stefan Fischli. Son équipe et lui-même sont surtout consultés en cas de diabète sucré. Car la meilleure thérapie nutritionnelle ne sert à rien si la glycémie n'est pas maîtrisée et si les nutriments ne sont pas assimilés.

Toutes les décisions des professionnels se reflètent dans le menu inscrit sur la carte imprimée.

«Une fois les cartes imprimées, nous avons deux heures pour les traiter», explique Safiullah Shahid, responsable de la cuisine diététique. Il se tient au début de la longue chaîne d'allotissement des plateaux. Il est 11 heures et pour l'instant, sa station de cuisson est délaissée. Tout est cuit pour le repas de midi. Il contemple, un sourire aux lèvres, l'activité fiévreuse qui se déroule devant lui. Une dizaine de membres du personnel disposent ce que les cuisinières et cuisiniers ont préparé sur les assiettes.

«Veuillez apporter le dessert»

En tête de la chaîne d'allotissement: le plateau avec la carte imprimée. En bout de chaîne: un cuisinier diététique et une employée de cuisine qui comparent chaque assiette pleine avec les renseignements sur la carte.

De temps à autre, un haut-parleur diffuse une annonce. De manière presque incompréhensible pour une oreille non avertie, le cuisinier diététique demande ainsi des ingrédients spéciaux qui ne sont ajoutés qu'à la fin dans l'assiette ou un dessert particulier pour un patient en division privée. En arrière-plan, une grande machine trie en permanence



Une dizaine de membres du personnel disposent les repas sur les assiettes.



© Eve Kohler

Les repas arrivent: un collaborateur de l'hôpital livre les repas par chariot tracteur électrique.

les couverts fraîchement lavés. Cette tâche occupait autrefois deux personnes à plein temps.

Outre Safiullah Shahid, sept autres cuisinières et cuisiniers diététiques sont responsables des 90 à 100 patientes et patients qui suivent un régime diabétique. Il explique qu'ils peuvent actuellement préparer 50 formes de régimes alimentaires. À cela s'ajoutent les menus spéciaux pour le service des assurés privés, que l'équipe concocte en collaboration avec des chefs prestigieux de toute la Suisse. En 2022, elle a remporté la médaille d'or aux championnats du monde de cuisine dans la catégorie «Community Catering» (cuisine collective), conjointement avec l'équipe de l'Hôpital Linth.

«Il est essentiel qu'une prise en charge complète des patients hospitalisés tienne compte de leur état nutritionnel», souligne Stefan Fischli.

Du sous-sol aux étages

L'équipe exige également le meilleur d'elle-même pour les menus normaux. Parce que les patientes et patients n'ont pas tous un régime alimentaire prescrit, loin de là. À Lucerne, 127 employés sont responsables des lignes de menus parmi lesquelles les patients et les quelque 3500 membres du personnel qui mangent sur place peuvent faire leur choix chaque jour. L'une des deux lignes se compose de plats régionaux et durables, qui plus est végétariens six jours par semaine. Depuis, la consommation de viande a nettement baissé, indique Daniel Gehriger, responsable restauration/hôtellerie au LUKS. C'est lui qui a

suggéré que le personnel d'hôtellerie s'occupe des commandes de repas, qui étaient auparavant gérées par les soignants. «Ces derniers peuvent à présent se concentrer sur leur cœur de métier.»

Daniel Gehriger doit éviter un employé de la logistique qui se dirige, avec trois chariots argentés étincelants, vers les différents bâtiments et services du site. Au sous-sol, ils sont tous reliés les uns aux autres. Les chariots transportent les plateaux pour les services, qui parviendront bientôt à Eveline Moullet au 12^e étage et à Nadine Lasing au 14^e. Grâce à la carte imprimée, elles verront immédiatement si le contenu de l'assiette correspond aux instructions. Elles s'assurent ainsi, d'un dernier coup d'œil, que chaque patiente et chaque patient reçoit les aliments autorisés et, dans la mesure du possible, des plats qui lui mettent l'eau à la bouche.



Références

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



© Dragoconcreta / Dreamstime

Certains médicaments sont en rupture de stock dans les pharmacies.

Vous avez dit pénurie?

Médicaments En vingt ans, la part de la production de substances actives a diminué environ de moitié en Europe. Cette situation a contribué aux pénuries de médicaments que nous connaissons aujourd'hui. Production globale concentrée en Asie, chaînes d'approvisionnement complexes, pression des coûts... les causes sont multiples. État des lieux.

Ines Böhm

Les déficits dans l'approvisionnement en médicaments peuvent nuire à la qualité du traitement et influencer négativement sur la santé des patientes et patients, ainsi que sur le système de santé. Au début du mois d'avril, on

dénombrait en Suisse 878 emballages et 683 produits/dosages non disponibles [1]. Nombre de facteurs, combinés les uns aux autres, contribuent aux pénuries de médicaments.

Chercher les causes profondes

Les vingt dernières années ont été marquées par une délocalisation progressive de la production pharmaceutique de l'Europe vers l'Asie. Alors que l'Europe produisait 53% des substances actives nécessaires à sa population en l'an 2000, cette part n'était plus que de 25% en 2020.

Les trois quarts des matières premières utilisées pour les produits pharmaceutiques sont désormais fabriqués en Asie, la plus grande partie en Chine. Étant donné l'avantage d'une production de masse, encouragée par la Chine et l'Inde, l'absence ou le non-respect de contraintes environnementales et les charges salariales plus faibles, les coûts de production y sont nettement plus attractifs. De plus, l'Europe ne disposant de techniques de fabrication de substances de base ou de produits intermédiaires qu'en quantités limitées (par exemple les halogénations), elle ne serait donc plus en mesure de les produire [2]. Et même si les fabricants européens en avaient encore les moyens techniques, ils resteraient dépendants de la Chine et de l'Inde pour la fabrication de substances actives.



© Dmitrii Melnikov / Dreamstime

L'industrie pharmaceutique européenne est devenue progressivement dépendante de l'Asie, notamment de la Chine et de l'Inde.



© Mrsiwabud Veerapalsarn / Dreamstime

Les acteurs de la chaîne de valeur pharmaceutique déplorent le manque de transparence des chaînes d'approvisionnement.

Perturbation des chaînes d'approvisionnement

La chaîne d'approvisionnement reliant la production en Asie aux utilisateurs en Suisse constitue un autre facteur de risque pour la disponibilité des médicaments. En règle générale, cette chaîne d'approvisionnement mondiale, longue, complexe et fragmentée, dépend de producteurs très divers (des matières premières aux matériaux d'emballage) et de l'infrastructure de transport. Sauf influences exceptionnelles, les problèmes de qualité dans la fabrication de produits pharmaceutiques sont la principale cause d'interruption de la chaîne d'approvisionnement, d'après une étude de la Food & Drug Administration (FDA) américaine [3].

On peut classer les problèmes de la chaîne d'approvisionnement en trois groupes: l'augmentation de la demande, la réduction de la capacité de production et les problèmes de coordination [4]. Parmi les exemples des dernières années, on compte la forte demande de respirateurs pendant la pandémie de COVID-19 qui n'a pu être satisfaite qu'avec du retard [5]. En 2018, BASF à Bishop (Texas) a connu des problèmes techniques, ayant entraîné une interruption complète de la production d'ibuprofène dans son usine [6]. Pour éviter les éventuelles attaques de rebelles Houthis en mer Rouge, les compagnies maritimes font des détours, d'où les retards de livraison et les hausses de prix pour les produits importés d'Asie [7]. Une gestion des stocks des fabricants, des centres de distribution et des établissements de santé en flux tendu permet certes de faire des économies, mais conduit rapidement à des pénuries [4].

Les acteurs de la chaîne de valeur pharmaceutique – des fabricants de substances actives aux associations de patients en passant par les titulaires d'autorisations de mise sur le marché – déplorent le manque de transparence des chaînes d'approvisionnement. Faire la lumière sur les besoins du système de santé jusqu'à la disponibilité des matières premières aiderait à identifier les points faibles et à trouver à temps des solutions [8].



© Trainak Ivan / Dreamstime

Les entreprises réservent leurs matières premières et leurs installations aux substances actives les plus rentables.

Pression sur les coûts

La pénurie touche plus rarement les substances actives protégées par des brevets. Dans la plupart des cas, on continue de les fabriquer en Suisse ou au moins en Europe [2]. En général, les génériques sont produits par différents fabricants [9]. Dans une conjoncture concurrentielle, on mise sur l'efficacité pour fabriquer des médicaments moins chers. En revanche, une gestion des capacités de production ou des stocks limitée ne tolère pas de grandes marges de manœuvre [10]. Pour des raisons financières, la production a principalement lieu en Asie [11]. Les entreprises qui fabriquent plusieurs produits réservent leurs matières premières et leurs installations aux substances actives les plus rentables. Il arrive alors que des médicaments à faible marge ou répondant à des exigences de qualité plus élevées ne soient plus fabriqués [12].

En Suisse, il ne reste plus que quelques fabricants de génériques. Ils produisent peu de substances actives. Pour les fabricants suisses, il est difficile de produire de manière rentable vu les prix pratiqués [13].



© Imagoiq / Wikimedia

Si un fabricant prévoit de vendre un médicament en Suisse, il doit déposer une demande séparée auprès de Swissmedic.

Autorisation spéciale de médicaments

Pour les pays de l'Union européenne, l'autorisation de mise sur le marché de nouveaux médicaments passe par l'Agence européenne des médicaments (EMA). Si un fabricant prévoit de vendre un médicament en Suisse, il doit déposer une demande séparée auprès de Swissmedic. Ce choix revient au fabricant. Si le marché lui semble trop restreint, il ne procédera pas à cette requête. Cela a été le cas, en 2022, avec le vaccin contre la variole du singe. Le gouvernement fédéral est intervenu pour se le procurer [14].

Il est dans l'intérêt des fabricants de vendre un nouveau médicament le plus rapidement possible. Ces dernières années, Swissmedic a considérablement accéléré son processus d'autorisation de mise sur le marché: il était en moyenne d'à peine 15 mois en 2021 [15]. Toutefois, les demandes sont déposées auprès de Swissmedic en moyenne 118 jours après celles déposées auprès de l'EMA [16]. Ce n'est qu'une fois l'autorisation accordée que l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) entame les négociations de prix avec les fabricants. En 2022, inscrire le médicament sur la liste des spécialités prenait 135 jours en moyenne, contre 60 jours prescrits [17]. Or, selon l'OFSP, la procédure «Early Access» et une fixation provisoire des prix permettent d'accélérer le processus [18].

Évolution du coût des génériques

Pour encourager l'utilisation de génériques, le Conseil fédéral a adapté leur tarification. Les génériques doivent être de 20 à 70% moins chers que le médicament original, suivant le volume de marché de ce dernier. Après trois ans, on réexamine le prix à tour de rôle; désormais, les écarts de prix devront être de 5% supérieurs à ceux pratiqués jusqu'à présent [19]. Il pourrait s'en ressentir un effet négatif sur l'attractivité du marché suisse des génériques qui est de toute façon restreint, exige une autorisation de mise sur le marché séparée et nécessite des notices en trois langues.



© Janceluch / Dreamstime

Les génériques doivent être de 20 à 70% moins chers que le médicament original, suivant le volume de marché de ce dernier.



© Pixsel / Dreamstime

Médecins et pharmaciens s'efforcent de trouver des alternatives pour répondre à la pénurie de médicaments.

Mesures à court terme et surcoût

En cas de pénurie de médicaments de la liste des spécialités, la fabrication de préparations magistrales par les pharmacies offre un soulagement à court terme. L'OFSP a supprimé les restrictions quantitatives en cas d'indisponibilité [20]. Cette situation vaut quand une préparation n'est pas disponible au dosage correspondant et qu'il est impossible d'utiliser des médicaments de même principe actif figurant sur la liste des spécialités. Dans ce cas, l'assurance obligatoire des soins (AOS) prend en charge le remboursement [21].

Fort heureusement, il est rare de manquer de toutes les préparations d'une substance active. Médecins et pharmaciens s'efforcent de trouver les solutions les plus diverses pour fournir aux patientes et patients les soins adéquats. Ce surcroît de travail n'est rémunéré pour aucun des groupes professionnels. Si un médicament n'est pas disponible en Suisse, mais qu'il l'est à l'étranger, il peut y être acheté dans le cadre du remboursement au cas par cas.

En temps normal, la Suisse n'autorise pas la remise de médicaments sans leur emballage ou en quantités partielles. En cas de pénurie persistante et pour préserver les stocks, il est acceptable, pour certaines substances actives, de ne tirer d'une boîte que la quantité nécessaire [22]. La liste des substances actives a été élargie [23].

La quête de nouvelles voies d'approvisionnement en médicaments s'étend au monde entier. Concentrer la production de substances actives dans quelques régions du monde présente un risque pour la pérennité de l'approvisionnement. Afin de lutter contre ce problème, des initiatives visant à produire à nouveau davantage de médicaments en Europe voient le jour [24]. Une chose est sûre: les situations de monopole pour certaines substances actives sont à éviter.



Références

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



En Suisse, entre 3000 et 5000 personnes ont un mode de vie itinérant.

Des besoins médicaux spécifiques

Journée internationale des Roms Yéniches, Sintés et Roms sont souvent désavantagés en matière de santé. Pour faciliter la consultation médicale, voici quelques données essentielles sur les problèmes de santé fréquents et les spécificités culturelles de ces minorités.

La Journée internationale des Roms se tient le 8 avril et vise à sensibiliser le public à la discrimination envers cette minorité (singulier: Rom; féminin: Romni, pluriel: Romnia). Selon l'Office fédéral de la culture, on compte quelque 35 000 Yéniches, 80 000 Roms et des centaines de Sintés dans notre pays [1]. Parmi eux, entre 3000 et 5000 ont un mode de vie itinérant. En d'autres termes, ils n'ont pas de domicile fixe [2]. Comme d'autres minorités, les Yéniches, les Sintés et les Roms (YSR) sont désavantagés dans le domaine de la santé [3]. Les interactions entre les YSR et le personnel médical sont souvent problématiques pour les parties concernées, les médecins n'étant familiarisés ni à leurs besoins médicaux ni à leurs spécificités culturelles.

Vieillesse prématurée

Les YSR tendent à souffrir, plus tôt dans leur vie, de maladies de la vieillesse telles que la démence, la fragilité et les syndromes de chute [4]. Selon

une étude britannique publiée dans la revue *The Lancet Public Health*, l'état de santé moyen d'un Rom de 60 ans équivaut à celui d'un Britannique de 80 ans [5]. Cette inégalité est encore plus marquée chez les Roms plus âgés [6]. En conséquence, pour ausculter des YSR, on recommande de suivre une approche davantage axée sur les besoins plutôt que de se baser sur l'âge de la patiente ou du patient.

D'après des études menées dans des pays européens, les taux d'insuline et d'hypertension sont plus élevés chez les Roms que dans la population majoritaire [7]. Une prévalence plus élevée de facteurs de risque pour le syndrome métabolique et les maladies cardiovasculaires a été constatée chez les jeunes Roms [8]. En outre, on a observé des carences liées à l'alimentation, avec notamment des besoins non couverts à long terme en vitamines antioxydantes A, C et E [9]. L'insuffisance pondérale et les comorbidités qui en découlent pour les Roms y sont également documentées [10]. Ne disposant pas d'études suisses corres-

pondantes, des différences peuvent survenir avec les YSR de notre pays.

Des études menées dans les années 1990 suggèrent un taux de maladies infectieuses plus élevé que dans la population majoritaire [11]. Cela pourrait encore s'appliquer aux populations nomades de Suisse, la mobilité rendant notamment plus ardu l'accès aux vaccins préventifs recommandés [12].

L'importance culturelle de la santé

Les patientes et patients YSR éprouvent une profonde méfiance à l'égard du personnel médical [13]. Le respect des particularités culturelles est d'autant plus crucial pour leur prise en charge médicale. La culture traditionnelle Rom fait une distinction entre le pur et l'impur [14]. En général, la santé est considérée comme un sujet impur [15]. Par conséquent, la patiente YSR peut se montrer réticente avec les questions directes sur les symptômes, que l'on conviendra d'éviter, tout du moins en début de consultation. Il est important que les jeunes médecins gardent à l'esprit que ces patientes et patients sont plus réceptifs aux conseils des personnes d'âge mûr [16].

Les Yéniches, les Sintés et les Roms de notre pays présentent des particularités culturelles et linguistiques différentes. Ainsi, les informations et recommandations générales sur la manière de traiter la patiente YSR atteignent rapidement leurs limites. Les bonnes pratiques, que sont le respect, la patience et l'écoute attentive, permettent au personnel médical de poser des jalons essentiels pour une prise en charge sanitaire réussie de la patiente YSR.

Dre phil. Anna Gielas

Centre for Global Knowledge Studies, Cambridge, Royaume-Uni



Références

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

Ceci est votre page!

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

Courrier à la rédaction

Umverteilung von Jung zu Alt

Brief zu: Häner M. Wie solidarisch sind wir. Schweiz Ärztztg. 2024;105(10):22.

Die oberen Einkommen sind bei den Kopfprämien der Krankenkassen solidarisch mit den unteren, wie das der Artikel von Dr. oec. Melanie Häner schön zeigt.

Eine andere Frage ist diejenige über die Umverteilung von Jung zu Alt. Ist es gerecht, dass die 20-Jährigen mit ihren Prämien den 70-Jährigen das neue Hüftgelenk und den Herzschrittmacher bezahlen?

Wie sähe es aus, wenn altersentsprechende Prämien bezahlt würden, die 70-Jährigen unter sich solidarisch wären mit ihren grossen Gesundheitskosten und die 20-Jährigen mit ihren kleinen Kosten. Ich rechne mit einer Halbierung der Prämien für die Jungen, was eine massive Entlastung der jungen Generation mit sich bringen würde. Eine Unterstützung durch die öffentliche Hand wäre nicht mehr nötig!

Die vermutlich doppelt so hohe Prämie für Pensionierte könnten viele sicher auch nicht stemmen, aber hier könnten dann gezielt die Steuergelder zur Prämienverbilligung genutzt werden (eine Pflegeversicherung lässt grüssen oder noch besser eine obligatorische eidgenössische Kranken- und Pflegeversicherung als Einheitskasse für alle Pensionierten!).

Dr. Heinrich Flückiger, pensionierter Hausarzt, Starrkirch

Positives für die Herztherapie

Brief zu: Messerli FH, Gaillet R, Brechbühl P. Eine schwere Wissenslücke. Schweiz Ärztztg. 2024;105(10):76-77

Herzlichen Dank für den humorvollen, interessanten Artikel! Für eine alte Hausärztin ist dieser Artikel eine sehr gute Herztherapie! Die neuen Guidelines für die Herzinsuffizienz mit den «Fantastic Four»: Betablocker, Angiotensin-Converting-Enzyme-Inhibitoren (ACE-Inhibitoren), Angiotensin-Rezeptor-Blocker (ARB) und Mineralocorticoid-Rezeptor-Antagonisten (MRA), SGLT2-Inhibitoren oder das Kombinationspräparat des Angiotensin-Rezeptor-Nepriylisin-Inhibitors (ARNI), also lauter Blocker, Inhibitoren, Antagonisten, haben mich sehr verwundert. Gar nichts Positives? Dabei braucht das alte

Herz doch etwas positiv Inotropes? Zur Wissenslücke: Der positiv inotrope Effekt von Weissdorn bei Herzinsuffizienz ist seit Jahrzehnten recht gut belegt. Im Gegensatz zu Digitalis verlängert Weissdornextrakt auch die Dauer des Aktionspotenzials und die refraktäre Periode, und hat damit antiarrhythmische Eigenschaften. Viele Crataegus-Präparate sind kassenpflichtig in der Spezialitätenliste: Cardiplant 450, Faros 300, Urtinkturen von verschiedenen Herstellern und auch Kautabletten.

Dr. med. et MME Danielle Lemann, Langnau

Hommage à Werner Bauer

Lettre concernant: ISFM, SSMIG. In memoriam Werner Bauer. Bull Med Suisses. 2024;105(10):34-35.

C'est avec une très grande tristesse que j'ai appris le décès de notre confrère Werner Bauer, et j'apprécie que le BMS et l'ISFM lui aient consacré l'hommage qui vient de paraître.

Permettez-moi d'ajouter ma voix à celle de nos collègues. J'ai bien connu Werner par notre appartenance à ce qui était la commission de rédaction de notre «Journal jaune». Il s'agissait de rencontres toujours intéressantes, où des médecins de terrain pouvaient contribuer aux réflexions sur le contenu du journal et sur sa ligne rédactionnelle.

Les avis de Werner Bauer étant toujours pondérés, marqués au coin du bon sens, basés sur sa longue expérience d'homme et de médecin praticien d'une part, et d'autre part de membre actif d'organisations importantes du domaine médical et de l'enseignement – l'ISFM et la Fédération européenne de médecine interne parmi d'autres.

Nous perdons un confrère éminent et un excellent collègue et ami, qui a beaucoup donné à tant d'égards. Notre sympathie va à ses proches.

Dr méd. Jean Martin, ancien médecin cantonal, Échandens (VD)

Envoyer un courrier

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

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

Lebenserwartung und Disziplin

Von ständigem Stress, Bewegungsmangel bis Alkohol, Nicotin und zu viel Zucker, die Liste der Lebenserwartung reduzierenden Faktoren ist lang, wir kennen sie aus dem klinischen Alltag. Ein Antidot ist Disziplin, eine schwer fassbare Qualität. Folgende Beobachtung unterstützt diese Sicht. Chan-Meister, chinesische Meditationsmeister, haben eine Traditionsfolge von über 1400 Jahren, beginnend im Jahre 527 im Shaolin-Tempel, mit einer spirituellen Praxis fokussiert auf mentale Erkenntnis. Nun haben sie eine auffällig hohe Lebenserwartung, im Mittel 75 Jahre (Modalwert 70 Jahre, n 68), etwa die Doppelte der damaligen Bevölkerung [1]. Die spirituelle Ausrichtung erklärt diesen hohen Wert kaum, wohl aber Disziplin und Askese, die sie als zweckdienliche Methoden in hohem Masse praktizieren. Disziplin und Askese, da in Chan in hohem Masse erforderlich, stehen in Wechselwirkung. Ohne Disziplin kommt Askese kaum zustande, andererseits fördert Askese Disziplin. In diesem Prozess spielt Meditation eine wichtige Rolle, der Chan-Tradition zentral, wurde sie methodologisch weiterentwickelt und präzise erfasst. Meditation, oft mehrere Stunden täglich, fördert die Fähigkeit zu Disziplin allgemein. Meditieren über Jahre fördert Gleichmut über die Meditationszeiten hinaus in den Alltag. Dabei entwickelt sich die Fähigkeit zum Merken eines Reizes, insbesondere eines irritierenden Reizes. Dem Merken folgt die Möglichkeit des Innehaltens, einer kurzen Zeit der Freiheit über Reagieren oder Nicht-Reagieren. Handelt es sich beim Reiz um einen belastenden Stressor, dann ist Nicht-Reagieren die Therapie. Diese Form der Disziplin, auch eine Form der Achtsamkeit, fördert Stressresistenz und Resilienz, und schützt insbesondere vor Lebenserwartung reduzierenden Faktoren.

Dr. med. Dr. sc. nat. Max Kälin MD, Notfall Zürich 3



Literatur

Vollständige Literaturliste unter www.saez.ch oder via QR-Code

Zurich, mars 2024

Topamax[®], Topiramate-Mepha Teva, Topiramate Sandoz[®], Topiramate Spirig HC[®]

Topiramate: mise à jour de l'information sur le médicament concernant utilisation du topiramate pendant la grossesse et l'allaitement ainsi que mise en œuvre d'un programme de prévention de la grossesse

En accord avec Swissmedic, nous vous informons de la révision de l'information professionnelle et de l'information destinée aux patients pour les médicaments contenant du topiramate ainsi que de la mise en place d'un programme de prévention des grossesses.

Suite à la publication de deux études épidémiologiques indiquant un risque accru de troubles neurodéveloppementaux (troubles du spectre autistique et déficit intellectuel) chez les enfants exposés au topiramate *in utero*, les rubriques «Posologie/Mode d'emploi»,

«Contre-indications», «Mises en garde et précautions», «Interactions» et «Grossesse, Allaitement» vont être révisées. Des mesures analogues sont également mises en œuvre dans l'UE pour les médicaments contenant du topiramate.

Informations contextuelles

Les données de deux études observationnelles basées sur la population (1,2) dans les pays scandinaves, menées en grande partie sur le même ensemble de données de près de 300 enfants de mères épileptiques, exposés au topiramate *in utero*, suggèrent l'existence potentielle d'une prévalence 2 à 3 fois plus élevée des troubles du spectre autistique, de déficit intellectuel ou de trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH) par rapport aux enfants de mères épileptiques, non exposés à un médicament antiépileptique.

Une troisième étude de cohorte observationnelle (3) menée aux États-Unis n'a pas suggéré d'incidence cumulée accrue de ces résultats jusqu'à l'âge de 8 ans chez environ 1000 enfants de mères épileptiques, exposés au topiramate *in utero*, par rapport aux enfants de mères épileptiques, non exposés à un médicament antiépileptique.

Il est connu que le topiramate, utilisé pendant la grossesse, peut provoquer de graves malformations congénitales et des restrictions de la croissance chez l'enfant à naître:

- Un risque plus élevé de malformations congénitales (p.ex. malformations crânio-faciales, hypospadias et anomalies affectant différents systèmes corporels) et notamment le risque de survenue de fente labio-palatine chez le nouveau-né après une exposition au cours du premier trimestre a été constaté. Les données issues du registre nord-américain des grossesses sous antiépileptiques pour le topiramate utilisé en monothérapie ont montré que la prévalence de malformations congénitales graves était environ trois fois supérieure (4,3%) à celle du groupe de référence ne prenant pas d'antiépileptiques (1,4%) (4).
- Les données des registres de grossesse indiquent une prévalence plus élevée de faible poids à la naissance (< 2500 grammes) ou de petitesse pour l'âge gestationnel (SGA, *Small for Gestational Age*; définie comme un poids de naissance inférieur au 10e percentile corrigé pour l'âge gestationnel et stratifié par sexe) pour le topiramate en monothérapie. Dans le registre nord-américain des grossesses sous antiépileptiques, le risque de SGA chez les enfants de femmes recevant du topiramate était

Résumé

- Le topiramate peut provoquer des malformations congénitales majeures ainsi que des restrictions de la croissance fœtale lorsqu'il est utilisé pendant la grossesse. Des données récentes indiquent également une possible augmentation du risque de troubles neurodéveloppementaux, y compris troubles du spectre autistique, déficit intellectuel et trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH), en cas de prise de topiramate pendant la grossesse.
- Contre-indications:
 - *Prévention de la migraine:* Le topiramate est contre-indiqué pendant la grossesse et chez les femmes en âge de procréer n'utilisant pas de méthode de contraception hautement efficace.
 - *Traitement de l'épilepsie:* Le topiramate est contre-indiqué pendant la grossesse, sauf en l'absence d'alternative thérapeutique appropriée. De même, son utilisation est contre-indiquée chez les femmes en âge de procréer n'utilisant pas de méthode de contraception hautement efficace. La seule exception concerne les femmes pour lesquelles il n'existe pas d'alternative appropriée, mais qui envisagent une grossesse et qui sont pleinement informées des risques liés à la prise de topiramate pendant la grossesse.
- Le traitement des filles et des femmes en âge de procréer doit être instauré et supervisé par un médecin expérimenté dans la prise en charge de patients souffrant d'épilepsie ou de migraine. La nécessité du traitement doit être réévaluée au moins une fois par an.
- Compte tenu d'une interaction potentielle, il convient de conseiller aux femmes utilisant des contraceptifs hormonaux systémiques, d'utiliser également une méthode de barrière.
- Pour les femmes en âge de procréer, qui utilisent actuellement du topiramate, le traitement doit être réévalué afin de confirmer que le programme de prévention des grossesses est respecté.
- Les rubriques «Contre-indications», «Mises en garde et précautions» et «Grossesse, Allaitement» ainsi que d'autres informations pertinentes sur l'utilisation du topiramate pendant la grossesse vont être révisées dans l'information professionnelle afin de tenir compte des connaissances actuelles. Les rubriques correspondantes dans l'information destinée aux patients vont également être adaptées.
- Un pictogramme va être ajouté sur les boîtes pour indiquer la contre-indication pendant la grossesse.
- Du matériel éducatif (un guide destiné aux professionnels de santé, y compris un formulaire d'information sur les risques, un guide de la patiente ainsi qu'une carte patiente) va être mis à disposition en tant que mesures de réduction du risque.

de 18%, contre 5% chez les enfants de femmes non épileptiques, ne recevant pas de médicaments antiépileptiques (5).

Principaux éléments du programme de prévention des grossesses

Chez les filles et femmes en âge de procréer:

- Le traitement par topiramate doit être instauré et supervisé par un médecin expérimenté dans la prise en charge de patients souffrant d'épilepsie ou de migraine.
- Les alternatives thérapeutiques doivent être envisagées.
- La nécessité d'un traitement par topiramate dans ces groupes de patientes doit être réévaluée au moins une fois par an.

Chez les femmes en âge de procréer:

- Le topiramate pour la prophylaxie de la migraine est contre-indiqué:
 - Pendant la grossesse.
 - Chez les femmes en âge de procréer n'utilisant pas de méthode de contraception hautement efficace.
- Le topiramate pour l'épilepsie est contre-indiqué:
 - Pendant la grossesse, sauf en l'absence d'alternative thérapeutique appropriée.
 - Chez les femmes en âge de procréer n'utilisant pas de méthode de contraception hautement efficace. La seule exception concerne les femmes pour lesquelles il n'existe pas d'alternative appropriée, mais qui envisagent une grossesse et qui sont pleinement informées des risques liés à la prise de topiramate pendant la grossesse.
- Un test de grossesse doit être effectué avant le début du traitement.
- La patiente doit être pleinement informée des risques liés à l'utilisation du topiramate pendant la grossesse et comprendre ceux-ci. Cela inclut la nécessité d'une consultation chez un spécialiste si la femme envisage une grossesse d'une consultation immédiate d'un spécialiste si elle débute une grossesse ou pense être enceinte et qu'elle prend du topiramate.
- Au moins une méthode de contraception hautement efficace (telle qu'un dispositif intra-utérin) ou deux formes de contraception complémentaires, y compris une méthode de barrière, doivent être utilisées pendant le traitement et pendant au moins 4 semaines après l'arrêt du traitement par topiramate.
- Si une femme envisage de débiter une grossesse, des efforts doivent être déployés pour passer à un traitement alternatif approprié avant l'arrêt de la contraception. Pour le traitement de l'épilepsie, la femme doit également être informée des risques d'une épilepsie non contrôlée pendant la grossesse.
- Si une femme traitée par le topiramate débute une grossesse, elle doit être rapidement adressée à un spécialiste afin de réévaluer le traitement par topiramate et d'envisager des alternatives thérapeutiques.
- Si une femme traitée par le topiramate pour la prophylaxie de la migraine débute une grossesse, le traitement doit être immédiatement arrêté. La femme doit être adressée à un spécialiste pour faire l'objet d'une surveillance et de conseils prénataux attentifs.

Chez les filles:

- Les médecins prescripteurs doivent s'assurer que le ou les parent(s)/soignant(s) des enfants de sexe féminin utilisant le topiramate comprennent la

nécessité de contacter un spécialiste dès les premières règles.

- A ce moment-là, la patiente et le ou les parent(s)/soignant(s) doivent recevoir des informations complètes sur les risques dus à l'exposition au topiramate *in utero*, et sur la nécessité d'utiliser une contraception hautement efficace.

Recommandations pour les professionnels de santé

Information sur le médicament et textes d'emballage

Les rubriques «Posologie/Mode d'emploi», «Contre-indications», «Mises en garde et précautions», «Interactions» et «Grossesse, Allaitement» de l'information professionnelle suisse vont être actualisées. Les rubriques correspondantes de l'information destinée aux patients vont également être adaptées.

L'information sur le médicament actualisée est publiée sur www.swissmedicinfo.ch.

L'information professionnelle va en outre être complétée avec le «Boxed Warning» suivant:

- Section Programme de prévention des grossesses:

Le topiramate est un tératogène, qui implique un risque accru de malformations congénitales, de restrictions de la croissance et d'éventuels troubles neurodéveloppementaux chez les enfants exposés *in utero* au topiramate (voir «Grossesse, Allaitement»).

De plus, un pictogramme indiquant la contre-indication pour les femmes enceintes sera ajouté sur les boîtes.

Matériel éducatif

Afin d'aider les professionnels de santé et les patientes à éviter une exposition au topiramate pendant la grossesse et de fournir des informations sur les risques liés à la prise de topiramate pendant la grossesse, le matériel éducatif suivant est mis à disposition:

- un **guide destiné aux professionnels de santé** impliqués dans la prise en charge des filles et des femmes en âge de procréer prenant du topiramate, incluant un **formulaire d'information sur les risques**, qui doit être utilisé au moment de l'instauration du traitement et lors de chaque réévaluation annuelle du traitement par le topiramate par le médecin traitant,
- un **guide de la patiente**, qui doit être remis à toutes les filles ou à leurs parents/soignants ainsi qu'aux femmes en âge de procréer, qui prennent du topiramate,
- une **carte patiente**.

Annonce des effets indésirables

Pour le signalement de tout effet indésirable d'un médicament (EI), Swissmedic recommande aux personnes concernées d'utiliser le système électronique EIViS, qui est l'outil de déclaration d'effets indésirables. Toutes les informations nécessaires sont disponibles sur www.swissmedic.ch.

Interlocuteurs

Si vous avez d'autres questions ou si vous avez besoin d'informations supplémentaires, veuillez vous

adresser aux titulaires d'autorisation mentionnés ci-dessous.

Le nouveau matériel éducatif est également disponible auprès des entreprises mentionnées ci-dessous ainsi qu'auprès de Swissmedic: www.swissmedic.ch (domaine DHPC/HPC).

Janssen-Cilag AG, Gubelstrasse 34, CH-6300 Zug; Tél. +41 58 231 34 34; janssen-medinfo@its.jnj.com; pharmacovigilance@jacch.jnj.com

Mepha Pharma AG, Kirschgartenstrasse 14, 4051 Basel; Tél. 0800 00 55 88; medizinschweiz@mepha.ch; pharmacovigilance@tevapharma.ch

Sandoz Pharmaceuticals AG, Suurstoffi 14, 6343 Rotkreuz; medwiss.switzerland@sandoz.com

Spirig HealthCare AG, Industriestrasse 30, 4622 Egerkingen; Tél. +41 62 388 85 88; pharmacovigilance@spirig-healthcare.ch

Références

(Des références peuvent être demandées à Janssen-Cilag)

1 Bjørk M, Zoega H, Leinonen MK, et al. Association of Prenatal Exposure to Antiseizure Medication With Risk of Autism and Intellectual Disability. *JAMA Neurol*. Published online May 31, 2022. doi:10.1001/jamaneurol.2022.1269.

2 Dreier JW, Bjørk M, Alvestad S, et al. Prenatal Exposure to Antiseizure Medication and Incidence of Childhood- and Adolescence-Onset Psychiatric Disorders. *JAMA Neurol*. Published online April 17, 2023. doi:10.1001/jamaneurol.2023.0674. Online ahead of print. PMID: 37067807.

3 Hernandez-Diaz S, Straub L, Bateman B, et al. Topiramate During Pregnancy and the Risk of Neurodevelopmental Disorders in Children. (2022). In: ABS-TRACTS of ICPE 2022, the 38th International Conference on Pharmacoepidemiology and Therapeutic Risk Management (ICPE), Copenhagen, Denmark, 26-28 August, 2022. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*, 2022; 31 Suppl 2:3-678, abstract 47.

4 Cohen JM, Alvestad S, Cesta CE, et al. Comparative Safety of Antiseizure Medication Monotherapy for Major Malformations. *Ann Neurol*. 2023; 93(3):551-562.

5 Hernandez-Diaz S, McElrath TF, Pennell PB et al. Fetal Growth and Premature Delivery in Pregnant Women on Anti-epileptic Drugs. *North American Antiepileptic Drug Pregnancy Registry*. *Ann Neurol*. 2017 Sept;82 (3):457-465. doi:10.1002/ana.25031. PMID:28856694.

La contribution du laboratoire de microbiologie à la lutte contre la résistance aux antibiotiques : rapports sélectifs d'antibiogramme chez MEDISYN SA

Comme nous l'avons tous entendu de plus en plus souvent ces dernières années, l'augmentation de la résistance des micro-organismes aux antibiotiques constitue une menace mondiale et est également appelée « pandémie rampante ». Le CDC (Center for Disease Control, États-Unis) prévoit qu'en l'absence d'un changement radical des pratiques d'utilisation des antibiotiques, il faudra s'attendre à 10 millions de décès dans le monde dus à des germes résistants en 2050, contre 700 000 en 2016 (1). L'OMS (Organisation mondiale de la santé) a même déclaré que la préservation des agents antimicrobiens constituait l'un des plus grands défis de la médecine au 21^e siècle (2).

Un récent article scientifique de fond paru dans le Bulletin des médecins suisses du 22 novembre 2023 a abordé la nécessité de trouver de nouvelles substances actives en raison de l'augmentation de la résistance aux antibiotiques (3). La lutte contre la résistance aux antibiotiques nécessite une approche multidimensionnelle impliquant les gouvernements, les professionnels de la santé, l'industrie pharmaceutique et le grand public. Une surveillance accrue de l'utilisation des antibiotiques et des schémas de résistance est essentielle pour suivre la propagation des bactéries résistantes et définir des stratégies d'intervention. La promotion de programmes de gestion des antibiotiques (« antibiotic stewardship ») dans le secteur de la santé encourage les pratiques de prescription responsables et sensibilise les prestataires de soins de santé et les patients à l'importance d'une utilisation prudente des antibiotiques.

Les investissements dans la recherche et le développement sont essentiels à la découverte de nouveaux antibiotiques et de traitements alternatifs. En outre, les efforts visant à améliorer les pratiques d'hygiène et les mesures de contrôle des infections peuvent contribuer à limiter la propagation des bactéries résistantes. La coopération entre les pays et les organisations interna-

tionales est nécessaire pour lutter de manière globale et efficace contre la résistance aux antibiotiques.

La gestion des antibiotiques et les rapports sélectifs d'antibiogrammes, des outils importants pour endiguer le développement de résistances

La Suisse a également pris en compte la problématique de l'augmentation des taux de résistance aux antibiotiques et l'OFSP (Office fédéral de la santé publique) a adopté en novembre 2015 la stratégie nationale contre la résistance aux antibiotiques « StAR » (4). Celle-ci a pour objectif de préserver l'efficacité durable des antibiotiques pour la santé des hommes et des animaux.

La raison de l'augmentation des taux de résistance est principalement l'utilisation large et inappropriée des antibiotiques en médecine vétérinaire et humaine. L'une des mesures étudiées dans le cadre des programmes de gestion des antibiotiques est le rapport sélectif des sensibilités aux antibiotiques des germes pathogènes pour l'homme. Il a été démontré que le fait de ne pas rapporter automatiquement les antibiotiques à large spectre et de réserve a une influence sur les pratiques de prescription d'antibiotiques et entraîne une diminution des taux de résistance aux antibiotiques (5–8). Tenant compte de ce fait, nous sommes passés, en tant que laboratoire, au « rapport sélectif d'antibiogramme » en février 2023. Au lieu du rapport d'antibiogramme traditionnel avec indication des sensibilités à une large palette d'antibiotiques, nous ne rapportons plus qu'un antibiogramme réduit avec des sensibilités à des antibiotiques sélectionnés. Nous souhaitons ainsi, d'une part, apporter notre contribution aux efforts nationaux et internationaux visant à réduire les taux de résistance aux antibiotiques et, d'autre part,

aider les cliniciens à utiliser les antibiotiques de manière appropriée. Comme par le passé, des tests étendus d'antibiotiques sont effectués sur les germes détectés dans tous les matériaux, mais les rapports d'antibiogramme ne contiennent plus tous les antibiotiques testés. Au lieu de cela, les antibiotiques sélectionnés, c'est-à-dire les antibiotiques les plus fréquemment utilisés, les plus efficaces et nécessaires pour un traitement correct, sont automatiquement rapportés (**voir exemple ci-dessous**).

Les antibiotiques de réserve, c'est-à-dire les antibiotiques qui devraient être conservés pour le traitement des germes multirésistants, ne sont plus rapportés automatiquement que si une résistance aux antibiotiques habituels est démontrée chez le germe détecté. Il va de soi que le test antibiotique complet et l'antibiogramme complet peuvent toutefois toujours être consultés et rapportés si nécessaire.

Cette mesure ne permet certes pas de réduire la consommation d'antibiotiques dans son ensemble, mais elle nous permet de soutenir l'utilisation rationnelle des antibiotiques, c'est-à-dire l'utilisation ciblée et axée sur l'agent pathogène des antibiotiques, de réduire le développement ultérieur de résistances et de contribuer à préserver l'efficacité des antibiotiques pour les générations futures.

Plus d'informations



Les références peuvent être fournies sur demande: communications@medisyn.ch

Exemple:

MICROBIOLOGIE		2022	2023
Matériau	Urine native (mél.)	Antibiogramme	1
MICROBIOLOGIE CLASSIQUE			
Numération bactérienne totale	15000 Germes/mL	Amoxicilline	R
Culture	Staphylococcus aureus (1)	Amoxicilline/Ac. Clavul.	S
		Cefuroxime	S
		Cefuroxime oral	S
		Ceftriaxone	S*
		Ertapénème	S
		Imipénème	S
		Clindamycine	S
		Erythromycine	S
		Ciprofloxacine	S*
		Gentamicine	S
		Triméthoprim-sulf.	S
		Amoxicilline	R
		Amoxicilline/Ac. Clavul.	S
		Cefuroxime oral	S
		Levofloxacine	S*
		Tétracycline	S
		Triméthoprim-sulf.	R

FMH



28

Approvisionnement en médicaments, quo vadis?

Solutions viables recherchées L'approvisionnement en médicaments est un problème croissant, qui mobilise de plus en plus de ressources et entraîne des surcoûts pour lesquels ni les cabinets médicaux, ni les pharmacies, ni les hôpitaux ne sont indemnisés. À cela s'ajoutent la charge administrative et des processus impraticables qui aggravent inutilement le problème à l'échelle nationale.

Carlos Quinto



30

Comment des statistiques officielles induisent en erreur

Les limites des statistiques Les informations des autorités utilisent un graphique qui suggère une évolution dramatique des coûts de la santé. Or, les mêmes chiffres pourraient être présentés de manière totalement différente: s'ils étaient exprimés en francs, une unité bien réelle pour la population, ils perdraient leur caractère dramatique.

Nora Wille, Yvonne Gilli



34

Il est urgent d'agir face à la pénurie de psychotropes

Pénurie de médicaments La pénurie de psychotropes affecte de plus en plus la sécurité et la qualité des traitements en psychiatrie. Seule une étroite collaboration entre les associations professionnelles, les pouvoirs publics et le secteur pharmaceutique permettra de surmonter cette situation critique. À court terme, cela impliquera d'adapter certaines exigences réglementaires.

Fulvia Rota, Stephan Eliez et al.



© Tatiana Kim / Dreamstime

La pénurie actuelle de médicaments menace la qualité des soins et la sécurité des patients.

Approvisionnement en médicaments, quo vadis?

Solutions viables recherchées L'approvisionnement en médicaments est un problème croissant, qui mobilise de plus en plus de ressources et entraîne des surcoûts pour lesquels ni les cabinets médicaux, ni les pharmacies, ni les hôpitaux ne sont indemnisés. À cela s'ajoutent la charge administrative et des processus impraticables qui aggravent inutilement le problème à l'échelle nationale.



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

Les perturbations d'approvisionnement enregistrées par l'Office fédéral pour l'approvisionnement économique du pays (OFAE) ne cessent d'augmenter et ont même connu une croissance exponentielle ces dernières années. Une distinction doit être faite entre les principes actifs, les préparations aux dosages appropriés et enfin les emballages de tailles différentes qui sont distribués en fonction de la durée de traitement visée. Au moment d'écrire cet article, il manque en Suisse 106 principes actifs avec obligation de notifier. Or de nombreux médicaments couramment prescrits dans les cabinets médicaux ne sont

pas soumis à notification, comme les antihypertenseurs ou les antidiabétiques. La véritable ampleur du problème est donc mieux illustrée sur le site privé www.drugshortage.ch, créé par Enea Martinelli. Il manque 338 principes actifs ou 683 dosages et/ou formes galéniques de ceux-ci et, si l'on tient en plus compte des tailles d'emballage faisant défaut, ce chiffre est de 878 (état au 8 avril 2024). La disponibilité change d'une semaine à l'autre, parfois même d'un jour à l'autre. Certains médicaments font également l'objet d'un rationnement depuis des mois. Par exemple, un cabinet de médecine de famille avec

pharmacie privée reçoit de son grossiste certains antidiabétiques en quantité telle qu'à peine 10% de ses patientes et patients diabétiques peuvent être traités. Les 90% restants doivent se rendre avec une ordonnance dans les pharmacies des environs, où ils obtiennent parfois leurs médicaments, parfois non. Cela est également problématique lorsque ces personnes doivent être envoyées chez des spécialistes ou à l'hôpital, entraînant alors des frais de consultation supplémentaires. Des assistantes et assistants de cabinets médicaux et de pharmacies ont déjà fait l'objet d'agressions verbales et parfois même physiques de la part de patientes et de patients en colère car leurs médicaments n'étaient pas disponibles. Ce sont alors les médecins, les pharmaciennes et les pharmaciens qui doivent expliquer la situation à la patientèle insatisfaite. Dans les hôpitaux, depuis peu, les services de sécurité sont beaucoup accaparés par la protection du personnel soignant et des médecins. Depuis des années, le problème ne cesse de s'étendre et a pris une grave ampleur. C'est dans ce contexte que nous avons décidé de fournir des informations et de prendre position dans une série d'articles à paraître dans plusieurs numéros du Bulletin des médecins suisses (BMS).

Charge administrative

Appels téléphoniques, ordonnances, virements et commandes. La charge de travail pour fournir aux patientes et aux patients les médicaments nécessaires sous la forme galénique adéquate, au bon dosage et dans la taille d'emballage appropriée a triplé. Entre-temps, nous recommandons aux patientes et patients sous traitement médicamenteux continu pour des maladies chroniques de nous contacter pour se réapprovisionner lorsqu'il ne leur reste des médicaments que pour une durée d'un mois environ. Nous déconseillons toutefois de faire des réserves, car cela aggraverait encore fortement la situation de pénurie générale.

Numérisation

Les systèmes informatiques n'apportent qu'un soutien très modéré à la problématique de la pénurie de médicaments. En règle générale, les médecins et les pharmaciennes et pharmaciens doivent intervenir manuellement dans le système, par exemple lorsque ce dernier ne reconnaît pas automatiquement un changement de générique. Les dosages doivent aussi être saisis manuellement. Une suppression manuelle est également nécessaire pour les génériques ou les préparations originales qui ne sont pas disponibles. Pour un cabinet de groupe de premier recours qui travaille depuis 20 ans avec un dossier médical électronique et qui est

entièrement numérisé depuis plus de 10 ans, les coûts pour la maintenance, le matériel, les logiciels, la sécurité et la protection des données s'élèvent à environ 20 000 francs par médecin et par an. Sans parler des heures de travail que les médecins et les coordinatrices et coordinateurs de cabinet doivent consacrer aux questions, aux problèmes et à la télémaintenance des éléments de numérisation. Les solutions existantes sont malheureusement à mille lieues de la réalité quotidienne. Il pourrait être possible d'alléger la charge de travail si des applications numériques adaptées, conçues en collaboration avec les utilisatrices et utilisateurs, étaient disponibles. Si ces outils se révélaient être faciles d'utilisation et porteurs de bénéfice, il ne serait même pas nécessaire de rendre leur utilisation obligatoire par la loi.

Il manque 338 principes actifs, 683 dosages ou formes galéniques et, en considérant les tailles d'emballage, 878 produits!

Vulnérabilité

Les personnes vulnérables sont particulièrement affectées à chaque crise qui touche au domaine des soins. En effet, elles ne disposent ni des ressources économiques ni des ressources psychiques ou physiques qui permettraient une adhésion thérapeutique aussi bonne que celle des personnes disposant de ressources moyennes. Les sociétés de psychiatrie et de psychothérapie sont donc particulièrement concernées par la pénurie actuelle de médicaments, qu'ils soient destinés aux enfants et adolescents ou aux adultes. Lisez à ce sujet l'article sur la pénurie de médicaments en psychiatrie à la page 34 de ce numéro du BMS. D'autres articles sur la pénurie de médicaments suivront.

Innovation

La Suisse, en tant que pôle de recherche pharmaceutique, subit également les conséquences de la pénurie si les médicaments utilisés comme médicaments de comparaison dans les études cliniques pour la recherche de nouveaux traitements ne sont pas disponibles de manière fiable sur le marché national. La recherche et l'innovation s'en retrouvent également freinées, notamment l'introduction de nouveaux traitements – qu'ils soient plus efficaces ou mieux tolérés, ou les deux.

International et national

Il est plus qu'évident que l'on ne pourra pas résoudre de manière satisfaisante le problème

de la pénurie de médicaments en n'agissant qu'à l'échelle nationale. Dans l'article sur la pénurie de médicaments à la page 18 de ce numéro, on peut lire que l'Europe se trouve déjà dans une situation de dépendance critique vis-à-vis d'autres continents et de deux pays en particulier. Certains pays européens l'ont compris et sont devenus très actifs, par exemple dans le domaine de la production de vaccins, afin de reconstituer les capacités de production perdues. La question est de savoir dans quelle mesure la Suisse peut s'impliquer en Europe pour pallier la pénurie de vaccins et de médicaments, et ce dans l'intérêt des deux parties. La position de la Suisse en tant que pôle de recherche et place économique est également en jeu. La «valorisation» est essentielle pour la prospérité économique en cas de pénurie de matières premières.

Patientes et patients

La relation médecin-patient est au centre de notre activité. En dépit de conditions de travail de plus en plus difficiles et d'une pénurie d'approvisionnement en médicaments, en vaccins et en dispositifs médicaux, notre système de santé se distingue jusqu'à présent par sa qualité qui se maintient actuellement à un niveau élevé et par un bon accès aux soins, et ce principalement grâce à l'engagement de toutes les professions de la santé. À l'été, à l'issue de la votation sur l'initiative pour un frein aux coûts, nous serons fixés sur notre capacité future à garantir l'accès aux soins, aux médicaments, aux vaccins et aux dispositifs médicaux à l'ensemble des patientes et des patients. La charge administrative inutile et la situation de pénurie actuelle sont déjà aujourd'hui les facteurs qui menacent le plus la qualité des soins et la sécurité des patients. Une nouvelle augmentation de la charge administrative par une microrégulation éloignée de la pratique porterait un coup à la motivation intrinsèque des professions de la santé. Or une population vieillissante a des besoins grandissants en matière de soins médicaux.

Les personnes vulnérables, c'est-à-dire les patientes et patients souffrant de maladies multiples et chroniques, telles que celles accompagnées par les Ligues de la santé ou la Fondation suisse de cardiologie, ont notamment de mauvaises cartes en main. Nous espérons que ces cercles prendront également conscience de la nécessité de s'engager maintenant en faveur de leurs patientes et de leurs patients, qui seraient les premiers concernés par un budget global et des modèles d'assurance complémentaire.



Le 9 juin, c'est l'avenir du système de santé qui est en jeu. Il est donc essentiel que la population soit correctement informée.

Comment des statistiques officielles induisent en erreur

Les limites des statistiques Les informations des autorités utilisent un graphique qui suggère une évolution dramatique des coûts de la santé. Or, les mêmes chiffres pourraient être présentés de manière totalement différente: s'ils étaient exprimés en francs, une unité bien réelle pour la population, ils perdraient leur caractère dramatique.

Nora Wille^a; Yvonne Gilli^b

^a Dre phil., collaboratrice scientifique personnelle de la présidente; ^b Dre méd., présidente de la FMH

Lorsqu'il est question de politique de santé, il n'est pas rare de voir des pourcentages effrayants donner l'impression que le système de santé ne pourra bientôt plus être financé. Si ces pourcentages élevés alimentent allègrement les discussions [1], ils sont aussi régulièrement mis en avant par des graphiques dits «indexés» qui permettent de forcer le trait. En effet, ces graphiques montrent exclusivement des évolutions exprimées en pourcentage, sans

faire état des valeurs réelles qui les sous-tendent. Ce subterfuge permet de présenter une information apparemment sérieuse, statique et neutre, mais favorise une perception unilatérale et biaisée [2].

Subterfuge et pourcentage

Censée rendre compte du contre-projet indirect à l'initiative pour un frein aux coûts, la fiche d'information de l'Office fédéral de la santé

publique (OFSP) [3] propose un exemple frappant de ce subterfuge. Le graphique de l'OFSP, repris ici dans la figure 1a, compare la courbe des trois évolutions suivantes: coûts de l'assurance-maladie obligatoire par habitant et par année (ligne rouge); produit intérieur brut/économie globale (ligne bleue), salaires/revenu brut médian (ligne verte) [4].

Dans ce graphique, la courbe des coûts de la santé suit une progression assez forte tandis

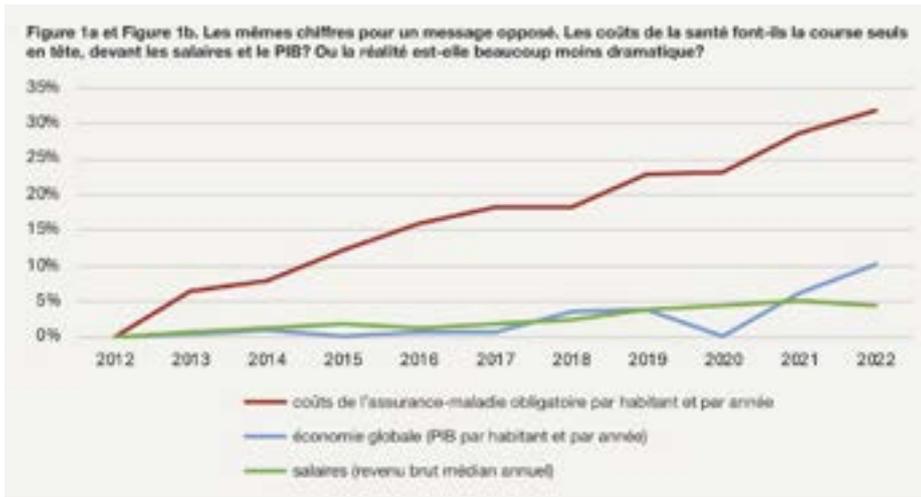


Figure 1a: Représentation de l'administration fédérale exprimée en pourcentage.

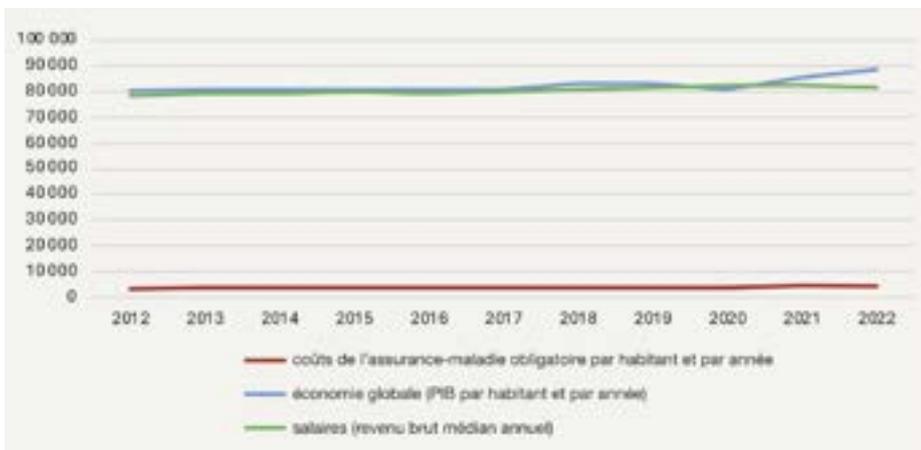


Figure 1b: Mêmes chiffres, exprimés en francs absolus.

que celles du PIB et des salaires restent plus proches de l'horizontale. Les coûts de la santé semblent prendre une ampleur inquiétante pour l'économie et la population active. C'est cette interprétation que suggère la fiche d'information, dans laquelle on peut lire à propos du graphique: «Entre 2012 et 2022, les coûts des prestations selon la loi sur l'assurance-maladie (LAMal) ont augmenté de 31%, le PIB de 10% *seulement* et les salaires de 6%» [3, souligné par les auteures].

Le graphique officiel est trompeur car il présente des hausses de 33 ou de 805 francs comme si elles étaient égales.

Comparer ce qui est comparable

Le graphique reste cependant trompeur car il compare des pourcentages qui ne sont absolument pas comparables. En effet, un pour cent des coûts de santé de l'assurance obligatoire des soins (AOS) représente un montant beaucoup plus faible

qu'un pour cent des salaires ou du PIB. Pourtant, l'énorme différence entre les valeurs réelles de ces trois notions n'est pas visible (figure 1a). Le graphique officiel n'indique nulle part que les prestations brutes par tête de l'AOS s'élèvent à 3257 francs en 2012 [5] contre 80 487 francs pour le PIB [6] et 78 600 francs pour le revenu brut médian (plein temps) [7]. En d'autres termes, personne ne voit la valeur réelle de la hausse associée aux pourcentages représentés: un pour cent correspond à 33 francs sur la ligne rouge, à 805 francs sur la ligne bleue et à 786 francs sur la ligne verte. Au final, ces augmentations apparaissent sur le graphique officiel comme si elles étaient égales.

En francs, c'est une autre image

Le tableau est tout autre si on prend exactement les mêmes chiffres, sans les exprimer en pourcentage, mais en montants réels en francs, comme l'illustre la figure 1b. Ici aussi, on peut voir comment les coûts de l'assurance de base par personne (ligne rouge) ont augmenté entre 2012 et 2022, à savoir de 3257 francs à 4294 francs [5]. La forte augmentation en pourcentage de

31% [8] mise en avant par l'OFSP correspond de fait à un montant de 1037 francs. En parallèle, on constate que la ligne du PIB par habitant (ligne bleue) se situe à un niveau nettement plus élevé et que celui-ci est passé de 80 487 francs à 88 717 francs [6]. L'augmentation du PIB de «10% seulement», tel que formulé dans la fiche d'information de l'OFSP, correspond à un montant de 8230 francs, soit en chiffres réels, à une hausse environ huit fois plus importante que celle des coûts de la LAMal. Matérialisé par la ligne verte, à un niveau lui aussi beaucoup plus élevé que les coûts de la santé, le salaire brut médian est passé de 78 600 francs à 82 000 francs [7] en dix ans. L'augmentation de salaire, apparemment faible en pourcentage, correspond *en réalité* à un montant de 3400 francs.

Si l'OFSP avait présenté les mêmes informations en les exprimant en francs, le graphique aurait été totalement différent. Les explications pour étayer le graphique auraient également été tout autres: «Entre 2012 et 2022, les coûts des prestations selon la loi sur l'assurance-maladie (LAMal) ont augmenté de 1037 francs, *alors que* le PIB a enregistré une progression de 8230 francs et les salaires de 3400 francs.»

Les montants réels laisseraient apparaître que les salaires ont davantage progressé que les coûts.

Mêmes chiffres, message opposé

Comparer les deux graphiques met en lumière l'importance que revêt la manière dont une valeur est exprimée. Si c'est en pourcentage ou en francs, son impact ne sera pas le même. Lorsque les chiffres sont représentés sur une même échelle de pourcentage sans tenir compte de leur ordre de grandeur respectif, les coûts de la santé semblent augmenter nettement plus que le PIB et les salaires. Présentés ainsi, ils suggèrent une surcharge de taille pour les ménages.

En revanche, avec des chiffres exprimés en montants absolus (en francs), le graphique véhicule un tout autre message: on y voit que la hausse des coûts de la LAMal de 1037 francs est à mettre en parallèle avec une augmentation du salaire médian de 3400 francs et une hausse du PIB de 8230 francs. La différence d'ordre de grandeur des coûts de la santé, des salaires et du PIB est immédiatement visible lorsque ces valeurs sont exprimées en francs – et l'aspect dramatique disparaît faute de courbes ascendantes fortes pour étayer le message.

Ces deux manières de présenter les chiffres débouchent sur des messages totalement différents: les pourcentages suggèrent que l'augmentation des coûts de la santé dépasse nettement

celle du PIB et des salaires – alors que ce n'est pas du tout le cas si la hausse est mesurée en montants absolus. En effet, les chiffres exprimés en francs montrent que la courbe des coûts de la santé relevant de la LAMal se situe à un niveau nettement inférieur à celles du PIB et des salaires et suit une augmentation plus faible.

La représentation modifie le message: est-ce les coûts qui augmentent plus que les salaires ou inversement?

Informations unilatérales des autorités

L'administration fédérale persiste malheureusement à fonder son argumentaire sur les pourcentages pour informer le public, alors que les limites de cette méthode sont connues et ont déjà été pointées du doigt à plusieurs reprises. En avril 2022, la NZZ avait par exemple déjà soulevé le problème des valeurs indexées utilisées en lieu et place de valeurs absolues dans les graphiques officiels [9]. La FMH aussi s'est déjà attelée à décortiquer les ressorts politiques de cette méthode [2]. Les raisons pour lesquelles la représentation en pourcentage s'avère trompeuse et inadaptée à l'information du public paraissent évidentes:

- Le subterfuge consiste, dans un même graphique, à comparer des valeurs relatives (pourcentage) qui pour l'une correspond à 33 francs et pour l'autre à 805 francs. Seules les personnes habituées à l'analyse de statistiques sont en mesure de se rendre compte que les valeurs exprimées en pour cent déforment totalement les ordres de grandeur. Or, lorsqu'il s'agit de comparer des évolutions, il faut utiliser des valeurs comparables.
- Au quotidien, la population suisse gère des francs et non des pourcentages. Les salaires et les coûts de l'assurance-maladie obligatoire sont payés en francs. Pour elle, il serait donc beaucoup plus pertinent et intéressant de connaître l'évolution réelle en francs – et non en pourcentages abstraits et trompeurs.
- Présenter les chiffres exclusivement sous forme de pourcentages contrevient clairement au mandat des autorités de délivrer une information neutre car cette méthode dramatisante et biaise de manière unilatérale l'impression suscitée. C'est aussi un marqueur politique très net. L'Union syndicale suisse (USS) utilise cette méthode depuis des décennies, et notamment en 1986, quand elle a voulu montrer lors d'une campagne de votation avec le PS que les primes grevaient les salaires depuis 1966 [2]. Aujourd'hui, les graphiques indexés apparaissent principalement dans les brochures pour étayer des

revendications politiques. Le PS et Le Centre s'en servent afin de promouvoir leurs initiatives. À l'inverse, les informations officielles ne devraient pas s'approprié un agenda politique.

Lorsque deux manières de présenter un même fait laissent entrevoir deux interprétations totalement différentes, les informations officielles des autorités se doivent de ne pas se limiter à véhiculer un seul point de vue, et encore moins si celui-ci est trompeur et politiquement orienté. Il est regrettable de remarquer qu'en dépit des critiques connues, l'OFSP continue d'utiliser des graphiques dont la valeur suggestive l'emporte, au lieu de s'appuyer sur des illustrations neutres pour informer en prévision d'une votation populaire. Au cours des semaines et des mois à venir, il serait pourtant particulièrement important que les autorités produisent une information équilibrée et adéquate, notamment d'ici le 9 juin prochain, date à laquelle la population se prononcera sur l'initiative d'allègement des primes du PS et celle du Centre pour un frein aux coûts. Au moment de faire son choix, le fait de savoir si les coûts sont supportables ou non compte

Les informations officielles des autorités doivent être neutres et ne pas suivre un agenda politique.

tenu de l'augmentation des salaires et du PIB pourrait jouer un rôle déterminant. C'est pourquoi la population devrait bénéficier d'informations objectives et non biaisées, au moins de la part de l'administration fédérale.



Références

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



- Peu d'énergie
- Mémoire de plus en plus défaillante
- Mauvaise concentration
- Humeur morose
- Sans joie

Pleins d'entrain au quotidien malgré la dépression - même à un âge avancé!

Brintellix®

Améliore l'humeur, la concentration, la motivation et peut aider dans la vie de tous les jours.¹

Brintellix® (vortioxétine). I: Traitement des épisodes dépressifs chez l'adulte (épisodes dépressifs majeurs), ainsi que traitement d'entretien ultérieur chez les patients dont les symptômes dépressifs ont bien répondu à Brintellix dans la phase aiguë du traitement. P: La posologie recommandée chez l'adulte < 65 ans est de 10 mg par jour, au cours ou en dehors des repas. La dose peut être ajustée à max. 20 mg par jour ou min. 5 mg par jour. CI: Hypersensibilité au principe actif ou à l'un des excipients. Utilisation simultanée avec des inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO) non sélectifs ou des inhibiteurs sélectifs de la MAO-A. Préc.: Enfants et adolescents, tentatives de suicide/idées suicidaires, convulsions, syndrome sérotoninergique ou syndrome malin des neuroleptiques, manie/hypomanie, agressivité/agitation, hémorragie, hyponatrémie, glaucome, patient âgés, patients souffrant de maladies rénales ou hépatiques. IA: Inhibiteurs non sélectifs irréversibles de la MAO, inhibiteurs sélectifs réversibles de la MAO-A (moclobémide), inhibiteurs non sélectifs réversibles de la MAO (linézolide), inhibiteurs sélectifs irréversibles de la MAO-B (sélégiline, rasagiline), médicaments sérotoninergiques, millepertuis, médicaments abaissant le seuil épileptogène, électroconvulsivothérapie, inhibiteurs du cytochrome P450 (inhibiteurs puissants du CYP2D6 (p.ex. bupropion, quinidine, fluoxétine, paroxétine)), inducteurs du cytochrome P450 (p.ex. rifampicine, carbamazépine, phénytoïne), médicaments anticoagulants et antiplaquettaires, lithium, tryptophane, interférence avec le dépistage urinaire de drogues. G/A: déconseillé, risque accru d'hémorragie post-partum. EI: très fréquent: nausées; fréquent: rêves anormaux, vertiges, diarrhée, constipation, vomissements, prurit (généralisé), hyperhidrose. Prés.: comprimés pelliculés à 5 mg: 28 [B], 10 mg et 20 mg: 28, 98 [B]. Solution buvable en gouttes à 20 mg/ml (10.1% vol. alcool): 15ml [B]. Actuellement non commercialisés: comprimés 15 mg: 28, 98. Admis par les caisses. L'information professionnelle complète est publiée sur www.swissmedicinfo.ch. Lundbeck (Schweiz) AG, Opfikon, www.lundbeck.ch 17082022F1 Réf. 1. Information professionnelle Brintellix®: www.swissmedicinfo.ch Lundbeck (Schweiz) AG, Balz-Zimmermann-Strasse 7, CH-8152 Glattbrugg, Tel. 058 269 81 81, Fax 058 269 81 82, www.lundbeck.ch



Brintellix®
vortioxétine

Treat more than mood[®]



© Viktoriya Kuzmenkova / Dreamstime.com

Pour les patients vulnérables avec des moyens financiers limités, les obstacles de la pénurie de médicaments sont quasiment insurmontables.

Il est urgent d'agir face à la pénurie de psychotropes

Pénurie de médicaments La pénurie de psychotropes affecte de plus en plus la sécurité et la qualité des traitements en psychiatrie. Seule une étroite collaboration entre les associations professionnelles, les pouvoirs publics et le secteur pharmaceutique permettra de surmonter cette situation critique. À court terme, cela impliquera d'adapter certaines exigences réglementaires.

Fulvia Rota^a; Stephan Eliez^b; Erich Seifritz^c; Carlos Beat Quinto^d; Marco Tackenberg^e

^a Dre méd., présidente de la SSPP, co-présidente de la FMPP; ^b Prof. méd., co-président SSPPEA, co-président FMPP; ^c Prof. méd., membre du comité de la SSPP;

^d Dr méd., membre du Comité central de la FMH; ^e chargé de communication de la FMPP

Les difficultés d'approvisionnement ou plus précisément les pénuries de médicaments constituent un problème croissant. Ces difficultés sont aggravées par la combinaison entre stratégies marketing des entreprises pharmaceutiques, défis réglementaires et difficultés au niveau des chaînes globales d'approvisionnement.

Enea Martinelli, pharmacien en chef des hôpitaux fmi AG (Frutigen Meiringen Interlaken), a récemment expliqué dans le Bulletin des médecins suisses que sans la révision de fond de la loi sur les produits thérapeutiques effectuée en 2010, il n'aurait pas été possible d'éviter un effondrement de l'approvisionnement dix ans

plus tard lors de la pandémie [1]. En cas de pénurie, adapter les exigences réglementaires peut faciliter l'autorisation rapide de mise sur le marché et l'importation de médicaments offrant une alternative.

Ce problème est particulièrement aigu dans le domaine des soins ambulatoires et touche en

premier lieu les patientes et les patients. En psychiatrie, les difficultés d'approvisionnement concernent plusieurs benzodiazépines, ce qui complique de plus en plus le choix d'une substitution adéquate. Plusieurs antidépresseurs et psychostimulants, ainsi que des traitements de substitution aux opiacés et à la prévention de l'alcoolisme, sont concernés. Les difficultés d'approvisionnement compromettent la continuité et l'efficacité des traitements, ce qui peut même, dans quelques cas, mener à des hospitalisations, principalement parmi les personnes vulnérables dont la situation économique est précaire.

Pour de nombreuses maladies psychiques, il est essentiel de garantir la continuité du traitement.

Les psychotropes sont essentiels au traitement des maladies psychiques. Il est crucial de respecter la posologie prescrite et de maintenir la continuité dans le traitement, car toute irrégularité ou interruption augmente considérablement le risque de rechute. Cela peut aussi impacter fortement la santé, les relations sociales, la situation économique et la qualité de vie des personnes concernées.

Inégalités sociales dans la santé

Dans un cas documenté, un médecin-psychiatre traitant a dû chercher un traitement de substitution pour remplacer le psychotrope que prenait habituellement son patient. Cette tentative s'est soldée par des effets indésirables sévères et l'accroissement du risque de suicide chez le patient concerné.

Cet exemple révèle également les inégalités sociales dans ce domaine. Les patients aisés et informés peuvent, à force de persévérance, trouver d'autres sources d'approvisionnement alors que pour les patients vulnérables dont les moyens financiers sont limités, les obstacles sont quasiment insurmontables.

En cas de pénurie, adapter les exigences réglementaires peut faciliter l'autorisation et l'importation de médicaments.

Malgré les efforts des différents groupes de travail et des task forces pour élaborer des solutions, la situation reste critique pour les médecins installés, et plus particulièrement pour celles et ceux qui ne pratiquent pas la propharmacie. Il peut en effet s'avérer très difficile de trouver une pharmacie qui dispose du médicament requis dans son stock. De plus, cela engendre un surcroît de travail qui n'est pas remboursé. Dans un tel cas, les pharmacies renvoient les patients sans médicaments, sans forcément en

informer les médecins traitants. Se rabattre sur les préparations magistrales n'est pas viable au quotidien, car là aussi, il est difficile de trouver une pharmacie disposée à fabriquer un médicament spécialement pour une personne.

Toute irrégularité ou interruption du traitement augmente considérablement le risque de rechute.

Prise de mesures rapides

Lorsqu'il manque un médicament pour traiter leurs patients, les médecins sont souvent obligés de passer un temps considérable à le chercher, parfois même hors de nos frontières. Ensuite, même si ce médicament contient le même principe actif que celui autorisé en Suisse, les assureurs-maladie refusent généralement de le rembourser. S'ensuit un processus bureaucratique chronophage qui nécessite des demandes répétées auprès des assureurs et dont l'issue est incertaine.

Cette situation est non seulement un poids pour les médecins traitants qui doivent assumer cette charge administrative supplémentaire parallèlement à leur activité clinique, mais soulève aussi des questions quant à l'efficacité du système de santé et au rôle central qu'y joue le patient. Une simplification des procédures s'impose de même que des directives claires à l'intention des assureurs-maladie afin de garantir que les médicaments achetés à l'étranger soient remboursés sans retard inutile et sans obstacle administratif.

Impliquer les organisations

Les solutions à moyen terme telles qu'elles sont envisagées en ce moment arriveront trop tard pour résoudre les problèmes d'approvisionnement actuels. Il est donc impératif de prendre dès à présent des mesures rapides à mettre en œuvre. Pour y parvenir, il est nécessaire d'impliquer les organisations professionnelles. Face à ce problème urgent, nous avons adressé les demandes suivantes à l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) et à l'Office fédéral pour l'approvisionnement économique du pays (OFAE):

- Augmenter la flexibilité réglementaire: en période de crise, il importe d'alléger les réglementations au niveau fédéral et cantonal pour ne pas affaiblir la résilience du système de santé.
- Agir à temps sur les causes qui font que la situation internationale aggrave la problématique au niveau national et cantonal.
- Adapter les exigences réglementaires en situation d'urgence afin de faciliter l'importation et le remboursement des coûts de médica-

ments obtenus à l'étranger déjà autorisés par Swissmedic (et identiques quant au principe actif, à la dose et à la forme galénique).

- Analyser de manière approfondie les difficultés actuelles d'approvisionnement en psychotropes en impliquant les sociétés de discipline médicale et les associations professionnelles concernées et communiquer en toute transparence sur les causes et la durée probable.
- Promouvoir des alternatives et des offres de soutien pour les médecins et les patients afin de faciliter l'accès aux médicaments recherchés.
- En raison des voies d'acheminement longues et fragiles, de la situation géopolitique mondiale et des aspects qualitatifs, il est indispensable de trouver des solutions viables au niveau européen avec une participation active de la Suisse, dans l'intérêt des deux parties.

Il est impératif de prendre dès à présent des mesures rapides à mettre en œuvre.

Il ne fait aucun doute qu'une étroite collaboration entre l'OFSP, l'OFAE, la FMH, pharmaSuisse, la logistique pharmaceutique et l'industrie ainsi que les sociétés de discipline est essentielle pour surmonter cette crise qui dure depuis longtemps et ne cesse de s'aggraver. Le corps médical est motivé à apporter sa contribution.

Correspondance

kommunikation[at]psychiatrie.ch



Références

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



© Michan / Dreamstime

Lors du symposium de l'ASQM, les équipes lauréates de l'Innovation Qualité seront divulguées et recevront leur prix.

Symposium de l'ASQM et Innovation Qualité 2024

Remise des prix Le 24 mai 2024, à l'occasion de son symposium, l'ASQM récompensera les meilleurs projets dédiés à la qualité ayant fait leurs preuves dans le domaine de la santé en leur décernant le prix «Innovation Qualité». Cette année, le symposium sera consacré aux thèmes «Numérisation, innovation et sécurité des patients». Vous aussi, participez à cet événement et inscrivez-vous sans attendre!

Roxane Kübler

MA, responsable opérationnelle de l'Académie suisse pour la qualité en médecine (ASQM) de la FMH

Quelles innovations numériques ont permis d'améliorer la qualité des soins en Suisse? Quels nouveaux exemples de bonne pratique ont visiblement contribué à améliorer la sécurité des patients? Et quels projets novateurs le corps médical a-t-il réalisés avec succès?

Toutes ces questions, et bien d'autres encore, seront abordées lors du prochain symposium de l'Académie suisse pour la qualité en médecine (ASQM). L'occasion aussi pour l'ASQM de remettre son prix «Innovation Qualité» aux équipes faisant œuvre de pionnières dans le domaine de la santé. Le sym-

posium aura lieu le vendredi 24 mai 2024, l'après-midi, à Berne. Il s'adresse à un public interprofessionnel de médecins de toutes spécialités et d'autres groupes professionnels du domaine de la santé intéressés par la qualité, aux représentantes et représentants des organisations de la santé, au grand public, aux patientes

et patients ainsi qu'à leurs proches, aux milieux politiques, à l'administration et aux médias. Vous y êtes donc toutes et tous les bienvenus!

Le symposium est interprofessionnel et s'adresse à toute personne intéressée par la qualité dans le domaine de la santé.

Trois catégories

Pas moins de 56 projets ont été soumis pour l'édition 2024 de l'Innovation Qualité, dans trois catégories: «Innovation numérique» – thème principal de cette année, «Sécurité des patients» et «Prix spécial du jury». Lors du symposium, les équipes lauréates seront divulguées et recevront leur prix.

En plus de la présentation des projets primés, vous aurez l'occasion d'assister à trois autres exposés. Tout d'abord, le Prof. Tobias Kowatsch, professeur en Digital Health Interventions à l'Institute for Implementation Science in Health Care de l'Université de Zu-

rich (UZH) et directeur de la School of Medicine de l'Université de Saint-Gall (HSG), nous parlera des interventions de santé numérique. Le deuxième exposé sera consacré à un projet qui a remporté l'Innovation Qualité 2020 dans la catégorie «Le feed-back comme instrument qualité»: l'application medidux, dont l'objectif est de détecter précocément les effets secondaires du traitement chez les patients ambulatoires atteints de cancer. Le Prof. méd. Andreas Trojan, Chief Medical Officer, Co-Founder et président du conseil d'administration de mobile Health AG, nous racontera ce qu'il s'est

Le nombre de projets soumis à l'Innovation Qualité n'a jamais été aussi élevé que pour cette édition 2024.

passé depuis l'obtention du prix. Enfin, le Prof. David Schwappach, MPH, responsable du pôle de recherche sur la sécurité des patients à l'Institut de médecine sociale et préventive (ISPM)

de l'Université de Berne, présentera un exposé sur un thème de recherche actuel dans le domaine de la sécurité des patients.

Le symposium est reconnu par l'ISFM et donne droit à 4 crédits de formation continue.

Date, lieu et inscription

Le symposium de l'ASQM se tiendra le vendredi 24 mai 2024 de 13h30 à 17h15 à l'Université de Berne / UniS, Schanzenekstrasse 1, 3001 Berne, auditoire S 003 (RDC). Vous avez jusqu'au 15 mai 2024 pour vous y inscrire par l'intermédiaire de notre site internet: www.innovationqualite.ch > Symposium 2024 de l'ASQM. Le symposium est reconnu par l'ISFM et donne droit à 4 crédits de formation continue. Nous nous réjouissons de vous rencontrer en grand nombre!

Correspondance
asqm[at]fmh.ch

Annonce



MEDISYN

En tant que médecin, êtes-vous en quête de réponses ?

Notre laboratoire médical vous propose des diagnostics de pointe et des conseils d'experts personnalisés.

Allergologie - Biologie moléculaire - Chimie clinique - Cytologie - Génétique - Hématologie - Immunologie - Microbiologie - Pathologie - Rhumatologie - Sérologie

Plus d'informations sur www.medisyn.ch



Nouvelles du corps médical

Todesfälle / Décès / Decessi

Walter Heinrich Häcki (1942), † 2.12.2023, Facharzt für Gastroenterologie und Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, 6390 Engelberg
Andres Martin Zbinden (1938), † 28.12.2023, Facharzt für Kardiologie und Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, 3400 Burgdorf
Paul von Büren (1937), † 6.3.2024, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, 6373 Ennetbürgen

Ärztegesellschaft des Kantons Bern Ärztlicher Bezirksverein Bern Regio

Zur Aufnahme als ordentliches Mitglied in leitender Funktion hat sich angemeldet:
Cornelia Bieri, Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin, Mitglied FMH, Leitende Ärztin, Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Zentrum für Suizidprävention (ZfSP), Bolligenstrasse 111, Bern 60 UPD

Zur Aufnahme als ordentliches Mitglied haben sich angemeldet:

Jonas Federer, Facharzt für Anästhesiologie und Facharzt für Intensivmedizin, Mitglied FMH, Klinik Beau-Site, Schänzlihalde 11, 3013 Bern

Véronique Gassmann, Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe, Mitglied FMH, Frauenpraxis Gassmann Schaffeler, Bremgartenstrasse 119, 3012 Bern

Kristin Salk, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Medbase Bern Zentrum, Schwanengasse 10, 3011 Bern

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

Ärztegesellschaft des Kantons Luzern

Zur Aufnahme in unsere Gesellschaft Sektion Stadt hat sich gemeldet:

Nicolai Hueck, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Medicum Wesemlin, Landschauenstrasse 2, 6006 Luzern

Frauke Kellner-Weldon, Fachärztin für Radiologie, Mitglied FMH, Luzerner Kantonsspital, Spitalstrasse, 6000 Luzern 16

Zaza Zivzivadze, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Mitglied FMH, Arztpraxis Dr. Barbara Keel GmbH, Alpenstrasse 1, 6004 Luzern

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:

Daniel Van Xuan Friis, Facharzt für Anästhesiologie, Mitglied FMH, ab 01.05.2024 zu 20%, ISSZ AG, Pfäffikon Sz.

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

Gesellschaft der Ärztinnen und Ärzte des Kantons Solothurn

Zur Aufnahme als ordentliche Mitglieder haben sich angemeldet:

Magdalena Maria Berkhoff, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie und Fachärztin für Neurologie, Mitglied FMH, Praxis Wiese, 4500 Solothurn

Simion Cacean, Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe, Praxis Dr. med. Janusz Boinski, 2540 Grenchen

Martha Groove, Fachärztin für Hämatologie und Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, Mitglied FMH, Onkologie/Hämatologiepraxis Solothurn, 4500 Solothurn

Felix Paradies, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Mitglied FMH, Gemeinschaftspraxis Obachpark, 4500 Solothurn

Emanuel Plüss, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Mitglied FMH, Bürgerspital Solothurn, 4500 Solothurn

Rachel Rauber, Fachärztin für Kinder und Jugendmedizin, Mitglied FMH, Praxis Karhollen, 4226 Breitenbach

Barbara Schätzle, Fachärztin für Kinder und Jugendmedizin, Mitglied FMH, Herzpraxis Olten, 4600 Olten

David Srivastava, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Mitglied FMH, Bürgerspital Solothurn, 4500 Solothurn

Einsprachen gegen diese Aufnahmen sind innerhalb 14 Tagen nach der Publikation schriftlich und begründet bei den Co-Präsidenten der Gesellschaft der Ärztinnen und Ärzte des Kantons Solothurn, GAESO, Postfach, 4654 Lostorf einzureichen.

Ärztegesellschaft Thurgau

Die Ärztegesellschaft Thurgau informiert über folgende Neuanmeldungen:

Mahmoud Taghavi Fallahpour, Salensteinerstrasse 10 F, 8272 Ermatingen, Facharzt für Arbeitsmedizin und Praktischer Arzt

Silja Hermes, Praktische Ärztin, Sonnentauweg 15, DE-78467 Konstanz

Julia Christina Müntz, Fachärztin für Urologie, Zum Hinterhag 4, DE-78464 Konstanz

Stefan Michael Rainer Wanke, Schützenstrasse 1, 8280 Kreuzlingen, Allgemeine Innere Medizin

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

Unterwaldner Ärztegesellschaft

Zur Aufnahme in unsere Gesellschaft haben sich gemeldet:

Kim David Plattner, Facharzt für Ophthalmologie, Augenarzt Sarnen, Nelkenstrasse 2, 6060 Sarnen

Einsprachen sind innert 20 Tagen nach der Publikation schriftlich und begründet zu richten an: Unterwaldner Ärztegesellschaft c/o medkey AG, Schwanenplatz 7, 6004 Luzern.

Ärztegesellschaft Uri

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

Thomas Kofler, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Facharzt für Kardiologie, Mitglied FMH, Adlergartenstrasse 15, 6467 Schattdorf

Filip Kostal, Facharzt für Angiologie und Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Mitglied FMH, Adlergartenstrasse 15, 6467 Schattdorf

Einsprachen gegen diese Kandidatur müssen innerhalb von 20 Tagen seit dieser Veröffentlichung

lichung schriftlich begründet an den Vorstand der Ärztesgesellschaft Uri ein-gereicht werden. Nach Ablauf der Einsprachefrist entscheidet der Vorstand über Ge-suche und allfällige Einsprachen.

Annonce

Les meilleurs pronostics pour vos réserves financières.

Peu importe ce que la vie leur réserve : grâce à l'Assurance des Médecins Suisses, les médecins bénéficient des meilleures solutions de prévoyance et d'une couverture du risque optimale à chaque étape de leur vie. Faites le check-up épargne : va-cooperative.ch



Couverture du risque



Prévoyance



Assurance des Médecins Suisses
société coopérative

Une prévoyance sûre.
Depuis 1926.

Partenaire de

les **Assureurs-médecins** 
complet, sans souci, assuré



Selon la liste Top 5, l'administration postopératoire d'antibiotiques n'est généralement pas nécessaire.

Deuxième liste Top 5 Anesthésiologie et médecine périopératoire

Recommandations smarter medicine publie une deuxième liste Top 5 en collaboration avec la Société Suisse d'Anesthésiologie et de Médecine Périopératoire (SSAPM). Celle-ci énumère cinq autres traitements inutiles auxquels il est possible de renoncer, de façon à apporter une contribution importante à l'initiative «smarter medicine».

Michael Thomas Ganter^a; Urs Eichenberger^a; Christoph Karl Hofer^b

^a Prof. Dr méd., co-président de la Société Suisse d'Anesthésiologie et de Médecine Périopératoire (SSAPM); ^b Prof. Dr méd., président de la Fondation pour la Sécurité des Patients en Anesthésie (FSPA)

En 2018, les membres de la Swiss Society of Anaesthesiology and Perioperative Medicine (SSAPM) ont reçu une lettre contenant une grille de recommandations en anesthésiologie dans le cadre de l'initiative «smarter medicine – Choosing Wisely Switzerland». Celle-ci leur demandait d'énumérer les recommandations «bottom-up» potentiellement importantes pour eux. Au total, 48 propositions de recommandations ont été soumises, avec 136 votes, le vote maximal pour une recommandation étant de 17.

Les propositions ont été répertoriées par un comité d'expertes et experts de la SSAPM en fonction de la répartition des votes, et certaines recommandations ont été rassemblées et regroupées, de sorte que les dix recommandations les plus importantes ont finalement pu être réunies. Une enquête a ensuite été menée auprès de tous les responsables d'un établissement de formation postgraduée en anesthésiologie (EFP) reconnu par l'ISFM. Il leur a été demandé d'évaluer les dix recommandations au moyen d'une échelle de Likert en quatre parties. 33 des 55 responsables d'EFP ont participé à cette enquête (taux de réponse: 60%). Les cinq premières recommandations ayant obtenu les moyennes les plus élevées (2,97–3,51) ont été publiées dans la première liste Top 5 en 2018. Les cinq autres recommandations (valeur moyenne: 2,17–2,89) ont fait l'objet en 2022 d'un nouveau processus de révision au sein du comité d'expertes et experts de la SSAPM, qui a conclu à l'utilité de publier ces recommandations sous une forme actualisée en tant que liste Top 5 supplémentaire en 2023. La liste élargie a été adoptée par le comité de la SSAPM le 10 juillet 2023.

Aperçu des cinq recommandations de la deuxième liste:

1. Pas d'antibioprophylaxie périopératoire en dehors des guidelines. La prophylaxie en dose unique doit être administrée au bon moment (0–60 minutes avant l'incision cutanée) et si, dans des cas exceptionnels, une administration postopératoire est nécessaire, elle doit être limitée à 24 heures [1, 2].

Avec une incidence de 2–5% de toutes les interventions chirurgicales, les infections du site chirurgical sont une complication postopératoire relativement fréquente avec une morbidité et une mortalité considérable. Différentes études menées ces dernières années ont démontré qu'une antibioprophylaxie périopératoire adéquate peut réduire le taux d'infection des plaies.

Pour ce faire, l'antibiotique doit être efficace contre les agents pathogènes les plus susceptibles de contaminer la plaie et doit être administré au bon moment et à la bonne dose afin de garantir un taux sérique et une concentration

tissulaire efficaces au moment de la contamination potentielle. En principe, cela s'applique – selon les directives actuelles pour la prévention des SSI (Surgical Site Infection) – à une fenêtre de temps de 60 minutes avant l'incision cutanée ou, en cas d'opérations avec garrot, 60 minutes avant la pose du garrot. Une dose unique est généralement suffisante. Une deuxième dose doit être administrée si la durée de l'opération dépasse deux fois la demi-vie de l'antibiotique ou en cas de perte de sang >1500 ml. L'administration postopératoire n'est généralement pas nécessaire, mais si elle a lieu, elle doit être limitée à 24 heures.

2. Pas de pose de cathéter (cathéter artériel et vasculaire central, cathéter antalgique, cathéter urinaire) sans examen critique préalable de l'indication. En cas de décision de pose, il faut veiller à une procédure stérile, si possible à l'utilisation de l'imagerie (ultrasons) et à une durée de pose aussi courte que possible [3–5].

La pose périopératoire d'un cathéter est associée à un risque accru de complications. Tous les types de cathéters (artériels, veineux centraux, antalgiques et urinaires) ont en commun un risque accru d'infection en raison du franchissement de barrières anatomophysiologiques. C'est pourquoi la mise en place d'un cathéter doit être clairement indiquée. Par exemple, la pose d'un cathéter vasculaire (un cathéter artériel pour la mesure invasive continue de la pression artérielle ou un cathéter veineux central pour la mesure de la pression veineuse centrale) n'améliore pas en soi le traitement du patient et l'utilisation d'un cathéter doit s'accompagner des mesures adéquates nécessaires pour influencer positivement le résultat du patient. En cas de décision de poser un cathéter, les conditions d'asepsie doivent être strictement respectées selon un protocole standardisé et la durée de pose doit être limitée afin d'éviter autant que possible les infections. En outre, l'utilisation d'un appareil à ultrasons pour la mise en place du cathéter augmente le taux de réussite et réduit le taux de complications.

3. Pas d'opioïdes après la sortie de l'hôpital chez les patientes et patients «naïfs aux opioïdes». Si cela s'avère néanmoins nécessaire, un plan clair de réduction des doses et d'arrêt à moyen terme doit être disponible et fourni [6, 7].

La sensibilité à la douleur et la diminution de la douleur postopératoire sont variables, c'est pourquoi l'administration d'opioïdes doit être adaptée individuellement dans la gestion de la douleur postopératoire. Dans la mesure du possible, les opioïdes doivent être réduits et

À propos de la société de discipline médicale

La Société Suisse d'Anesthésiologie et de Médecine Périopératoire (SSAPM) est l'organisation professionnelle des médecins spécialistes en anesthésiologie. Plus d'informations sous www.ssapm.ch

arrêtés au cours de l'hospitalisation afin de limiter le risque d'effets secondaires et le développement d'une dépendance. Les patientes et patients «naïfs aux opioïdes» au moment de leur admission à l'hôpital ne devraient pas, dans la mesure du possible, quitter l'hôpital avec des opioïdes. Si cela s'avère nécessaire, un plan clair de réduction des doses et d'arrêt à moyen terme doit être disponible et fourni.

4. Ne pas effectuer d'examen cardiologiques et pneumologiques préopératoires chez les patientes et patients asymptomatiques et sans réduction de la capacité fonctionnelle ayant une maladie cardiaque et/ou pulmonaire connue [8, 9].

Les patientes et patients asymptomatiques souffrant de maladies cardiaques ou pulmonaires chroniques, en particulier celles et ceux atteints de coronaropathie ou de broncho-pneumopathie chronique obstructive, ne bénéficient généralement pas d'un bilan cardiologique ou pneumologique plus poussé. C'est notamment le cas lorsqu'ils doivent subir une intervention «à faible risque» ou «à risque intermédiaire» alors qu'ils ont une bonne capacité fonctionnelle. Les examens eux-mêmes ne réduisent guère le risque de complications postopératoires. En revanche, les examens tels que l'échocardiographie de stress ou l'angiographie coronarienne exposent les patientes et patients à un risque non négligeable de complications dues à ces examens. En même temps, cela retarde souvent inutilement la réalisation de l'opération. Ces examens, ainsi que les tests de la fonction pulmonaire, doivent être réservés aux patientes et patients symptomatiques chez lesquels une amélioration du traitement de la maladie chronique peut être obtenue et attendue grâce à ces investigations. Ces examens doivent être effectués indépendamment d'une intervention planifiée.

5. Renoncer à une méthode de travail purement spécialisée qui se limite à la réalisation d'anesthésies [10–12].

L'utilisation de protocoles de traitement périopératoire standardisés et interdisciplinaires permet d'améliorer le résultat des patientes et patients après différentes interventions chirurgicales.

Organisations

smarter medicine

Choosing Wisely Switzerland

À propos de smarter medicine

L'organisation d'utilité publique smarter medicine s'engage depuis 2014 contre les soins inappropriés et la surmédicalisation dans le domaine médical en Suisse. Pour atteindre ses objectifs, smarter medicine encourage la discussion et la recherche sur les traitements inutiles. Elle publie du matériel d'information et fournit régulièrement des recommandations au personnel médical ainsi qu'aux patientes et patients dans le cadre de «listes Top 5». Plus d'informations sous www.smartermedicine.ch

hospitalisations plus courtes. Des exemples de tels protocoles de traitement sont ERAS® (Enhanced Recovery after Surgery) ou GRACE® (Groupe de Réhabilitation Améliorée après Chirurgie).

Correspondance

[ifai-sekretariat\[at\]hirslanden.ch](mailto:ifai-sekretariat[at]hirslanden.ch)
[lars.clarfeld\[at\]sgaim.ch](mailto:lars.clarfeld[at]sgaim.ch)



Références

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

En soutenant la mise en œuvre, l'application conséquente et le développement de tels protocoles, les anesthésistes peuvent contribuer de manière déterminante à une réduction des complications postopératoires et donc à des

Annonce



Medikamenten-Interaktionsdatenbank

Ihre Vorteile

- **Intuitiv** und **übersichtlich** - farbige Risikoklassifizierung klinisch relevanter Interaktionen. Schematische Übersicht der CYP-Interaktionen.
- **Präzise** und **mehrdimensional** - Interaktionen werden auf Wirkstoffebene (kinetisch und dynamisch) von einem hochqualifizierten Expertenteam beurteilt, inkl. möglicher Klasseneffekte
- **Flexibel** und **kundennah** - zusätzliche Interaktionen können jederzeit angefragt werden und das mediQ Team berät gerne bei komplexen Fragestellungen

Informationen und Anmeldung

Gerne unterbreiten wir Ihnen auch ein individuelles Angebot.

mediq@pdag.ch Tel. +41 56 462 27 69

www.mediq.ch

mediQ

Qualitätszentrum für Medikamentensicherheit

Psychiatrische Dienste Aargau AG

Königsfelderstrasse 1

5210 Windisch

15 Tage
kostenlos
testen

Jetzt auf
www.mediq.ch

Umfassende Datenbank mit

- ✓ 55'000 Arzneimittelkombinationen
- ✓ 2'600 Wirkstoffen
- ✓ 6'500 Medikamenten

Berücksichtigung von Nahrungs- und Genussmitteln, sowie von genetischen Polymorphismen
regelmässige Aktualisierung

	clopidogrel	mesalazin	metoprolol	paroxetin
mesalazin	■			
metoprolol	■	△		
paroxetin	■ ■ ■ ■	■	■ ■ ■ ■	
tramadol	■ ■ ■ ■	△	■	■ ■ ■ ■

Einzelne Kommentare können mit einem Klick aufgerufen werden

Noch nicht beschriebene Interaktionen können beim Expertenteam angefragt werden

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.



194

Le traitement des troubles anxieux: version courte

Psychiatrie Les troubles anxieux étant souvent chroniques, ils exigent en principe un traitement sur le long terme. Ces recommandations constituent une mise à jour des recommandations de traitement publiées dans cette revue en 2011 et résumant l'état actuel des connaissances scientifiques sur les stratégies de traitement fondées sur des preuves.

Erich Seifritz, Josef Hättenschwiler et al.



200

Ataxie épisodique et nystagmus avec rémission spontanée

Quiz Un patient de 60 ans s'est présenté en raison d'un trouble de la marche, suivi de vertiges et de troubles visuels qui ont progressé en quelques heures. Il était connu pour une hypertension artérielle. Sur le plan clinique, il présentait une ataxie de la marche, une hyperréflexie des membres supérieurs et un nystagmus battant vers le haut.

Simone Kündig, Marie-Luise Mono et al.



203

Une détoxification maximale est-elle directement indiquée?

Défaillance multiorganique Une adolescente a été retrouvée allongée après une intoxication médicamenteuse intentionnelle. Elle semblait alors fatiguée, peu loquace et déprimée. La prise de trois comprimés de venlafaxine à 150 mg était suspectée. Une admission au service de psychiatrie de l'adolescence était prévue le jour même.

Amanda Virginia Bianca, Karim Alexander Shaikh

Journal Club

Weekly Briefing

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

Rédaction scientifique Forum Médical Suisse

Inhibiteurs de la pompe à protons

Déprescription après séjour en soins intensifs

Chez 9 malades critiques sur 10, un inhibiteur de la pompe à protons (IPP) est instauré en unité de soins intensifs (USI). Est-il arrêté par la suite? Une cohorte d'environ 12 000 personnes hospitalisées avec une première administration d'IPP en USI montre que dans 40% des cas, les IPP sont poursuivis de manière irréfléchie, c'est-à-dire pendant >8 semaines et sans indication claire. Les données rétrospectives ont en outre révélé un risque significativement accru de complications sous traitement continu par IPP (par ex. pneumonie, réhospitalisation, mortalité à 2 ans accrue). Une fois de plus, l'étude ne montre que des associations et non une causalité. Elle constitue néanmoins un rappel important de la nécessité de réévaluer de manière critique l'indication des IPP après un séjour en USI.

Crit Care Med. 2024.
doi.org/10.1097/CCM.0000000000006104.
Rédigé le 4.3.2024_HU

Traitement de la dépression

L'activité physique est utile

Cette méta-analyse de 218 travaux originaux (14 170 participants et participants, 495 bras de traitement) a comparé l'effet antidépresseur de divers sports par rapport aux options thérapeutiques traditionnelles (inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine [ISRS], psychothérapie). La marche («walking»), le jogging, le yoga et la musculation ont montré les meilleurs résultats, avec une efficacité corrélée à l'intensité de l'activité. Globalement, les effets thérapeutiques obtenus étaient comparables aux approches psychothérapeutiques et pharmacologiques, et l'association ISRS et activité physique était aussi plus efficace que la pharmacothérapie seule. L'étude souligne ainsi l'importance de l'activité physique dans le traitement de la dépression.

BMJ. 2024. doi.org/10.1136/bmj-2023-075847.
Rédigé le 4.3.24_HU

Vintage Corner

Acide urique lors de la crise de goutte

L'acide urique (AU) est un facteur causal de la goutte. Les taux sériques ont toutefois une valeur diagnostique limitée: la plupart des personnes avec hyperuricémie ne développent pas de goutte à long terme. Inversement, des valeurs normales d'AU n'excluent pas une goutte: sur une période de 3 ans, 38 personnes (4 femmes, 34 hommes, âge moyen 54 ans), avec 42 crises de goutte au total, ont été évaluées. Dans 43% des cas, les valeurs d'AU étaient normales lors de la crise de goutte. Dans 30/42 épisodes, les valeurs sériques étaient plus basses que dans l'intervalle sans goutte; elles étaient inchangées dans 7 et plus élevées dans 5. Pour déterminer la valeur de base et établir un traitement hypouricémiant: doser l'AU \geq 2 semaines après la crise aiguë de goutte.

Ann Rheum Dis. 1997. doi.org/10.1136/ard.56.11.696a.
Rédigé le 7.2.24_HU

CME

Les anticorps anti-cytoplasme des polynucléaires neutrophiles (ANCA)...

- ... peuvent être détectés par immunofluorescence indirecte ou test immuno-enzymatique (TIE). L'immunofluorescence divise les anticorps en sous-type périnucléaire (p-ANCA) ou cytoplasmique (c-ANCA) selon le profil de coloration. Le TIE distingue les antigènes cibles: protéinase 3 (PR3-ANCA) ou myéloperoxydase (MPO-ANCA).
- En cas de présentation clinique compatible, les PR3-ANCA sont, de façon très simplifiée, souvent associés à une granulomatose avec polyangéite (anciennement

maladie de Wegener), les MPO-ANCA à une polyangéite microscopique ou une granulomatose éosinophilique avec polyangéite (syndrome de Churg-Strauss).

- Le diagnostic de vascularite à ANCA primitive est douteux si les anticorps sont détectés uniquement par immunofluorescence, sans confirmation par TIE: la valeur prédictive de l'immunofluorescence est faible par rapport au TIE.
- En cas de test de confirmation positif, il y a une forte concordance entre les deux méthodes dans la vascularite à ANCA primitive: les p-ANCA sont confirmés par la MPO et les c-ANCA par la PR3.
- En revanche, des résultats discordants ou une double positivité des MPO-ANCA et des PR3-ANCA indiquent une vascularite induite par les médicaments, par exemple par le carbimazole ou le propylthiouracile.

20% des personnes traitées par ces thyrostatiques ont une positivité aux ANCA (le plus souvent MPO), mais très peu développent une vascularite manifeste. Pour la cocaïne coupée au lévamisole, des PR3-ANCA sont le plus souvent trouvés.

- Des ANCA faussement positifs s'observent dans d'autres maladies auto-immunes ou secondairement en cas de tumeurs malignes et d'infections, par exemple dans environ 10% des cas dans l'endocardite infectieuse (*Bartonella*) ou les maladies inflammatoires de l'intestin.
- Pronostic: si les ANCA ne sont plus détectables après le traitement d'induction, cela indique une phase de rémission prolongée. En cas de PR3-ANCA, les récurrences sont plus fréquentes.

Lancet. 2024. doi.org/10.1016/S0140-6736(23)01736-1.
Rédigé le 7.3.24_HU

Thérapie nutritionnelle

Où sont les preuves?

Il ne fait guère de doute qu'une alimentation saine est essentielle pour la santé. De même, la conviction existe qu'elle peut être utilisée à des fins thérapeutiques dans les maladies chroniques. Cependant, les données issues d'études fournissent des résultats divergents.

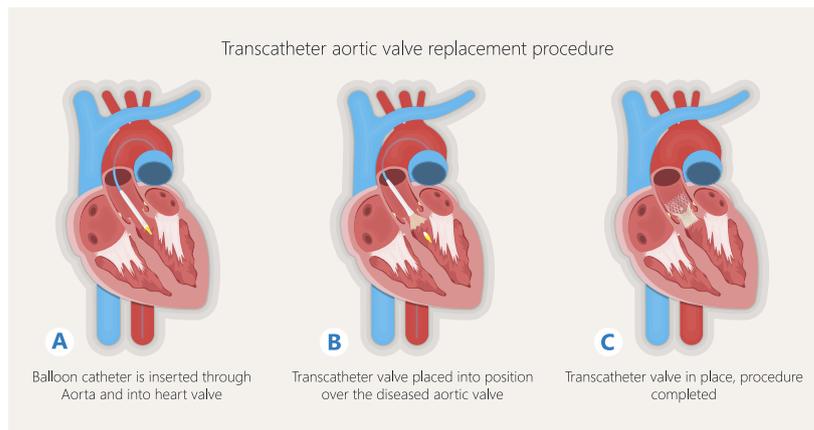
Cette étude, probablement la plus rigoureuse et la plus longue sur l'approche «food-as-medicine» chez des personnes avec diabète de type 2 (DT2) mal contrôlé, a comparé l'effet d'une prise en charge nutritionnelle et diabétique intensive (PeCNDi) à celui d'une prise en charge usuelle par le médecin de famille (PeCu). 349 patientes et patients (âge moyen 54,6 ans, 54,8% de femmes) ont été randomisés: 170 dans le groupe d'intervention (PeCNDi) et 179 dans le groupe contrôle (PeCu). Ces derniers ont eu la garantie de bénéficier ultérieurement d'une PeCNDi. Tous présentaient un DT2 avec une HbA_{1c} >8,0% et avaient du mal à suivre un régime alimentaire correct.

La PeCNDi consistait en la livraison de 10 repas équilibrés par semaine, composés de produits à base de céréales complètes, de légumes frais, de fruits, de protéines maigres et de produits laitiers à faible teneur en matières grasses. En outre, des conseils diététiques hebdomadaires, des conseils pour un meilleur comportement alimentaire et des contacts téléphoniques réguliers ont été organisés. Les critères d'évaluation étaient l'HbA_{1c} à 6 et 12 mois, le cholestérol, les triglycérides, le poids et la pression artérielle à 12 mois. Après 6 mois, l'HbA_{1c} a diminué de -1,3% dans le groupe PeCu et de -1,5% dans le groupe PeCNDi (p = 0,86). Cette différence non significative a persisté après 12 mois. Par rapport à la PeCu, la PeCNDi n'a pas eu d'effet sur le cholestérol, les triglycérides ou la pression artérielle après 12 mois. Étonnamment, les sujets du groupe PeCNDi ont pris du poids dans les 6 premiers mois, mais après 12 mois, il n'y avait plus de différence par rapport au groupe contrôle.

L'absence d'effet sur l'HbA_{1c} et sur les autres paramètres était inattendue et décevante. On peut s'interroger sur le groupe contrôle, dont les sujets ont peut-être été motivés au préalable à adopter un meilleur comportement alimentaire. Néanmoins, l'étude montre qu'un effort diététique important, soutenu par de nombreux conseils sur le comportement alimentaire, n'est pas justifié pour améliorer l'équilibre métabolique dans le DT2.

JAMA Intern Med. 2024,
doi.org/10.1001/jamainternmed.2023.6670.
Rédigé le 13.2.24_MK sur indication du
Prof. Dr F. Eberli, Zurich

Sténose aortique



Implantation d'une valve aortique expansible par une intervention mini-invasive.

Cathéter ou chirurgie?

La TAVI a révolutionné le traitement de la sténose aortique (SA) sévère. TAVI signifie «transcatheter aortic valve implantation» (également TAVR: «transcatheter aortic valve replacement»); il s'agit d'une intervention mini-invasive consistant à implanter une valve aortique expansible par un cathéter. Le remplacement valvulaire aortique chirurgical (RVAc) à cœur ouvert a longtemps été le seul traitement efficace de la SA sévère. La SA touche le plus souvent les personnes âgées, chez qui une chirurgie cardiaque est considérée comme risquée en raison des comorbidités. La TAVI permet aux patientes et patients âgés de rentrer rapidement chez eux, où ils retrouvent en général une meilleure qualité de vie après un certain temps. Chez les personnes jeunes souffrant de SA, le RVAc reste la norme, notamment parce que la durée de vie des valves introduites par TAVI est encore inconnue.

Faut-il conseiller une TAVI ou un RVAc aux personnes âgées présentant un faible risque opératoire? Les données disponibles jusqu'à 5 ans après l'intervention n'ont montré d'avantage en termes de mortalité ou d'accident vasculaire cérébral (AVC) pour aucune des interventions. Les responsables de l'étude NOTION au Danemark et en Suède ont désormais présenté les résultats d'une analyse sur 10 ans. 280 personnes ayant un âge moyen de 79 ans, une SA sévère et un faible risque opératoire ont été randomisées pour être traitées par TAVI (145) ou RVAc (135) et suivies pendant 10 ans. Le critère d'évaluation combiné (décès, AVC et infarctus du myocarde) était identique pour la TAVI et le RVAc (65,5%). De même, il n'y avait pas de différence significative pour les critères d'évaluation individuels. Après l'intervention, la fibrillation auriculaire était plus fréquente après RVAc (74 vs. 52%), tandis que les blocs auriculo-ventriculaires nécessitant l'implantation d'un stimulateur cardiaque étaient plus fréquents après TAVI (45 vs. 14%). Une endocardite s'est développée à la même fréquence après les deux interventions (TAVI 7,2 vs. RVAc 7,4%). La fonctionnalité de la nouvelle valve aortique a décliné aussi lentement au fil des ans après la TAVI et le RVAc.

Les limites de cette étude concernent les matériaux et les techniques, qui se sont améliorés depuis le début de l'étude, tant pour la chirurgie que pour le cathétérisme, et qui pourraient donner des résultats différents aujourd'hui. Néanmoins, cette étude sur 10 ans peut être utilisée pour assurer aux personnes atteintes de SA sévère, âgées de >75 ans et présentant un faible risque opératoire que la TAVI est une alternative solide à la chirurgie.

Euro Heart J. 2024, doi.org/10.1093/eurheartj/ehae043.
Rédigé le 12.2.24_MK

Trouble panique, agoraphobie, trouble anxieux généralisé, phobie sociale, phobies spécifiques

Le traitement des troubles anxieux: version courte

Cet article est une version courte axée sur la pratique des recommandations de traitement des troubles anxieux, qui se concentre sur les traitements standard. Des informations plus détaillées sur les preuves d'efficacité et les nouvelles approches thérapeutiques ainsi que des références bibliographiques sont disponibles dans la version longue dans l'annexe joint à l'article en ligne.

**Prof. Dr méd. Erich Seifritz^a; Dr méd. Josef Hättenschwiler^b; PD Dr méd. Dr phil. Ulrich Michael Hemmeter^c;
Prof. Dr méd. Guido Bondolfi^{d,e}; Prof. Dr méd. Martin Preisig^f; Dr méd. Stefan Rennhard^g; Prof. Dr méd. Martin Hatzinger^h;
Prof. Dr méd. Dipl.-Psych. Susanne Walitzaⁱ; Prof. Dr méd. Annette B. Brühl^j; Prof. ém. Dr méd. Edith Holsboer-Trachler^k**

^a Erwachsenenpsychiatrie und Psychotherapie, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Zürich; ^b Zentrum für Angst- und Depressionsbehandlung Zürich, Zürich; ^c Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychiatrisches Zentrum AR, Spitalverbund, Appenzell Ausserrhodens; ^d Service de liaison psychiatrique et d'intervention de crise, Département de psychiatrie, Hôpitaux universitaires de Genève, Genève; ^e Facoltà di scienze biomediche, Università della Svizzera Italiana, Lugano; ^f Centre d'épidémiologie psychiatrique et de psychopathologie, Département de psychiatrie, Centre hospitalier universitaire vaudois, Prilly; ^g Ärztegemeinschaft Reussli, Niederglatt; ^h Kliniken für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Psychiatrische Dienste, Solothurner Spitäler AG, Solothurn und Olten; ⁱ Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Zürich; ^j Zentrum für Affektive, Stress- und Schlafstörungen & Zentrum für Alterspsychiatrie, Klinik für Erwachsene, Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel, Basel; ^k Universität Basel, Basel

Introduction

Ces recommandations de traitement se basent sur la directive S3 de l'«Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V.» (AWMF [communauté de travail des sociétés professionnelles de médecine scientifique]) et sur la déclaration de consensus de l'«Österreichische Gesellschaft für Neuropsychopharmakologie und Biolo-

gische Psychiatrie» (ÖGPB [société autrichienne pour la neuropsychopharmacologie et la psychiatrie biologique]) pour le traitement des troubles anxieux [1, 2]. Elles synthétisent les connaissances scientifiques actuelles au sujet de stratégies de traitement basées sur l'évidence du trouble panique, de l'agoraphobie, du trouble anxieux généralisé, de l'anxiété sociale (phobie sociale) et des phobies spécifiques tels que définis par les critères du «Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition (DSM-5), de la Classification internationale des maladies, 10^e révision (CIM-10) et, dans les années à venir, de la CIM-11 [3, 4].

Les troubles anxieux étant souvent chroniques, ils exigent en principe un traitement sur le long terme. Le traitement a pour objectif la réduction des symptômes anxieux, des comportements d'évitement et de la souffrance subjective, ainsi que l'amélioration ou la récupération de la qualité de vie, de l'intégration sociale, des performances professionnelles et de l'autonomie au quotidien. La catégorie d'évidence de chaque thérapie est indiquée par un niveau correspondant à des degrés de recommandation axés sur la directive S3 relative au traitement des troubles anxieux et reposant sur les recommandations d'Ecclès & Mason

(2001) [5]. L'évaluation de l'efficacité d'une intervention repose en principe sur des études cliniques randomisées et contrôlées (RCT), des méta-analyses et des revues systématiques. Une liste des références bibliographiques pertinentes est disponible dans la version longue de ces recommandations de traitement (cf. dans l'annexe joint à cet article en ligne).

Ces recommandations de traitement sont mises à jour selon les directives thérapeutiques internationales pertinentes, en particulier les directives S3 de l'AWMF, et la version longue est publiée sur le site internet de la SSAD (www.sgad.ch), de la SSPP (www.sgpp.ch), de la SSBP (www.ssbp.ch), de la SCAP (www.scapsy.ch) et de la SSPPEA (www.sgkjpp.ch). Le respect ou non-respect de ces recommandations n'a aucun effet engageant ou dégageant les médecins de quelque responsabilité.

Il s'agit d'une mise à jour des recommandations de traitement publiées dans cette revue en 2011 [6].

Diagnostic

Tout trouble anxieux exige une évaluation clinique approfondie comprenant une anamnèse détaillée des symptômes et le recours à des mé-

Les articles de la rubrique «Recommandations» ne reflètent pas nécessairement l'opinion de la rédaction du FMS. Les contenus relèvent de la responsabilité rédactionnelle de la société de discipline médicale ou du groupe de travail signataire; dans le cas du présent article, il s'agit de la Société Suisse des Troubles Anxieux et de la Dépression (SSAD), de la Société Suisse de Psychiatrie et Psychothérapie (SSPP), de la Swiss Society of Biological Psychiatry (SSBP), de la Société Suisse de Psychiatrie et Psychothérapie de l'Enfant et de l'Adolescent (SSPPEA) et de la Swiss Conference of Academic Psychiatry (SCAP).

Tableau 1: Troubles anxieux selon le DSM-5, adapté d'après [3]

Catégories du DSM-5	Définition du DSM-5	Durée
Agoraphobie Code DSM-5: 300.22 Code CIM-10: F41.0 Code CIM-11: 6B02	Forte peur ou angoisse dans au moins 2 des situations suivantes: 1. utilisation des transports publics 2. espaces ouverts 3. lieux publics clos 4. file d'attente ou foule 5. sortir seul	Persistant, typiquement 6 mois ou plus
Trouble panique Code DSM-5: 300.01 Code CIM-10: F40.0 Code CIM-11: 6B01	Crises de panique soudaines et récurrentes	Au moins 1 des crises est suivie pendant 1 mois ou plus d'au moins 1 des symptômes suivants: 1. inquiétudes ou soucis persistants quant à la survenue d'autres crises de panique ou de leurs conséquences 2. changement de comportement clairement inadapté suite aux crises (évitement)
Anxiété sociale (phobie sociale) Code DSM-5: 300.23 Code CIM-10: F40.10 Code CIM-11: 6B04	Forte peur ou angoisse dans une ou plusieurs situations sociales au cours desquelles le sujet a pu être évalué par d'autres personnes	Persistant, typiquement 6 mois ou plus
Phobie spécifique Code DSM-5: 300.29 Code CIM-10: F40.2 Code CIM-11: CB03	Forte peur ou angoisse face à un objet ou à une situation spécifique	Persistant, typiquement 6 mois ou plus
Trouble anxieux généralisé Code DSM-5: 300.02 Code CIM-10: F41.1 Code CIM-11: 6B00	Peur et inquiétudes démesurées (crainte par anticipation) par rapport à plusieurs événements ou activités	Pendant au moins 6 mois, la plupart des jours
Trouble d'anxiété de séparation Code DSM-5: 309.21 Code CIM-10: F93.0 Code CIM-11: 6B05	Peur ou angoisse de séparation d'avec la personne de référence démesurée et disproportionnée au regard du stade de développement	Chez l'adulte: pendant 6 mois ou plus Chez l'enfant ou l'adolescent(e): pendant au moins 4 semaines
Mutisme sélectif Code DSM-5: 312.23 Code CIM-10: F94.0 Code CIM-11: 6B06	Incapacité persistante de parler dans certaines situations où l'expression orale est attendue (par ex. à l'école) alors que cela est possible dans d'autres contextes	Au moins 1 mois

DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition; CIM-10/-11: Classification internationale des maladies, 10^e/11^e révision.

thodes diagnostiques, telles que des entretiens structurés, des échelles d'évaluation des symptômes, ainsi que des auto-évaluations et des évaluations par des tiers. En outre, il convient de procéder à un examen physique, à des analyses de laboratoire et à des examens instrumentaux, y compris un électrocardiogramme (ECG) et, le cas échéant, un électroencéphalogramme (EEG) et une imagerie, notamment pour détecter des troubles comorbides, ainsi qu'à un diagnostic différentiel. La classification des troubles anxieux selon la CIM-10 et le DSM-5 est présentée dans le tableau 1. Des questions de dépistage utiles pour faire la distinction avec d'autres maladies psychiques se trouvent dans la version longue de ces recommandations de traitement (cf. dans l'annexe joint à l'article en ligne).

Traitement médicamenteux

Le traitement médicamenteux des troubles anxieux revêt une grande importance, notam-

ment en cas de symptômes et de limitations modérés à sévères, mais aussi dans les cas plus légers si la patiente ou le patient le souhaite. La psychopharmacothérapie devrait être intégrée à une thérapie multimodale, laquelle comprend en outre des aspects psycho-éducatifs et psychothérapeutiques. Certaines études ont démontré la supériorité de l'association d'une psychothérapie à des psychotropes dans le traitement des troubles anxieux par rapport à la monothérapie. Pour certains troubles anxieux, il existe des comparaisons d'efficacité entre les psychothérapies et les pharmacothérapies (cf. version longue dans l'annexe joint à l'article en ligne).

Le plan de traitement individuel devrait notamment tenir compte des comorbidités, des tentatives de traitement entreprises par le passé et de la sévérité de la pathologie. Le traitement médicamenteux devrait être poursuivi pendant 6–12 mois après l'obtention d'une rémission. Au cas par cas, cela dépend toute-

fois de facteurs individuels, et une durée de traitement nettement plus courte ou plus longue peut s'avérer nécessaire. En cas de symptômes anxieux sévères accompagnés d'une forte agitation («urgence anxieuse»), il est possible d'utiliser une benzodiazépine à dose adéquate pendant une courte période (de quelques jours à 3–4 semaines maximum). Pour le traitement à moyen et long terme des troubles anxieux, les nouveaux antidépresseurs sont les médicaments de premier choix, surtout en raison de leur profil d'effets indésirables plus favorable. Ils ne présentent pas de risque de dépendance, mais un syndrome de sevrage peut survenir après une utilisation prolongée et un arrêt brutal, de sorte qu'ils devraient être arrêtés progressivement sur plusieurs semaines, voire plusieurs mois. Les patientes et patients devraient être informés de leur entrée en action retardée. Les recommandations pour le traitement médicamenteux des troubles anxieux sont présentées dans le tableau 2, se

Tableau 2: Recommandations pour le traitement médicamenteux des troubles anxieux

Diagnostic	Classe de substance	Exemples	Catégorie d'évidence / niveau de recommandation	Dose quotidienne recommandée en Suisse pour l'adulte	
Trouble panique et agoraphobie	<i>En cas d'anxiété aiguë (crises de panique)</i>				
	Benzodiazépines	Par ex. lorazépam	Consensus d'experts / PCC	1–2,5 mg	
	<i>Traitement d'entretien:</i>				
	ISRS	Citalopram	Ia/A+		20–40 mg
		Escitalopram			10–20 mg
		Paroxétine			20–40 mg
		Sertraline			50–200 mg
	IRSN	Venlafaxine			75–225 mg
	<i>Si ni l'ISRS ni l'IRSN n'ont été efficaces ou tolérés:</i>				
	ATC	Clomipramine	Ia/B+		75–250 mg
Trouble anxieux généralisé	ISRS	Escitalopram	Ia/A+		10–20 mg
		Paroxétine			20–50 mg
	IRSN	Duloxétine			60–120 mg
		Venlafaxine			75–225 mg
	MASSA	Agomélatine	Ia/A+		25–50 mg
	Modulateur de calcium	Pregabalin	Ia/B+		150–600 mg
	Trouble d'anxiété sociale (phobie sociale)	ISRS	Escitalopram	Ia/A+	
Paroxétine			20–50 mg		
Sertraline			25–200 mg		
IRSN		Venlafaxine			75–225 mg
<i>Si d'autres possibilités de traitement n'ont pas été efficaces ou tolérées:</i>					
RIMA		Moclobémide	Consensus d'experts / PCC+		300–600 mg

Les principes actifs sont listés par ordre alphabétique. Les catégories d'évidence sont basées sur l'efficacité des médicaments sans tenir compte d'autres propriétés (par ex. effets indésirables). Les degrés de recommandation incluent en revanche des facteurs d'évaluation clinique supplémentaires. L'examen médical de chaque patient(e) et les conseils individuels du / de la spécialiste sont toujours les seuls critères susceptibles d'aider à choisir le médicament le mieux adapté.

ISRS: inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine; IRSN: inhibiteurs de la recapture de la sérotonine-noradrénaline; ATC: antidépresseurs tricycliques; MASSA: agoniste de la mélatonine; RIMA: inhibiteurs réversibles de la monoamine oxydase A.

Ia = Évidence à partir d'une méta-analyse d'au moins 3 études contrôlées randomisées (RCT)

Niveau de recommandation A+ = recommandation «doit»

Niveau de recommandation B+ = recommandation «devrait»

PCC+ = point de consensus clinique

limitant aux principes actifs indiqués dans les troubles anxieux.

La version longue (cf. dans l'annexe joint à l'article en ligne) de ces recommandations de traitement fournit un aperçu des médicaments qui ont montré une efficacité dans le cadre d'études cliniques, mais dont les données sont actuellement encore insuffisantes pour une autorisation dans le traitement des troubles anxieux à proprement parler. En font notamment partie la quétiapine, l'hydroxyzine, la mirtazapine, la réboxétine, la vortioxétine et la

kétamine. La version longue décrit également la place de l'extrait d'huile de lavande Silexan®, qui est autorisé en Suisse pour l'indication «anxiété et agitation».

Mesures en cas de non-réponse à une pharmacothérapie

Aucune définition communément admise de la notion de résistance thérapeutique n'existe pour les troubles anxieux. Une définition courante dans le cadre des dépressions décrit la résistance thérapeutique comme l'état où deux

antidépresseurs standard administrés suffisamment longtemps à une dose suffisante ne font pas ou pas suffisamment effet. Avant de désigner une patiente ou un patient comme résistant(e) au traitement, les facteurs suivants devraient être vérifiés: diagnostic correct, prise fiable des médicaments (contrôles sanguins), dose dans la fourchette thérapeutique, durée de traitement suffisante et psychothérapie adéquate. L'efficacité d'un traitement médicamenteux devrait être évaluée après environ 4–6 semaines. Le tableau 3 indique la marche à suivre

Tableau 3: Plan des niveaux des alternatives de traitement médicamenteux en cas de non-réponse ou de réaction d'intolérance à un médicament dans le cadre du traitement des troubles anxieux

Niveau	Action
Passage d'un médicament standard à un autre	Passage d'un ISRS à un autre ISRS Passage d'un ISRS à un IRSN, ou inversement Passage à un ATC Passage à la prégabaline (uniquement en cas de trouble anxieux généralisé)
Passage à des médicaments non standard	
Passage à des médicaments homologués pour d'autres troubles anxieux	Passage à la prégabaline Passage au moclobémide, à l'hydroxyzine Passage aux benzodiazépines (si indiqué)
Passage à des médicaments non homologués pour d'autres troubles anxieux, mais ayant démontré leur efficacité dans des RCT	Trouble panique/agoraphobie: mirtazapine, quétiapine Trouble anxieux généralisé: agomélatine, quétiapine, opipramol. En cas de résistance au traitement: administration de rispéridone ou d'olanzapine en plus de l'antidépresseur Anxiété sociale: mirtazapine, gabapentine, prégabaline, olanzapine
Passage à des médicaments/associations ayant démontré leur efficacité dans des études cliniques	Trouble panique: association ISRS et ATC, olanzapine en monothérapie, association ISRS et olanzapine ou ATC, association valproate et clonazépam. En cas de résistance au traitement, l'olanzapine, l'adjonction de fluoxétine à un ATC ou d'un ATC à la fluoxétine et l'administration d'olanzapine en plus d'un ISRS se sont avérées efficaces dans diverses études cliniques

ISRS: inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine; IRSN: inhibiteurs de la recapture de la sérotonine-noradrénaline; ATC: antidépresseurs tricycliques; RCT: études contrôlées randomisées.

en cas de non-réponse à un traitement médicamenteux.

Psychothérapie et autres mesures non médicamenteuses

Psychothérapie

La SSPP reconnaît en principe les méthodes psychothérapeutiques scientifiquement fondées suivantes: thérapie cognitivo-comportementale (TCC), thérapie d'orientation psychodynamique et thérapie systémique. La décision d'opter pour un traitement psychothérapeutique spécifique dépend de différents facteurs, en particulier des préférences des patientes et patients. Les recommandations pour le traitement psychothérapeutique des troubles anxieux sont présentées dans le tableau 4.

Mesures complémentaires

Les traitements psychothérapeutiques et médicamenteux peuvent être soutenus par des offres complémentaires, bien que des preuves d'efficacité issues de RCT fassent défaut pour ces mesures. Dans la pratique clinique, les approches ergothérapeutiques, les méthodes de relaxation, les activités physiques (sport), les offres psychoéducatives, les groupes d'entraide et l'implication des proches se sont établis. Les supports d'information destinés aux patientes et patients peuvent les aider dans leur cheminement (bibliographie à l'usage des personnes concernées, par ex. www.ssad.ch).

Traitement des troubles anxieux dans des phases spécifiques de la vie

Enfants et adolescents

Les troubles anxieux font partie des maladies psychiques les plus fréquentes durant l'enfance et l'adolescence, en particulier l'anxiété de séparation, qui peut être le précurseur de troubles paniques ultérieurs [7]. Toutes les directives pédopsychiatriques et de psychiatrie de l'adolescent soulignent l'importance d'une implication de l'enfant ou de l'adolescent en adéquation avec son âge, y compris une explication du trouble et des possibilités de traitement adaptée à son âge. La TCC s'est révélée très efficace et a fourni la meilleure évidence parmi les approches psychothérapeutiques [8]. Pour les autres méthodes psychothérapeutiques, aucune recommandation basée sur l'évidence ne peut être émise. Si la psychothérapie seule n'est pas efficace ou ne peut pas être utilisée, il est possible de l'associer à un traitement médicamenteux ou de recourir à un traitement médicamenteux seul. Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) constituent ici le premier choix et sont recommandés pour tous les troubles anxieux, à l'exception des phobies spécifiques. La surveillance doit être très étroite, surtout au début du traitement, car une irritabilité, une excitation et des pensées suicidaires ont été observées plus fréquemment chez les personnes de moins de 25 ans souffrant de dépression traitées par ISRS. En Suisse, seules la sertraline et la fluvoxamine sont autorisées pour le traite-

ment des enfants et adolescents, mais dans l'indication du trouble obsessionnel-compulsif. La venlafaxine et la duloxétine, des inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSN), peuvent également être utilisées comme médicaments de deuxième choix et comme complément à la psychothérapie [9]. Il convient de tenir compte du fait que les profils d'effets indésirables des deux principes actifs sont légèrement moins favorables chez l'enfant et l'adolescent [10]. D'autres principes actifs ne peuvent actuellement pas être recommandés en raison de l'absence de preuves d'efficacité et/ou d'un spectre d'action/d'effets indésirables moins favorable. Un traitement médicamenteux devrait toujours s'inscrire dans le cadre d'un traitement multimodal. Des informations plus détaillées sur le traitement des troubles anxieux chez les enfants et les adolescents sont disponibles dans la version longue dans l'annexe joint à l'article en ligne ainsi que dans le «Practice Guideline» (2020) de l'American Academy of Child & Adolescent Psychiatry (AACAP).

Patientes et patients âgés

Chez les personnes âgées, il est particulièrement important de tenir compte du profil d'effets indésirables et d'interactions, notamment de la sensibilité accrue aux propriétés anticholinergiques (par ex. antidépresseurs tricycliques [ATC] ou certains ISRS, comme par ex. la paroxétine), des symptômes extrapyramidaux, du risque accru d'hypotension orthostatique, de chutes, de modifications de l'ECG

Tableau 4: Recommandations pour la psychothérapie des troubles anxieux

Diagnostic	Forme de thérapie	Catégorie d'évidence/ recommandation
Trouble panique et agoraphobie ainsi que Trouble anxieux généralisé	TCC	Ia/A+
	Si la TCC n'a pas été efficace, n'est pas disponible ou en cas de préférence de la patiente / du patient:	
	Psychothérapie psychodynamique	Ila/B+
	En relais jusqu'au début du traitement ou comme mesure d'accompagnement:	
	Intervention en ligne basée sur la TCC	PCC+
Trouble d'anxiété sociale (phobie sociale)	TCC	Ia/A+
	Si la TCC n'a pas été efficace, n'est pas disponible ou en cas de préférence de la patiente / du patient:	
	Psychothérapie psychodynamique	Ib/B+
	Si la TCC n'a pas été efficace, n'est pas disponible ou en cas de préférence de la patiente / du patient:	
	Thérapie systémique	PCC+
	En relais jusqu'au début du traitement ou comme mesure d'accompagnement:	
	Intervention en ligne basée sur la TCC	PCC+
	Thérapie par exposition à la réalité virtuelle en accompagnement d'une psychothérapie standard	PCC+
Phobie spécifique	TCC/thérapie d'exposition	Ia/A+
	Si une exposition in vivo n'est pas disponible:	
	Thérapie par exposition à la réalité virtuelle	PCC+

TCC: thérapie cognitivo-comportementale.

Ia = Évidence à partir d'une méta-analyse d'au moins 3 études contrôlées randomisées (RCT)

Ila = Évidence à partir d'au moins une étude bien contrôlée quant à la méthode et sans randomisation

Niveau de recommandation A+ = recommandation «doit»

Niveau de recommandation B+ = recommandation «devrait»

PCC+ = point de consensus clinique

et de rares réactions paradoxales aux benzodiazépines, alors que les (autres) ISRS et le moclobémide semblent sûrs. Lors de la prescription d'un ISRS/IRSN, il faut toutefois prendre en compte le risque potentiel de syndrome de sécrétion inappropriée d'ADH (hormone antidiurétique) avec hyponatrémie (SIADH). Avec l'âge, les processus physiologiques entraînent des modifications du métabolisme et de la pharmacocinétique des médicaments, raison pour laquelle le principe «start low, go slow» s'applique lors de l'introduction et de l'augmentation de la dose d'une substance. Des évaluations précises sur l'utilisation de certaines substances chez les personnes âgées sont disponibles dans les recommandations de traitement de la Société Suisse de Psychiatrie et Psychothérapie de la Personne Âgée [11].

Grossesse et allaitement

Concernant la sécurité d'un traitement médicamenteux pendant la grossesse et l'allaitement, il est recommandé de consulter une base

de données en ligne actualisée, par exemple www.swisstis.ch (Swiss Teratogen Information Service) ou www.embryotox.de, et de procéder à une pose stricte de l'indication ainsi qu'à une évaluation minutieuse du rapport bénéfice/risque. Selon la majorité des articles de revue, les ISRS et les ATC ne présentent pas de risque accru pour l'enfant pendant la grossesse, bien que des anomalies mineures, des naissances prématurées et des complications néonatales aient été rapportées dans de rares cas. Aucun lien n'a été établi entre la mort in utero ou les malformations fœtales majeures et la prise d'un ISRS ou d'un ATC. Il convient de noter que les maladies psychiques non traitées pendant la grossesse sont associées à un risque plus élevé d'accouchement prématuré et d'enfant petit pour l'âge gestationnel.

Une méta-analyse considère les antidépresseurs comme relativement sûrs, mais des réserves subsistent quant à un risque accru d'accouchement prématuré, de troubles de l'adaptation des nouveau-nés et de malformations avec la paroxétine [12]. Aucune preuve

cohérente n'indique un éventuel lien entre l'utilisation de benzodiazépines et les malformations congénitales. Les données disponibles indiquent que le diazépam ou le chlórdiazépoxyde sont relativement sûrs pendant la grossesse, tandis que l'alprazolam devrait être évité [13].

Comme les benzodiazépines, les ISRS et les ATC passent en faible concentration dans le lait maternel, de sorte que l'arrêt de l'allaitement doit être envisagé en cas d'utilisation prolongée; dans le cas des benzodiazépines, il faut spécialement tenir compte des symptômes de sevrage chez le nouveau-né. L'anticonvulsivant valproate est absolument contre-indiqué pour les maladies psychiques chez les femmes en âge de procréer en raison de sa tératogénicité potentielle. Des exceptions restrictives sont mentionnées dans le Compendium suisse des médicaments.

Comorbidité avec d'autres maladies psychiques

Le risque de maladie psychique comorbide est particulièrement prononcé en cas de trouble

anxieux généralisé et de trouble panique. Il convient ici de mentionner en particulier les dépressions, les troubles somatoformes, la dépendance à l'alcool ou une autre maladie du spectre de l'anxiété. En plus du trouble comorbide souvent plus marquant, la pathologie anxieuse sous-jacente doit elle aussi être traitée de manière suffisante. Il n'est pas rare que les symptômes les moins marqués de l'une des deux maladies passent inaperçus et, en conséquence, ne soient pas suffisamment co-traités. En particulier en cas de dépression comorbide, un traitement antidépresseur doit être mis en place. Une maladie anxieuse non décelée ou insuffisamment traitée peut entraîner une réapparition des symptômes ou une résistance thérapeutique apparente, par exemple en cas de dépression comorbide. L'évolution de la maladie est globalement moins favorable et le risque de suicide plus élevé.

Correspondance

Prof. Dr. med. Erich Seifritz
Erwachsenenpsychiatrie und Psychotherapie
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich
Postfach 1931
Lenggstrasse 31
CH-8032 Zürich
erich.seifritz[at]bli.uzh.ch

Remerciements

Nous remercions le Prof. ém. Dr méd. Dipl.-Psych. Borwin Bandelow, Göttingen, et l'O. Univ.-Prof. ém. Dr h. c. mult. Siegfried Kasper, Vienne, pour leur relecture critique et leurs précieux commentaires.

Funding Statement

MP: Non-restricted Research Grants du Fonds national suisse, du Swiss Personalized Health Network, du Secrétariat d'État à la formation, à la recherche et à l'innovation et de la Fondation Campus Biotech Geneva. SW: Grants de Horizon Europe, du Fonds national suisse, de la Heuberg Foundation, de l'University Medical Center Groningen (UMCG), de la Uniscientia Foundation, de Promotion Santé Suisse, du Secrétariat d'État suisse à la formation, à la recherche et à l'innovation et de l'Université de Genève, de la UZH Foundation & Erika Schwarz Foundation, de la Vontobel Foundation, de l'Ebnat Foundation, d'Oxford-Brain @McGill-ZNZ Partnership in the Neurosciences, de COST (European Cooperation in Science and Technology), du Gertrud Thalman Fonds, du University Medical Center Utrecht & Stanley Medical Research Institute, de l'Institut fédéral suisse des médicaments et des dispositifs médicaux et de la Olga Mayenfisch Foundation. ABB: Grants (paiement à l'institution) du Gertrud Thalman Fonds.

Conflict of Interest Statement

Société Suisse des Troubles Anxieux et de la Dépression (SSAD): tous les auteurs et auteures.
Société Suisse de Psychiatrie et Psychothérapie (SSPP): ES, ABB.
Swiss Society of Biological Psychiatry (SSBP): MH, ABB.
Société Suisse de Psychiatrie et Psychothérapie de l'Enfant et de l'Adolescent (SSPPEA): SW.
Swiss Conference of Academic Psychiatry (SCAP): EST, MH, ABB.
L'élaboration de ces recommandations de traitement suisses n'a été soutenue financièrement par aucune organisation commerciale.

ES: honoraires de consultant de Lundbeck (Schweiz) AG, Schwabe Pharma, Janssen Pharma, OM Pharma, honoraires de conférencier de Lundbeck (Schweiz) AG, Schwabe Pharma, Janssen Pharma, Recordati, Boehringer Ingelheim, Zeller Pharma, honoraires d'expertise de Janssen Pharma, Lundbeck Pharma, prise en charge de frais de déplacement de Schwabe Pharma, honoraires pour participation à des Data Safety Monitoring ou Advisory Boards de Lundbeck (Schweiz) AG, Schwabe Pharma, Janssen Pharma, Boehringer Ingelheim – tous les paiements à ES; actions/options d'Abcellera Canada. JH: honoraires de consultant et d'expertise d'OM Pharma, prise en charge de frais de déplacement de Schwabe Pharma – tous les paiements à l'institution; actions/options d'Idorsia et d'Abcellera. UMH: honoraires de consultant de Lundbeck Pharma, OM Pharma, Schwabe Pharma, Janssen Pharma, Zeller AG, honoraires de conférencier et prise en charge de frais de déplacement d'OM Pharma et Schwabe Pharma, honoraires pour participation à des Data Safety Monitoring ou Advisory Boards de Janssen Pharma et Schwabe Pharma. GB: honoraires de Lundbeck pour des conférences et la participation à des Data Safety Monitoring ou Advisory Boards – tous les paiements à l'institution (Hôpitaux universitaires de Genève). MH: honoraires de consultant (Advisory Boards) d'Idorsia Pharmaceuticals Ltd, honoraires de conférencier de Schwabe AG. SW: tantièmes de Thieme, Hogrefe, Kohlhammer, Springer, Beltz, honoraires de conférencière de Education Weiterbildungsverein Deutschschweizer Kliniken et Takeda Pharmaceuticals International – tous les paiements à SW. ABB: honoraires de consultante de Janssen-Cilag AG, honoraires de conférencière de Janssen-Cilag AG, Lundbeck (Schweiz) AG, Schwabe Gruppe Schweiz, OM Pharma, honoraires pour expertise, honoraires pour participation à des Data Safety Monitoring ou Advisory Boards de Janssen-Cilag AG – tous les paiements à l'institution. SR et EHT ont déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts potentiels.

Author Contributions

JH: responsable du processus de révision des recommandations pour le traitement des troubles anxieux. Élaboration de l'ébauche, discussion et mise en œuvre des commentaires de la procédure de consultation, élaboration de la version courte. ABB, GB, JH, MH, UMH, EHT, MP, SR, ES, SW: révision de la version suite à la procédure de consultation, discussion des recommandations, finalisation. UMH: élaboration de la partie «Patientes et patients âgés». SW: élaboration de la partie «Enfants et adolescents», procédure de consultation SSPPEA. ES: procédure de consultation avec d'autres sociétés de discipline médicale. GB: révision de la version française.

Références

La liste complète des références est disponible dans la version longue dans l'annexe joint à l'article en ligne.

- Bandelow B, Aden I, Alpers GW, Benecke A, Benecke C, Decker J, et al. Deutsche S3-Leitlinie Behandlung von Angststörungen, Version 2, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF). 2021.
- Kasper S, Sachs G, Kapfhammer HP, Bach M, Baldinger-Melich P, Conca A, et al. Angststörungen. Medikamentöse Therapie. Konsensus-Statement – State of the art 2018. *CliniCum neuropsy*. 2018; Sonderausgabe 2018; Sonderausgabe 2018, 2018.
- American Psychiatric Association, DSM-5 Task Force. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™ (5th ed.). American Psychiatric Publishing, Inc., Arlington, VA; 2013.
- Graubner B. ICD-10-GM 2014 Systematisches Verzeichnis: Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 11. Revision-German Modification Version 2014. Deutscher Ärzteverlag; 2013.
- Eccles M, Mason J. How to develop cost-conscious guidelines. 2001;5(16):1–69.

- Keck ME, Ropohl A, Rufer M, Hemmeter UM, Bondolfi G, Preisig M, et al. Le traitement des troubles anxieux – 1^{re} partie: Trouble panique, agoraphobie, anxiété généralisée, phobie sociale, phobies spécifiques. *Swiss Med Forum*. 2011;11(34):558–66.
- Wehry AM, Beesdo-Baum K, Hennelly MM, Connolly SD, Strawn JR. Assessment and Treatment of Anxiety Disorders in Children and Adolescents. *Curr Psychiatry Rep*. 2015;17(7):52.
- Correll CU, Cortese S, Croatto G, Monaco F, Krintskii D, Arrondo G, et al. Efficacy and acceptability of pharmacological, psychosocial, and brain stimulation interventions in children and adolescents with mental disorders: an umbrella review. *World Psychiatry*. 2021;20(2):244–75.
- Walter HJ, Bukstein OG, Abright AR, Keable H, Ramtekkar U, Ripperger-Suhler J, Rockhill C. Clinical practice guideline for the assessment and treatment of children and adolescents with anxiety disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2020;59(10):1107–24.
- Solmi M, Fornaro M, Ostinelli EG, Zangani C, Croatto G, Monaco F, et al. Safety of 80 antidepressants, antipsychotics, anti-attention-deficit/hyperactivity medications and mood stabilizers in children and adolescents with psychiatric disorders: a large scale systematic meta-review of 78 adverse effects. *World Psychiatry*. 2020;19(2):214–32.
- Hatzinger M, Hemmeter U, Hirsbrunner T, Holsboer-Trachsler E, Leyhe T, Mall JF, et al. Empfehlungen für Diagnostik und Therapie der Depression im Alter. *Praxis (Bern 1994)*. 2018;107(3):127–44.
- Udechuku A, Nguyen T, Hill R, Szego K. Antidepressants in pregnancy: a systematic review. *Aust N Z J Psychiatry*. 2010;44(11):978–96.
- Iqbal MM, Sobhan T, Ryals T. Effects of commonly used benzodiazepines on the fetus, the neonate, and the nursing infant. *Psychiatr Serv*. 2002;53(1):39–49.



L'annexe en ligne est disponible sur:
<https://smf.swisshealthweb.ch/fr/article/doi/fms.2024.1398963534>.

Quand seule l'anamnèse est utile

Ataxie épisodique et nystagmus avec rémission spontanée

Simone Kündig^a, médecin diplômée; PD Dr méd. Marie-Luise Mono^b; Prof. Dr méd. Lars C. Huber^a; PD Dr méd. Mattia Arrigo^a
Stadtspital Zürich Triemli, Zürich: ^aKlinik Innere Medizin; ^bAbteilung Neurologie und Stroke Unit

Description du cas

Un patient de 60 ans s'est présenté pour la première fois en raison d'un trouble de la marche survenu en quelques minutes, suivi de vertiges et de troubles visuels qui ont progressé en quelques heures. Ses antécédents médicaux incluaient une hypertension artérielle traitée par olméstartan. Il a déclaré ne pas fumer et ne pas consommer d'alcool ni de drogues. Sur le plan clinique, le patient présentait une ataxie de la marche, une hyperréflexie des membres supérieurs et un nystagmus battant vers le haut. Les pupilles étaient isocores, moyennement dilatées, et directement et indirectement réactives à la lumière. Il n'y avait pas de déficit du champ visuel lors de l'examen périmétrique par confrontation au doigt. Le patient ne présentait pas de méningisme et la sensorimotricité du visage et des extrémités était préservée. Il était en bon état général et les paramètres vitaux étaient normaux, à l'exception d'une pression artérielle élevée (pression artérielle 159/82 mm Hg, fréquence cardiaque 69/min, saturation en oxygène 97%, fréquence respiratoire 16/min, température 36,5 °C). La glycémie était de 5,9 mmol/l. Face à une suspicion d'infarctus cérébral ischémique ou d'hémorragie intracrânienne, une tomodensitométrie (TDM) crânienne a été effectuée.

Question 1

Au vu des anomalies susmentionnées, quelle est la zone la plus susceptible de présenter une ischémie ou une hémorragie?

- Thalamus
- Tronc cérébral ou cervelet
- Lobe frontal
- Lobe occipital
- Toutes les zones mentionnées sont envisageables.

Le tableau clinique impressionnant d'un nystagmus battant vers le haut suggère une lésion au niveau du cervelet ou du tronc cérébral. Outre des causes cérébelleuses et cérébrales, l'ataxie de la marche peut également être due à des pathologies rachidiennes ou à des troubles sensoriels ou proprioceptifs, tels qu'une polyneuropathie, et n'est donc pas nécessairement d'origine centrale. En accompagnement du nystagmus battant vers le haut, l'ataxie est toutefois probablement due à une lésion infratentorielle. Une hyperréflexie se produit en cas de lésions des voies corticospinales, d'encéphalopathies métaboliques et toxiques, d'accidents vasculaires cérébraux (AVC), mais aussi de troubles électrolytiques tels que l'hypomagnésémie et l'hypocalcémie. Le fait qu'elle soit limitée aux membres supérieurs pourrait éventuellement plaider en faveur d'une polyneuropathie des membres inférieurs concomitante. En cas de déficits dans la région du lobe frontal, il existe typiquement des anomalies neuropsychologiques et – si l'aire de Broca est touchée – des aphasies, que le patient ne présente pas. En cas d'AVC dans la région du lobe occipital, il y a souvent des déficits homonymes du champ visuel, potentiellement accompagnés d'une négligence visuelle. Si le thalamus est touché, le tableau clinique typique est un hémisyndrome sensitivo-moteur controlatéral. En raison de leur irrigation sanguine commune par l'artère cérébrale postérieure, le thalamus et le lobe occipital peuvent aussi être touchés conjointement en cas d'infarctus cérébral ischémique, avec un chevauchement correspondant des manifestations cliniques.

La TDM initiale et l'imagerie par résonance magnétique (IRM) crânienne réalisée le lendemain étaient toutes deux normales, raison pour laquelle une ponction lombaire a été

effectuée. L'analyse du liquide céphalorachidien (LCR) a révélé une pléiocytose discrète, principalement mononucléaire (5 cellules/ μ l), avec une valeur élevée de protéines (510 mg/l) et une valeur de lactate de 2,3 mmol/l; le glucose était normal (3,6 mmol/l). Les bandes oligoclonales étaient positives, avec une synthèse intrathécale significative d'immunoglobulines G (IgG) et d'IgM.

Question 2

Parmi les diagnostics différentiels suivants, lequel est le moins probable en cas de détection de bandes oligoclonales?

- Encéphalite auto-immune
- Sclérose en plaques
- Neuroborréliose
- Neurosphilis
- Encéphalopathie de Wernicke

Des bandes oligoclonales peuvent être présentes dans toutes les maladies qui affectent la barrière hémato-encéphalique ou entraînent une production intrathécale d'immunoglobulines. En font partie, outre la sclérose en plaques, les maladies infectieuses du système nerveux central, les encéphalites auto-immunes ou les tumeurs cérébrales. Chez les personnes atteintes d'encéphalopathie de Wernicke, l'analyse du LCR est souvent normale; une légère augmentation des protéines s'observe rarement.

L'anamnèse ayant révélé un comportement à risque (rapport homosexuel non protégé avec infection génitale à gonocoques deux mois auparavant), une sérologie de la syphilis a été demandée. Dans le sérum, le test d'agglutination de particules de *Treponema pallidum* (TPPA) et le test rapide de la réagine plasmatique (RPR) étaient positifs, ce qui a amené à

suspecter une neurosyphilis. Le diagnostic a été confirmé par des titres élevés au TPPA et au RPR dans le LCR.

Question 3

Quelle forme de neurosyphilis est la plus probable?

- Neurosyphilis méningovasculaire
- Tabès dorsalis
- Méningite syphilitique
- Gommes syphilitiques
- Neurosyphilis paralytique

Du fait de la survenue aiguë, compatible avec un événement ischémique dans le territoire vertébro-basilaire, nous avons supposé une neurosyphilis méningovasculaire. Malgré une sensibilité de plus de 90% de l'IRM, il peut y avoir des infarctus cérébraux ischémiques négatifs à l'IRM, en particulier dans le territoire vertébro-basilaire [1]. Les manifestations cliniques de la neurosyphilis sont multiples, ce qui lui vaut aussi d'être qualifiée de «grande imitatrice». Le tableau 1 présente les différentes formes de neurosyphilis.

Le diagnostic d'une syphilis secondaire ou tertiaire nécessite la détection d'anticorps spécifiques des tréponèmes positifs (par ex. test TPPA; sensibilité 91%, spécificité 100%) ainsi que d'anticorps non spécifiques (par ex. test

RPR; sensibilité 95–100%, spécificité 81–96%) dans le sérum [2]. Les deux peuvent être faussement négatifs en cas de syphilis primaire ou latente. L'analyse du LCR a montré une pléiocytose mixte ou mononucléaire >5–20/μl et des protéines élevées (>400–450 mg/l). En présence des résultats susmentionnés, de manifestations cliniques compatibles et d'anticorps non spécifiques des tréponèmes positifs dans le LCR (par ex. test Venereal Disease Research Laboratory (VDRL); spécificité jusqu'à 100%, sensibilité 30–86%), un traitement devrait être initié. Le test des anticorps spécifiques des tréponèmes sert à exclure une neurosyphilis du fait de sa sensibilité élevée de 76–95% et ne présente une spécificité de >90% qu'en cas de titre élevé de $\geq 1:640$ [3–6].

Question 4

Quel est le traitement privilégié de la neurosyphilis?

- Pénicilline G
- Doxycycline
- Ceftriaxone
- Amoxicilline
- Azithromycine

Le traitement fait appel à la pénicilline intraveineuse pendant 10–14 jours. En cas d'allergie sévère à la pénicilline et en l'absence de possi-

bilité de désensibilisation, la ceftriaxone peut être envisagée tout en surveillant la survenue d'une éventuelle allergie croisée [7].

Lorsque le patient a quitté l'hôpital pour la première fois pour aller en réadaptation, les symptômes neurologiques étaient toujours présents, mais en nette régression. Dans les mois suivant la première hospitalisation, le patient a été réhospitalisé deux fois en raison de symptômes identiques. Après deux améliorations intermédiaires, il a à nouveau signalé une démarche mal assurée progressive, des vertiges et des troubles visuels. Le patient était alors en bon état général avec des paramètres vitaux normaux. À l'examen clinique, une démarche ataxique à base large, un tremblement postural des membres supérieurs et une ataxie des membres des deux côtés ont été remarqués. Il y avait en outre une hyperréflexie généralisée avec un signe de Babinski négatif et un nystagmus battant vers le haut.

L'hémogramme, les paramètres inflammatoires, les valeurs hépatiques et rénales ainsi que la thyroïdostimuline (TSH) et la vitamine B₁₂ étaient normaux. À la ponction lombaire, le nombre de cellules était normal (1/μl), avec des protéines légèrement élevées. Au test RPR, les titres dans le sérum et le LCR étaient stables ou en légère diminution par rapport aux résultats précédents, ce qui plaide contre une progression ou une récurrence de la neurosyphilis. L'IRM crânienne et rachidienne n'a révélé aucune ischémie, aucune lésion inflammatoire et aucun signe de myélopathie ou de neurocompression.

Lors d'une nouvelle anamnèse ciblée réalisée en raison de l'évolution clinique inhabituelle, le patient a déclaré consommer du chlorure d'éthyle par inhalation deux fois par semaine depuis environ huit mois. La fréquence de consommation avait augmenté ces derniers temps, mais il n'avait rien consommé pendant les hospitalisations. Il avait déjà été victime d'une brève perte de conscience dans le cadre de sa consommation. En raison de la relation temporelle et de la neurotoxicité connue du chlorure d'éthyle, nous avons supposé qu'il y avait un lien de cause à effet. Il a été conseillé au patient d'arrêter sa consommation. Six semaines plus tard, le patient avait une démarche nettement plus assurée, la diplopie et les troubles visuels ainsi que les vertiges avaient diminué. Cliniquement, un nystagmus n'était plus objectivable, avec une démarche désormais normale et un examen des réflexes sans particularité. En résumé, il y a donc lieu de supposer un lien de causalité direct entre les symptômes neurologiques et la consommation de chlorure d'éthyle par inhalation. Ainsi, il faut présumer rétrospectivement qu'il s'agissait

Tableau 1: Formes de neurosyphilis [3–5]

Neurosyphilis asymptomatique	Syphilis confirmée par sérologie avec anomalies à l'analyse du liquide céphalorachidien, sans corrélation clinique et neurologique
Méningite syphilitique	<ul style="list-style-type: none"> Tableau méningitique: céphalées, vomissements, raideur de la nuque, photophobie, déficit des nerfs crâniens Syphilis oculaire (uvéïte, névrite optique, kératite) et otosyphilis (perte d'audition) comme manifestation unique ou concomitante à la méningite
Neurosyphilis méningovasculaire	Inflammation des méninges avec endartérite et donc ischémie possible: <ul style="list-style-type: none"> Survenue aiguë dans >75% des cas Tableau clinique dépendant de la localisation Symptômes méningitiques concomitants tels que céphalées, nausées et vertiges
Neurosyphilis paralytique	Méningo-encéphalite chronique entraînant une atrophie: <ul style="list-style-type: none"> Symptômes neuropsychologiques précoces: fluctuations de l'humeur, modification de la personnalité, troubles de la mémoire Symptômes neuropsychologiques tardifs: confusion, dépression, délire, troubles psychotiques Manifestations cliniques neurologiques: pupilles fixes, dysarthrie, tremblements, convulsions
Tabès dorsalis	Dégénérescence des cordons postérieurs de la moelle épinière et des nerfs rachidiens: ataxie, hyporéflexie, signe d'Argyll-Robertson (abolition de la réaction pupillaire avec accommodation préservée), douleurs neuropathiques, paralysie des muscles oculaires, arthropathie neurogène (articulation de Charcot)
Gommes syphilitiques	Granulomes méningés: <ul style="list-style-type: none"> Déficits neurologiques focaux selon la localisation Crises épileptiques, hydrocéphalie

Quel est votre diagnostic?

initialement d'une neurosyphilis asymptomatique, mais qui nécessitait également un traitement [3–5, 7].

Discussion

Le chlorure d'éthyle est un gaz incolore et odorant, décrit pour la première fois en 1847 et utilisé comme anesthésique au milieu du 20^e siècle. En raison de sa marge thérapeutique étroite, il a toutefois été rapidement remplacé par des anesthésiques présentant un meilleur profil de sécurité. Il est très lipophile et est utilisé aujourd'hui comme réfrigérant, anesthésique local de surface, agent d'éthylolation et solvant [8]. La vaporisation du chlorure d'éthyle sur la peau entraîne un refroidissement rapide, si bien qu'il est volontiers utilisé comme anesthésique local en cas de blessures sportives. Il est consommé comme drogue par inhalation pour ses effets hallucinogènes, excitants et euphorisants, souvent aussi dans le cadre du chemsex. Il n'existe guère de données épidémiologiques sur son utilisation. Les sprays au chlorure d'éthyle ne sont pas soumis à prescription médicale et peuvent être facilement achetés en pharmacie ou sur internet. Leur faible prix favorise encore davantage le risque d'abus. Les mécanismes physiopathologiques de la neurotoxicité sont mal compris et le métabolisme du chlorure d'éthyle chez l'être humain n'a pas été étudié [8].

Question 5

Quelle anomalie clinique ne cadre pas avec une neurotoxicité due au chlorure d'éthyle?

- Nystagmus
- Aphasie motrice isolée
- Hyperréflexie
- Hallucinations auditives
- Baisse quantitative de la vigilance

La littérature sur la neurotoxicité induite par le chlorure d'éthyle est limitée et consiste principalement en des rapports de cas. Ont été décrits une confusion, une altération de la mémoire à court terme, une dysarthrie, des hallucinations visuelles et auditives, des tremblements, une ataxie, une diplopie avec nystagmus et une hyperréflexie avec parfois un signe de Babinski positif [9]. Des cas de baisse quantitative de la vigilance et deux décès attribués à l'inhalation de chlorure d'éthyle ont également été décrits [10, 11].

La grande difficulté réside dans le diagnostic des déficits neurologiques induits par le chlorure d'éthyle, une anamnèse précise jouant un rôle central à cet égard. Les examens instrumentaux, tels que l'imagerie ou l'électroencéphalogramme (EEG), et les analyses de laboratoire, y compris du LCR, permettent d'exclure d'éventuels diagnostics différentiels.

Sur le plan thérapeutique, outre la détection précoce, l'arrêt de la consommation et les mesures de soutien sont au premier plan. Dans les cas décrits à ce jour, les symptômes se sont progressivement améliorés en quelques jours à semaines [9]. Des conséquences tardives possiblement liées à la consommation sont décrites dans la littérature surtout en cas d'usage prolongé. Jusqu'à présent, il n'y a pas d'indices d'une dépendance physique, de sorte qu'une prévention d'un syndrome de sevrage n'est pas recommandée.

Réponses

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

Correspondance

Simone Kündig
Klinik Innere Medizin
Stadtspital Zürich Triemli
Birmensdorferstrasse 497
CH-8063 Zürich
simone.kuendig[at]stadtspital.ch

Ethics Statement

Un consentement éclairé écrit est disponible pour la publication.

Conflict of Interest Statement

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

Références

- Khalil AA, Hohenhaus M, Kunze C, Schmidt W, Brunecker P, Villringer K, et al. Sensitivity of diffusion-weighted STEAM MRI and EPI-DWI to infratentorial ischemic stroke. *PLoS One*. 2016;11(8):e0161416.
- Sato I, Nakamachi Y, Ohji G, Yano Y, Saegusa J. Comparison of 17 serological treponemal and non-treponemal assays for syphilis: a retrospective cohort study. *Pract Lab Med*. 2022;32:e00302.
- Ha T, Tadi P, Dubensky L. Neurosyphilis [Internet]. Treasure Island (FL): Stat Pearls Publishing; 2023 [consulté le 01.03.2024]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK540979/>
- Ghanem KG. Review: Neurosyphilis: a historical perspective and review. *CNS Neurosci Ther*. 2010;16(5):e157–68.
- Klein M, Angstwurm K, Esser S, Hahn K, Maschke M, Scheithauer S, et al. German guidelines on the diagnosis and treatment of neurosyphilis. *Neurol Res Pract*. 2020;2:33.
- Marra CM, Maxwell CL, Dunaway SB, Sahi SK, Tantalos LC. Cerebrospinal fluid *Treponema pallidum* particle agglutination assay for Neurosyphilis diagnosis. *J Clin Microbiol*. 2017;55(6):1865–70.
- Janier M, Unemo M, Dupin N, Tiplica GS, Potočník M, Patel R. 2020 European guideline on the management of syphilis. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2021;35(3):574–88.
- Barceloux GD. Ethyl chloride. In: Palmer RM, Hg. *Medical toxicology of drug abuse: synthesized chemicals and psychoactive plants*. Hoboken (NJ): John Wiley & Sons; 2012. S. 691–3.
- Al-Ajmi AM, Morad MA, Cooper PE, Hassino LH, Siddeiq MA. Reversible ethyl chloride neurotoxicity: a case report. *Can J Neurol Sci*. 2018;45(1):119–20.
- Yacoub I, Robinson CA, Simmons GT, Hall M. Death attributed to ethyl chloride. *J Anal Toxicol*. 1993;17(6):384–5.
- Broussard LA, Broussard AK, Pittman TS, Lirette DK. Death due to inhalation of ethyl chloride. *J Forensic Sci*. 2000;45(1):223–5.



Simone Kündig, médecin diplômée
Klinik Innere Medizin,
Stadtspital Zürich Triemli, Zürich

Intoxication à la venlafaxine avec défaillance multiorganique

Quand une détoxification maximale est-elle directement indiquée?

Dr méd. Amanda Virginia Bianca^a; Dr méd. Karim Alexander Shaikh^{a,b}Spital Männedorf, Männedorf: ^a Klinik Innere Medizin; ^b Institut Anästhesie und Intensivmedizin

Contexte

Les intoxications nécessitent des informations rapides et aussi précises que possible sur les substances ingérées, leur quantité et le moment de la prise. Nous décrivons un cas d'intoxication grave à la venlafaxine.

Présentation du cas

Anamnèse

Une adolescente a été retrouvée allongée à côté de son vomi tôt le matin après une intoxication médicamenteuse intentionnelle. L'ingestion a été estimée à 4 heures du matin. La présentation au service des urgences a eu lieu vers 10 heures. La patiente semblait alors fatiguée, peu loquace et déprimée. La prise de trois comprimés de venlafaxine à 150 mg était suspectée par les proches. La prise d'autres médicaments ou substances a été niée. La patiente ne pouvait ou ne voulait pas donner d'informations plus précises. Ses antécédents incluaient un bilan neurologique en raison de céphalées chroniques et une suspicion de dépression, traitée depuis deux semaines par venlafaxine. Une admission au service de psychiatrie de l'adolescence était prévue le jour de la présentation.

Examen et résultats à l'admission

Sur le plan clinique, la patiente était légèrement ralentie, mais éveillée et orientée dans tous les modes. L'échelle de Glasgow (Glasgow Coma Scale [GCS]) était de 15 points. La température corporelle était de 36,7 °C. Elle présentait une tachycardie (126/min) avec une pression artérielle normale (125/60 mm Hg) et sans turgescence des veines du cou. Sur le plan pulmonaire, la patiente était compensée, avec une saturation périphérique en oxygène de 99% et

une fréquence respiratoire de 18/min. L'examen clinique était au demeurant sans particularité.

Les analyses de laboratoire ont révélé une hypokaliémie de 3,0 mmol/l et une leucocytose de 13 G/l. Un dépistage de drogues dans l'urine s'est révélé négatif (opiacés, benzodiazépines, cocaïne, amphétamine, cannabis, barbituriques, antidépresseurs, méthamphétamine, ecstasy). À l'électrocardiogramme (ECG), il y avait un rythme sinusal tachycardique avec des intervalles normaux (intervalle QT 422 ms), sans troubles de la dépolarisation/repolarisation pertinents. Une imagerie par résonance magnétique (IRM) du neurocrâne avait été réalisée en externe dans le cadre des examens neurologiques et était normale.

Évolution au service des urgences et à l'unité de soins intensifs

Pendant la surveillance aux urgences, une crise tonico-clonique est survenue vers 13h30 (trois heures après la présentation et neuf heures après la prise des comprimés), si bien que la surveillance s'est poursuivie à l'unité de soins intensifs (USI). En raison de convulsions récurrentes évoluant vers un état de mal épileptique, une intubation a été effectuée pour sécuriser les voies aériennes. Du lévétiracétam et du midazolam ont été administrés comme anticonvulsivants, et un traitement anti-infectieux a été initié en raison d'une suspicion d'aspiration. Une tachycardie régulière à complexes étroits survenue entretemps a été convertie en rythme sinusal tachycardique sous administration d'adénosine (fig. 1).

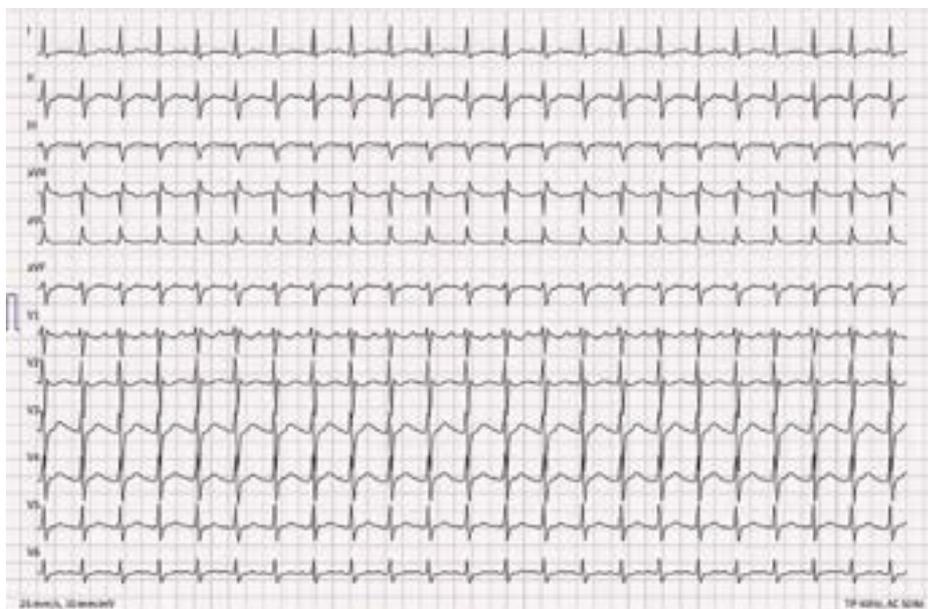


Figure 1: Électrocardiogramme de la patiente neuf heures après l'intoxication: survenue d'une tachycardie régulière à complexes étroits.

Le cas particulier

Jusqu'à ce moment-là, la pression artérielle était normale, la diurèse suffisante et l'équilibre acido-basique maintenu, avec un taux de lactate normal. L'intervalle QT était de 387 ms, aucune torsade de pointes n'est survenue sous monitoring continu.

Le soir, la patiente est devenue de plus en plus instable sur le plan hémodynamique en l'espace d'une à deux heures. La circulation a dû être soutenue par expansion volémique et noradrénaline jusqu'à 20 µg/min afin de garantir une pression moyenne de 55–60 mm Hg. La patiente présentait une centralisation, des extrémités froides, un temps de remplissage capillaire prolongé, un taux de lactate élevé de 7 mmol/l et un pH artériel de 7,23. Une échocardiographie a confirmé le tableau de choc cardiogénique avec une fonction ventriculaire gauche très sévèrement réduite et une fraction d'éjection (FE) estimée visuellement à <10%, avec un statut volémique satisfaisant. Une tentative de stimulation médicamenteuse avec de la dobutamine jusqu'à 800 µg/min et de l'adrénaline à dose répétée de 10–20 µg n'a pas permis d'augmenter la fonction de pompe – le monitoring a été assuré par échocardiographie continue. Finalement, en l'absence de réponse, une réanimation mécanique a été initiée vers 0h55 et l'hôpital central a été contacté simultanément pour la mise en place en urgence d'une assistance circulatoire extracorporelle (ECMO). La réanimation mécanique a été poursuivie jusqu'à l'arrivée de l'équipe d'ECMO à l'aide du système de réanimation LUCAS®. En raison d'un manque de capacité, la mise en place de l'ECMO a été retardée, mais a pu être effectuée avec succès sur place, de sorte que la patiente a été évacuée par avion vers 4 heures le lendemain vers l'hôpital central situé à proximité. La diurèse était maintenue, sans diurétiques. Un contrôle de la coagulation avant le transfert a révélé un «International Normalised Ratio» (INR) de 2,7 et un taux de fibrinogène de 1,3 g/l, correspondant à une coagulopathie de consommation débutante.

Une détermination du taux de venlafaxine a été effectuée en externe et le résultat n'était pas disponible à ce moment-là. La famille a corrigé la quantité de médicaments ingérée après avoir trouvé 160 blisters vides de venlafaxine, correspondant à 24 g, ainsi que de l'oxycodone, du zolmitriptan et une préparation combinée à base de méclozine, pyridoxine et caféine (Itinerol®).

Diagnostic, traitement et évolution ultérieure

La patiente a été traitée en soins intensifs à l'hôpital central pendant les dix jours suivants. En plus du choc cardiogénique, une défaillance multiorganique s'est produite. La détermination

externe du taux de venlafaxine a révélé une valeur de 68,52 µmol/l, la plage normale étant de 0,36–1,44 µmol/l. Outre d'autres déterminations (paracétamol et alcool négatifs) et la recherche de substances inconnues (chromatographie en phase liquide couplée à la spectrométrie de masse urinaire avec détection d'oxycodone, de tramadol, de venlafaxine et de substances administrées dans un cadre iatrogène), l'accent a été mis sur une détoxification maximale en raison du volume élevé de comprimés. Le diagnostic était le suivant: syndrome sérotoninergique lié à une intoxication mixte principalement à la venlafaxine dans une intention suicidaire avec défaillance multiorganique concomitante. Un lavage gastrique a été effectué avec extraction d'un «bézoard de comprimés». Du charbon actif (55 g) a été administré et une hémoabsorption (système de filtration CytoSorb®) a été initiée en off-label pour améliorer l'élimination. Une assistance circulatoire complète par ECMO a été nécessaire pendant plusieurs jours avant que la fonction de pompe ne se rétablisse lentement et que la patiente puisse être sevrée de l'ECMO après six jours. L'insuffisance hépatique, la coagulation intravasculaire disséminée et une pancréatite ont fait l'objet d'un traitement de soutien et se sont stabilisées par la suite. Une insuffisance rénale est apparue tardivement, au sixième jour, et a nécessité l'instauration d'un traitement de suppléance rénale.

L'évolution a été réjouissante et la patiente a pu être retransférée dans notre hôpital. L'échocardiographie a révélé une FE de 35%. La patiente nécessitait toujours une dialyse et a été réintubée entre-temps en raison d'un œdème pulmonaire (fig. 2).

La patiente a été extubée avec succès après douze jours. Un état confusionnel passager et une myopathie de réanimation ont été constatés. La suppléance rénale a pu être stoppée lors de la deuxième tentative d'arrêt. Par la suite, les fonctions organiques se sont normalisées, avec des valeurs hépatiques et rénales normales. L'échocardiographie n'a révélé aucun résidu, la FE était >50%. Pour le traitement psychiatrique ultérieur, la patiente a été évaluée dans l'USI, puis transférée dans le service de psychiatrie de l'adolescence du fait d'une forte tendance suicidaire persistante.

Discussion

La venlafaxine entraîne une inhibition prononcée de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline et une faible inhibition de la recapture de la dopamine. Il existe une forme à libération immédiate et une forme à libération prolongée. La concentration maximale est atteinte après respectivement 2,4 heures et



Figure 2: Radiographie du thorax; incidence antéro-postérieure: œdème pulmonaire rapidement progressif après la première extubation.

4,6 heures, et l'élimination se fait principalement par voie rénale. L'allongement de l'intervalle QT et les convulsions font partie des risques les plus fréquents d'un surdosage de venlafaxine [1]. En cas de surdosages importants (>8 g), un effet cardiotoxique est supposé, celui-ci étant linéairement corrélé à la quantité de médicament ingérée [2, 3]. Le mécanisme exact n'est pas clair; il est admis qu'une lésion myocardique est induite par les catécholamines en lien avec une recapture inhibée de la noradrénaline (et de la dopamine) [4]. Tox Info Suisse a recommandé une durée de surveillance de 6 heures, et de 18–24 heures pour les comprimés à libération prolongée. Notre patiente avait pris la forme à libération prolongée. Aucun allongement de l'intervalle QT n'a été constaté pendant la période de surveillance mentionnée; il était de 422 ms et de 387 ms par la suite. Les convulsions ont débuté après neuf heures. Notre cas est un exemple impressionnant d'activité cardiotoxique suite à la prise de 24 g de venlafaxine. Jusqu'à présent, peu de cas de ce type avec indication d'une ECMO ont été décrits [5–7]. Sans ECMO, aucun cas de survivants n'est connu.

Dans notre cas, le lavage gastrique effectué après >24 heures a révélé un grand conglomerat de médicaments. La question se pose de savoir s'il est judicieux de procéder à un lavage gastrique en cas d'ingestion d'une grande quantité de médicaments. Le lavage gastrique est controversé et n'est pas une mesure d'élimination standard en raison du risque de complications potentielles comme l'aspiration [8, 9]. Il est utilisé en cas d'intoxication mettant la vie en danger, d'ingestion dans les 60 dernières minutes ou chez les personnes déjà intubées [8]. En cas d'intoxication médicamenteuse par voie orale, la probabilité d'un nombre quantitativement élevé de métabolites non absorbés et le risque d'une absorption prolongée sont

considérablement accrus. Par conséquent, si l'évolution riche en complications laisse supposer une intoxication due à l'ingestion d'une grande quantité de médicaments, un lavage gastrique doit être considéré comme judicieux lorsque les voies respiratoires sont sécurisées, comme dans le cas présent.

Le filtre CytoSorb® a été utilisé en off-label pour l'hémoabsorption. Ce système de filtration a été conçu pour réduire les taux de cytokines/bilirubine/myoglobine et est utilisé dans différents types d'états hyperinflammatoires, ainsi que pour réduire les cytokines dans le cadre d'une ECMO. Des cas d'élimination réussie de différents principes actifs hydrophobes (entre autres digoxine, lamotrigine, venlafaxine) par une nette réduction des concentrations plasmatiques ont été décrits [10-12]. Dans notre cas, une réduction substantielle de la concentration plasmatique a été observée après 72 heures. Le filtre semble être une option thérapeutique off-label en cas d'intoxication par des substances lipophiles [13-15]. En outre, l'utilisation d'émulsions lipidiques en cas d'intoxication par des substances lipophiles telles que les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine a été décrite comme une option thérapeutique [16, 17].

Une critique serait qu'en raison des indications peu claires de la patiente et de ses proches, nous avons supposé que la patiente a ingéré une plus faible quantité de venlafaxine et l'ampleur des complications a été sous-estimée. En présence d'une circulation stable, la survenue de crises convulsives ne laissait pas présager une dépression myocardique imminente. Il aurait été judicieux de faire vérifier la forme de médicament ingérée. En outre, les 160 blisters vides auraient ainsi peut-être été détectés plus tôt, ce qui aurait permis d'anticiper l'ampleur du danger. Nous considérons que la surveillance aux urgences avec un monitoring ECG continu était adéquate et qu'un transfert précoce en USI ne présentait aucun avantage supplémentaire. Selon nous, les intoxications légères relèvent du service des urgences. Lorsque le choc cardiogénique est devenu manifeste et a été reconnu, des mesures ont été prises immédiatement.

Un traitement de suppléance rénale a été initié après cinq jours. L'apparition retardée de l'insuffisance rénale pourrait être interprétée dans le cadre de la défaillance multiorganique, avec une composante hépatorenale éventuelle. La question de savoir si une suppléance rénale (hémodiafiltration) plus précoce, seule ou en association avec l'hémoabsorption, aurait accéléré l'élimination est à discuter. Aucune méthode d'élimination n'est recommandée de manière générale.

Un œdème pulmonaire s'est produit après la première extubation; celui-ci peut s'expli-

quer principalement par la perte de pression expiratoire positive (PEP) en présence d'une fonction cardiaque encore limitée et d'une surcharge volémique.

En conclusion, ce cas illustre de manière saisissante la capacité de régénération des personnes jeunes. La patiente s'est complètement rétablie sur le plan somatique – quant à la composante psychique, il reste à voir comment elle évoluera.

L'essentiel pour la pratique

- Lors d'intoxications, il est souvent difficile d'obtenir une anamnèse précise.
- La prise de grandes quantités de venlafaxine (>8 g) est associée à une activité cardiotoxique.
- Lorsque la quantité de médicaments ingérée n'est pas claire et que les voies respiratoires sont sécurisées, une détoxification par lavage gastrique et charbon actif doit être envisagée.
- L'hémoabsorption peut être utilisée comme traitement off-label en cas d'intoxication.

Correspondance

Dr. med. Karim Alexander Shaikh
Institut Anästhesie und Intensivmedizin
Spital Männedorf
Asylstrasse 10
CH-8708 Männedorf
[k.shaikh\[at\]spitalmaannedorf.ch](mailto:k.shaikh[at]spitalmaannedorf.ch)

Ethics Statement

Un consentement éclairé écrit est disponible pour la publication.

Conflict of Interest Statement

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

Références

- 1 Howell C, Wilson AD, Waring WS. Cardiovascular toxicity due to venlafaxine poisoning in adults: a review of 235 consecutive cases. *Br J Clin Pharmacol.* 2007;64(2):192-7.
- 2 Isbister GK. Electrocardiogram changes and arrhythmias in venlafaxine overdose. *Br J Clin Pharmacol.* 2009;67(5):572-6.
- 3 Mégarbane B, Bloch V, Deye N, Baud FJ. Pharmacokinetic/pharmacodynamic modelling of cardiac toxicity in venlafaxine overdose. *Intensive Care Med.* 2007;33(1):195-6.
- 4 Batista M, Dugernier T, Simon M, Haufroid V, Capron A, Fonseca S, et al. The spectrum of acute heart failure after venlafaxine overdose. *Clin Toxicol (Phila).* 2013;51(2):92-5.
- 5 Marquetand C, Langer HF, Klein JP, Graf T. The use of extracorporeal life support in a patient suffering from venlafaxine intoxication. *A Case Report. J Crit Care Med (Targu Mures).* 2020;6(2):120-3.
- 6 Murphy L, Rasmussen J, Murphy NG. Venlafaxine overdose treated with extracorporeal life support. *CMAJ.* 2021;193(5):E167-70.
- 7 Born B, Hoffer E, Fraipont V, Joachim S, Gougnard T, Minon JM. Choc cardiogénique réfractaire lié à une intoxication volontaire en venlafaxine: illustration de

l'intérêt de l'ECMO veino-artérielle. *Rev Med Liege.* 2020;75(11):699-702.

8 Hafer C, Kielstein JT. Therapie akuter Intoxikationen. *Intensivmedizin up2date.* 2014;10(03):201-15.

9 Benson BE, Hoppu K, Troutman WG, Bedry R, Erdman A, Höjer J, et al. Position paper update: gastric lavage for gastrointestinal decontamination. *Clin Toxicol (Phila).* 2013;51(3):140-6.

10 Breuer TGG, Quast DR, Wiciok S, Labedi A, Ellrichmann G. Successful treatment of severe digitoxin intoxication with CytoSorb® Hemoabsorption. *Blood Purif.* 2021;50(1):137-40.

11 Reuchsel C, Gonnert FA. Successful treatment of severe lamotrigine intoxication with CytoSorb Hemoabsorption. *Blood Purif.* 2022;51(8):679-82.

12 Schroeder I, Zoller M, Angstwurm M, Kur F, Frey L. Venlafaxine intoxication with development of takotsubo cardiomyopathy: successful use of extracorporeal life support, intravenous lipid emulsion and CytoSorb®. *Int J Artif Organs.* 2017;40(7):358-60.

13 Mitrovic D, Huntjens DW, de Vos EAJ, van Tellingen M, Franssen EJF. Extracorporeal hemoabsorption with the CytoSorb device as a potential therapeutic option in severe intoxications: Review of the rationale and current clinical experiences. *J Clin Pharm Ther.* 2022;47(9):1444-51.

14 Kabak E, Wagner T, Zentner-Gröbl S, Scheibenpflug C. CytoSorb, Case of the week 19/2021: Einsatz von CytoSorb bei einer pädiatrischen Patientin mit kombinierter Arzneimittelintoxikation und Multisystem-Entzündungssyndrom bei Kindern (MIS-C). *Wien (A): Klinik Donaustadt Children's Intensive Care Unit;* 2021.

15 Hanisch V. CytoSorb, Case of the week 09/2021: Einsatz von CytoSorb bei einem Patienten mit Reanimation infolge einer Medikamentenintoxikation und konsekutivem Multiorganversagen. *Senftenberg: Zentrum für Innere Medizin und Notfallmedizin, Klinikum Niederlausitz GmbH;* 2021.

16 Sirianni AJ, Osterhoudt KC, Caello DP, Muller AA, Waterhouse MR, Goodkin MB. Use of lipid emulsion in the resuscitation of a patient with prolonged cardiovascular collapse after overdose of bupropion and lamotrigine. *Ann Emerg Med.* 2008;51(4):412-5,415.e1.

17 Rothschild L, Bern S, Oswald S, Weinberg G. Intravenous lipid emulsion in clinical toxicology. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med.* 2010;18:51.



Dr méd. Amanda Virginia Bianca
Klinik Innere Medizin,
Spital Männedorf, Männedorf



Dr méd. Karim Alexander Shaikh
Institut Anästhesie und Intensivmedizin,
Spital Männedorf, Männedorf



www.hopitalrivierachablais.ch

L'Hôpital Riviera-Chablais, Vaud-Valais (HRC), hôpital intercantonal, emploie plus de 2000 collaboratrices et collaborateurs, principalement au sein du Centre hospitalier de Rennaz doté de plus de 300 lits de soins aigus.

Le **Service des soins critiques** dispose d'une infrastructure moderne offrant une prise en charge des patient-e-s optimale et à la pointe du progrès, 24/24 heures et 7/7 jours. Le service est doté de 18 lits, soit 10 lits dévolus aux soins intermédiaires et 8 aux soins intensifs. Reconnu centre de formation postgraduée en médecine intensive catégorie B, le service accueille chaque année une quinzaine de médecins assistant-e-s.

Suite au départ à la retraite du titulaire actuel, nous recherchons un-e:

Médecin chef-fe de service des soins critiques à 80 – 100%

Votre mission principale sera de définir et mettre en place un projet de service en collaboration avec l'infirmière cheffe de service, plaçant la prise en charge des patient-e-s et la qualité des soins au centre de son attention, ainsi que d'assurer une gestion efficace du service et une participation à l'activité académique de l'HRC.

Vos responsabilités

- Assurer le fonctionnement, la gestion et le développement du service
- Présider le comité de direction du service
- Participer aux comités et commissions relevant de sa responsabilité
- Assumer une activité médicale de médecin chef-fe
- Participer au développement de l'évaluation des pratiques médicales et de la recherche clinique au sein du service
- Être l'interlocuteur-riche médical-e de référence du service à l'intérieur et à l'extérieur de l'institution
- Coordonner les collaborations interservices et les échanges avec la direction médicale
- Développer les liens entre le service et les médecins installé-e-s

Votre profil

- Un diplôme fédéral de médecin ou un diplôme délivré par un Etat membre de l'UE et reconnu par l'Office fédéral de la santé publique (MEBEKO)
- Un titre de spécialiste en médecine intensive ou un titre jugé équivalent et reconnu (MEBEKO)
- Un certificat en gestion/management hospitalier ou une expérience managériale
- Profil académique souhaité
- Un leadership participatif permettant le développement d'une vision du service, fédérant les acteurs internes et externes
- Une capacité à promouvoir, conduire et accompagner le changement
- Un sens des responsabilités et des compétences notamment en leadership, en communication et en négociation

Entrée en fonction

Début 2025

Renseignements

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

Candidature

Si ce poste vous intéresse, nous vous remercions d'adresser votre dossier de candidature complet (lettre de motivation, CV, copie de diplômes et de certificats de travail), **avant le 15 mai 2024 via notre plateforme carrière** <https://emploi.hopitalrivierachablais.ch/>, en cliquant sur le bouton «Postuler» de l'annonce concernée.

189967-15

189950-15



CHEFARZT/CHEFÄRZTIN NEUROLOGIE (M/W/D) | 100 % (TOPSHARING)

NEUROLOGIE | KANTONSSPITAL OLTEN IN ZUSAMMENARBEIT MIT CHEFARZT NEUROLOGIE BSS

PER 1. JULI 2024 ODER NACH VEREINBARUNG ES BESTEHT DIE MÖGLICHKEIT KADERMITARBEITER (LA / OA) MITZUBRINGEN

Ihre Aufgaben

- Fachliche und personelle Führung der unterstellten Fachbereiche (Ärzt:innen, Sekretariat, Neurophysiologische Diagnostik, Fachpersonal Memory Clinics)
- Führung, Weiterentwicklung und Stärkung der Neurologie soH als Weiterbildungsstätte der Kategorie C und E2
- Laufende Optimierung und Anpassung der Prozessorganisation der Klinik mit Fokus auf Patientenzentrierung
- Aktive Pflege und Weiterentwicklung des bestehenden Netzwerks intern und extern sowie der interprofessionellen und interdisziplinären Zusammenarbeit

Ihr Profil

- Facharztztitel FMH für Neurologie und mind. zwei Fähigkeitsausweisen bzw. ein Fähigkeitsausweis und eine zusätzliche Subspezialisierung (oder äquivalente Ausbildung mit Anerkennung MEBEKO)
- Mehrjährige berufliche Erfahrungen auf dem gesamten Spektrum der Akutneurologie und eine besondere Expertise in der Behandlung von Parkinson- und/oder Epilepsie-Erkrankungen
- Persönliches Engagement am Patientenbett und Freude an interprofessioneller und interdisziplinärer Zusammenarbeit
- Führungserfahrung in leitender Funktion, betriebswirtschaftliche und organisatorische Fähigkeiten
- Bereitschaft zu gewinnbringendem standortübergreifendem Zusammenwirken und belastbare, engagierte und integrative Persönlichkeit

Ihre Vorteile

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

Ihr Kontakt

Bei Fragen zur Stelle (Referenz 1563):

Herr Dr. med. Lukas Eisner

Direktor Kantonsspital Olten a.i. / Chefarzt Chirurgie

Tel: +41623114174

Ihre Bewerbung

stellen.soh@spital.so.ch (mit Angabe der Referenznummer 1563)

Kantonsspital
Olten

solothurner
spitäler **soH**



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

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

Médecin adjoint-e en psychiatrie à 80 – 100%

pour le Service de médecine pénitentiaire

Vos missions:

- Assurer la prise en charge psychiatrique de patients incarcérés dans différents types d'établissements et le traitement psychiatrique et psychothérapeutique dans le cadre du suivi de patients astreints à un suivi ambulatoire ordonnés par la justice.
- Participer aux gardes/piquets du Pôle de Psychiatrie et Psychothérapie.
- Exercer une activité clinique et participer à la formation et à l'enseignement post gradué
- Encadrer et superviser des équipes pluridisciplinaires
- Collaborer avec les intervenants des différents établissements et des services de la justice dans le cadre des prises en charge des patients

Votre profil:

- Diplôme fédéral de médecin ou titre équivalent reconnu par la MEBEKO.
- Titre de spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie
- Intérêt pour le domaine de la psychiatrie forensique.
- Aptitude à s'adapter à un milieu de soins en milieu carcéral et à collaborer en équipe pluridisciplinaire.
- Compétences à encadrer et soutenir une équipe.
- Capacités d'autonomie professionnelles et gestion de situations complexes.
- Engagement professionnel, flexibilité et bonnes capacités d'adaptation
- Mobilité sur plusieurs sites de travail.
- En possession d'un permis de conduire et d'un véhicule privé.

Seules les offres répondant au profil seront traitées.

Lieu de travail: Sion, Granges, Martigny et Monthey

Entrée en fonction: De suite ou à convenir

Délai de postulation: 15 mai 2024

Des renseignements complémentaires peuvent être obtenus auprès de la Dre Marie Pflieger, médecin psychiatre et cheffe de service au 079 303 17 28, marieelise.pflieger@hopitalvs.ch

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

www.hopitalvs.ch/emploi

189846-15



1^{er} employeur du canton, l'Hôpital du Valais compte 5900 collaborateurs-trices. Chaque année, 40000 patient-e-s sont pris-e-s en charge et près de 633000 visites ambulatoires sont assurées.w

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

Médecin adjoint-e somaticien-ne à 80 – 100%

pour le Service de médecine pénitentiaire

Vos missions:

- Assurer la prise en charge somatique de patients incarcérés dans différents types d'établissements et dans le cadre du suivi de patients astreints à un suivi ambulatoire ordonnés par la justice.
- Contribuer aux gardes du service
- Assurer un enseignement aux médecins en formation et aux étudiants ainsi qu'au personnel paramédical

Votre profil:

- Titre de spécialiste fédéral en médecine interne ou formation jugée équivalente
- Plusieurs années d'expérience comme chef de clinique
- Sens de la coopération, engagement et disponibilité
- Bonnes connaissances de l'environnement hospitalier (praticiens installés, CMS, etc.)
- Expérience ou intérêt pour la médecine pénitentiaire et capacité à collaborer avec les différents pôles et services du CHVR
- Aptitude à s'adapter à un milieu de soins en milieu carcéral et à collaborer en équipe pluridisciplinaire.
- Compétences à encadrer et soutenir une équipe.
- Capacités d'autonomie professionnelles et gestion de situations complexes.
- Mobilité sur plusieurs sites de travail.
- En possession d'un permis de conduire et d'un véhicule privé.

Seules les offres répondant au profil seront traitées.

Lieu de travail: Sion et Granges

Entrée en fonction: de suite ou à convenir

Délai de postulation: 15 mai 2024

Des renseignements complémentaires peuvent être obtenus auprès de la Dre Marie Pflieger, médecin psychiatre et cheffe de service au 079 303 17 28, marieelise.pflieger@hopitalvs.ch ou Dr Thomas Nierle, Directeur médical du Centre Hospitalier du Valais Romand, +41 (0)79 523 67 29 ou thomas.nierle@hopitalvs.ch

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

www.hopitalvs.ch/emploi

189848-15

 **Stadtspital Zürich** 190342-15

Mis Spital. Mini Ussichte.

Unsere Augenklinik zählt zu den grössten der Schweiz und bietet als Zuweisungsklinik das gesamte Spektrum modernster Augenheilkunde. Als akademisches Lehrkrankenhaus und Partnerspital der Universität Zürich arbeiten wir auf universitärem Niveau und geniessen einen exzellenten Ruf als Weiterbildungsklinik mit eigenem klinischem Forschungszentrum. Unsere Hauptschwerpunkte sind Netzhaut (medical, surgical), Linse, Uveitis, Glaukom und Okuloplastik. Neben zwei ambulanten Standorten ist ein weiterer Schwerpunkt die stationäre und Notfall-Ophthalmologie im Triemli. Wir suchen ab 1. September 2024 oder nach Vereinbarung eine engagierte und dienstleistungsorientierte Persönlichkeit als

Leitende*r Ärzt*in Ophthalmologie

Ihre Aussichten

- Mindestens 6 Wochen Ferien
- 10 bezahlte Fortbildungstage
- Familienfreundliche Anstellungsbedingungen
- Überdurchschnittliche PK- und weitere Sozialleistungen

Interessiert? Bewerben Sie sich über das Online-Inserat
Das ausführliche Inserat mit Bewerbungszugang finden Sie über den QR-Code oder unter stadtspital.ch/jobs (Stichwortsuche: 41014). Für weitere Informationen steht Prof. Dr. med. Matthias Becker, Chefarzt Augenklinik, T +41 44 416 42 01, gerne zur Verfügung.



 **Stadtspital Zürich** 190413-15

Mis Spital. Mini Ussichte.

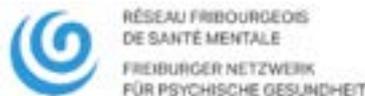
Die **Klinik für Orthopädie, Hand- und Unfallchirurgie** ist standortübergreifend organisiert (Waid, Triemli und Europaallee) und sucht per 1. Juni 2024 oder nach Vereinbarung eine engagierte und verantwortungsvolle Persönlichkeit als

Oberärzt*in Orthopädie 50–100%

Ihre Aussichten

- Vielseitige Aufgabe in unserer Klinik für Orthopädie, Hand- und Unfallchirurgie an den Standorten Waid und Triemli sowie im ambulanten Zentrum an der Europaallee
- Mindestens 6 Wochen Ferien und Überstundenkompensation
- 10 bezahlte Fortbildungstage
- Vereinbarkeit von Beruf und Familie
- Überdurchschnittliche PK- und weitere Sozialleistungen

Interessiert? Bewerben Sie sich über das Online-Inserat
Das ausführliche Inserat mit Bewerbungszugang finden Sie über den QR-Code oder unter stadtspital.ch/jobs (Stichwortsuche: 8279). Für weitere Informationen steht Ihnen Prof. Dr. med. Christian Spross, T +41 44 416 47 00 oder PD Dr. med. Michael Dietrich, T +41 44 417 20 05, gerne zur Verfügung.

Le Réseau fribourgeois de santé mentale (RFSM) organise les soins psychiatriques ambulatoires, intermédiaires et hospitaliers pour la population du canton de Fribourg comptant 320000 habitant-e-s. Il offre des prestations de consultation-liaison dans les sept hôpitaux somatiques du canton. Il est constitué d'un réseau dynamique d'unités de soins en interaction couvrant le territoire fribourgeois et respectant le bilinguisme cantonal. Le réseau fribourgeois de santé mentale est un Hôpital de Recherche et de Formation universitaire. Il collabore étroitement avec l'Université de Fribourg dans le domaine de la recherche et de l'enseignement.

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

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

Votre champ d'activité

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

Votre profil

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

Nous offrons des conditions de travail attractives et soutenons votre formation postgraduée ou continue ainsi que votre développement personnel et professionnel.

Renseignements

Prof. Dr. méd. Gothuey, Médecin-Directrice du secteur psychiatrie et psychothérapie pour des personnes adultes (☎ +41 26 308 00 36 ou Isabelle.Gothuey@rfsm.ch) ou Dr. méd. Rigobert Hervais Kamdem, médecin adjoint responsable de l'Unité d'expertises psychiatriques (☎ +41 26 308 15 11 ou RigobertHervais.Kamdem@rfsm.ch)

Candidature complète à adresser via:
<https://jobs.fr.ch> (job N° 7721) jusqu'au 31 mai 2024

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



Das Alterszentrum im Geeren bietet mit dem Ärztlichen Dienst, Pflege und Hotellerie ein familiäres Zuhause für bis zu 174 Bewohnende. Der Neubau 2022 sowie der Umbau 2024 garantieren eine moderne Infrastruktur und Arbeitsumgebung.

Wir suchen ab sofort oder nach Vereinbarung eine

Leitung Ärztlicher Dienst 50–70%

Ihre Hauptaufgaben

- Medizinische Betreuung unserer Bewohnenden
- Operative Leitung des ärztlichen Dienstes mit Budgetverantwortung
- Ansprechperson für diverse Aussenstellen
- Verantwortung für Heil- und Betäubungsmittel

Ihr Profil

- Sie verfügen über eine Zulassung als Facharzt/Fachärztin Allgemeine Innere Medizin
- Führungserfahrung und Kenntnisse der Geriatrie / Palliativmedizin sind von Vorteil
- Stilsicheres Schreiben und Kommunizieren in deutscher Sprache ist für Sie eine Selbstverständlichkeit

Unser Angebot

- Attraktive Anstellungsbedingungen
- Motivierendes Arbeitsklima, engagierte Mitarbeitende
- Führung eines Teams mit viel Gestaltungsspielraum
- Flexible Arbeitszeiten, ohne Nachtdienst
- Möglichkeit eines Parkplatzes in der Tiefgarage

Kontakt

Nicole Barbato, Leiterin Personal, nicole.barbato@imgeeren.ch.

189666-15



ZENTRUM FÜR TUMOR- UND BLUTERKRANKUNGEN

Es ist unser Ziel, für die Patientinnen und Patienten aus der Region eine optimale onkologische Versorgung sicherzustellen. Mit einem stabilen, langjährigen Team von Pflegefachpersonen und MPAs arbeiten wir in grosszügigen, modernen Räumlichkeiten zentral in Bülach. Die Praxis arbeitet zusammen mit den niedergelassenen ÄrztInnen der Region und ist eng vernetzt mit dem benachbarten Spital Bülach. Wir sind Swiss Cancer Network zertifiziert, Teil des zertifizierten Brustzentrums Winterthur-Bülach, zertifizierte Partnerpraxis des DKG zertifizierten Tumorzentrums Winterthur und pflegen Kooperationen mit dem Universitätsspital, Stadtspital Zürich und der Hirslanden Klinik.

Zur Ergänzung unseres ärztlichen Teams suchen wir nach Vereinbarung

eine(n) Fachärztin/-arzt FMH med. Onkologie und/oder FMH Hämatologie

Arbeitspensum 50–100%.

Für weitere Fragen und Ihre Bewerbung richten Sie sich bitte an

Dr. med. Mark Haefner, Tucare Bülach AG, Nordstr. 13,
8180 Bülach, 044 862 73 00, mark.haefner@hin.ch,
www.tucare-buelach.ch

189546-15



Die Berit Klinik zählt in der Schweiz zu den Top-Adressen für Orthopädie, Wirbelsäulenchirurgie, Rehabilitation und Kur. Sie gilt als führende Klinik der Ostschweiz in diesen Bereichen. Zudem zeichnet uns ein hervorragender Ruf mit breitem Spektrum im Fachgebiet der plastischen, rekonstruktiven und ästhetischen Chirurgie aus. Wir bieten unseren Patientinnen und Patienten eine ganzheitliche, integrative Behandlung, von der Diagnosestellung über die operative Behandlung und pflegerische Betreuung bis hin zur nachgelagerten orthopädischen Rehabilitation. Alles aus einer Hand.

Wir suchen einen erfahrenen und engagierten Anästhesie-Facharzt (m/w/d), der unser Team verstärkt. Als Teil unseres hochqualifizierten medizinischen Teams spielen Sie eine entscheidende Rolle bei der Betreuung unserer Patienten vor, während und nach chirurgischen Eingriffen.

FACHÄRZTIN / FACHARZT (Oberarzt) Anästhesie, Pensum 50–100%

Anforderungsprofil

- Facharzttitel für Anästhesiologie oder äquivalenter Abschluss
- Umfassende Kenntnisse in allen gängigen Verfahren der Allgemein- und Regionalanästhesien bei allen Altersgruppen (Kinder ab 6 Jahre)
- Präoperatives Riskmanagement im Kontext einer Privatklinik
- Planung und Durchführung von Anästhesieverfahren für Patienten unterschiedlichen Alters und Gesundheitszustands mit Schwerpunkt auf Regionalanästhesie
- Überwachung der Vitalfunktionen während der Operation und Anpassung der Anästhesie entsprechend den individuellen Bedürfnissen des Patienten
- Teamfähigkeit und Bereitschaft zur interdisziplinären Zusammenarbeit
- Professionelle Kommunikation mit Patienten und Mitarbeitenden aller beteiligten Berufsgruppen sowie wertschätzende, konstruktive und kollegiale Zusammenarbeit mit der Anästhesiepflege.
- Bereitstellung von postoperativer Schmerztherapie und Überwachung des Genesungsprozesses
- Hohe Verantwortungsbereitschaft und ausgeprägtes Sicherheitsbewusstsein
- Bereitschaft und Flexibilität für standortübergreifende Einsätze (Speicher, Goldach, bei Bedarf Berit-Klinik Wattwil)

Unser Angebot

- Vorwiegend Elektivbetrieb mit überschaubarer Pikett-Dienstbelastung
- Moderne, dem Leistungsangebot angepasste Infrastruktur
- Mitarbeit in einem motivierten interdisziplinären Team
- Gute Sozialleistungen und betriebliche Vorsorge
- Attraktive Anstellungsbedingungen
- Unterstützung bei der beruflichen Weiterbildung und Fortbildungsmöglichkeiten
- Nach Rücksprache flexible Arbeitszeiten (Jahresarbeitszeit)

Für weitere Auskünfte steht Ihnen Herr Dr. Christian Paulus, +41713350678, gerne zur Verfügung, oder Mail an christian.paulus@klinik.ch.

190333-15



AI VD à vos côtés



Le Service médical régional AI Suisse romande (SMR SR), est une entité médicale oeuvrant dans le domaine de l'assurance-invalidité (AI). Composé d'une cinquantaine de médecins répartis sur quatre cantons (VD, GE, NE et JU), il a pour mission d'évaluer les conditions médicales du droit aux prestations de l'AI.

Afin de renforcer notre équipe sur le site de Genève, nous recherchons un-e:

Médecin d'instruction à 80 – 100% (H/F)

Spécialisation: médecine interne générale

Date d'entrée: dès 1^{er} septembre 2024

Salaire: classe 10

Votre mission

Vous vous prononcez sur les aspects médicaux du droit aux prestations de l'assurance-invalidité sur la base des dossiers d'instruction des assurés mais également en échangeant avec les médecins traitants et/ou en sollicitant des expertises internes ou externes.

Vous déterminez la nature et l'étendue des limitations somatiques et psychiatriques. Vous émettez des pronostics quant à l'évolution probable des situations et aux chances de succès des mesures de réinsertion professionnelle proposées.

Vous rédigez des rapports et avis médicaux à l'attention des collaborateurs de l'Office AI de Genève afin qu'ils puissent rendre une décision. Vous apportez vos compétences axées sur une appréciation interdisciplinaire des situations.

Votre profil

- Diplôme fédéral de médecin délivrée par la MEBEKO,
- Titre post grade obligatoire (spécialiste en médecine interne générale),
- Expérience clinique de plusieurs années (au minimum 5 ans post grade),
- Expérience en assécurologie, un atout,
- Facultés de synthèse et de décision, sens de la collaboration,
- Excellente maîtrise de la langue française et aisance dans la rédaction,
- Aisance avec les outils informatiques usuels.

Vos opportunités

- Formation complète en expertise médicale et en assécurologie
- Des problématiques médicales riches et variées
- Possibilité de combiner cette activité avec la tenue d'un cabinet
- Salaire et 2^{ème} pilier attractifs
- 25 jours de vacances par an jusqu'à 60 ans (30 jours au-delà)
- Une culture d'entreprise favorisant la qualité de vie au travail (horaires souples, possibilité de télétravail, environnement moderne)
- Proximité de la gare de Cornavin

Renseignements

Dresse Claudia Morales, responsable d'équipe, au +41 22 327 29 47

Nous privilégions les candidatures en ligne et attendons donc votre dossier complet à l'adresse suivante: rh@vd.oai.ch

Délai de candidature: 30 juin 2024

Lieu de travail: rue des Gares 12, 1201 Genève

189788-15



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

Die Abteilung Clinical Assessment umfasst ca. 40 Mitarbeitende. Sie beurteilen die klinischen, pharmakokinetischen und biostatistischen Daten zur Sicherheit und Wirksamkeit und das daraus resultierende Nutzen-Risikoverhältnis von Arzneimitteln.

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

Clinical Assessor/in 80 - 100%

Ihre neue Herausforderung

Als medizinische(r) Expertin/Experte erwartet Sie eine wissenschaftlich anspruchsvolle Aufgabe an einer hochinteressanten Schnittstelle des Gesundheitswesens. Im Rahmen von Antragsverfahren begutachten Sie die klinische Dokumentation von Arzneimittel-Entwicklungsprogrammen für verschiedene Therapiegebiete und wirken an Zulassungsentscheidungen mit. Dank Ihrer Mitwirkung können Patienten/innen rasch Zugang zu innovativen Therapien von zentraler Bedeutung erhalten. Sie arbeiten interdisziplinär mit verschiedenen Fachrichtungen und mit einem externen Expertengremium zusammen. Nach Bedarf vertreten Sie auch die Abteilung Clinical Assessment in internen und externen Fachgruppen. Internationale Zusammenarbeit mit Partnerbehörden ergänzt diese spannende Rolle.

Ihr Profil

Nach dem Abschluss Ihres Studiums in Humanmedizin haben Sie eine Facharztausbildung in Innerer Medizin absolviert oder eine äquivalente Qualifikation erworben und verfügen idealerweise über klinische Erfahrung im Bereich Gastroenterologie oder Rheumatologie. Zusätzlich bringen Sie Kenntnisse in den Methoden der klinischen Forschung und optimalerweise Arbeitserfahrung aus der pharmazeutischen Industrie mit. Sie arbeiten gerne wissenschaftlich, fokussiert, eigenverantwortlich, interdisziplinär und verfügen über eine hohe Sozialkompetenz. Ausserdem erfassen Sie komplexe Zusammenhänge rasch und setzen Ihre redaktionellen Fähigkeiten gerne beim Verfassen von medizinischen Berichten ein. Sie kommunizieren klar und adressatengerecht in mindestens einer Amtssprache und in Englisch.

Wir bieten Ihnen

In einem fachlich interessanten Umfeld an der Schnittstelle von Medizin, Pharmazie und öffentlicher Gesundheit bieten wir Ihnen eine abwechslungsreiche und spannende Tätigkeit an. Attraktive Anstellungsbedingungen, ein flexibles Jahresarbeitszeitmodell mit der Möglichkeit einen Teil Ihres Pensums im Home Office zu arbeiten und ein Arbeitsort in unmittelbarer Nähe zum Hauptbahnhof Bern gehören zu dieser spannenden und vielseitigen Tätigkeit.

Fühlen Sie sich angesprochen? Dann zögern Sie nicht, Ihr vollständiges Bewerbungsdossier an uns zu senden. Für telefonische Auskünfte steht Ihnen Dr. Justyna Kozik-Jaromin, Einheitsleiterin Clinical Assessment oder Jessica Geyer, Personalfachfrau gerne zur Verfügung (Telefon +41 (0)58 462 02 11).

Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung.

bewerbung@swissmedic.ch

Swissmedic
Personal und Organisation
Ref. CA 3
Hallerstrasse 7
CH-3012 Bern

189185-15

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 – Nachfolger/in gesucht für gynäkologische Praxis in Bern – An bester Lage in Bern suchen wir für eine langjährig etablierte gynäkologische und senologische Praxis eine/n motivierte/n und versierte/n Nachfolger/in. Die vollelektronische Praxis befindet sich an zentraler Lage in modernen, hellen Räumlichkeiten. Sie profitieren neben der guten Zusammenarbeit mit dem langjährig eingespielten Praxisteam auch von der Möglichkeit der Belegarztstätigkeit an renommierten Kliniken. Falls Sie den Schritt in die selbstständige Praxistätigkeit wagen möchten und wir mit diesem attraktiven Angebot Ihr Interesse geweckt haben, freuen wir uns auf Ihre schriftliche Kontaktaufnahme unter der Referenznummer 2855 bei: Federer & Partners, Unternehmensberatung im Gesundheitswesen AG, Mitteldorfstrasse 3, CH-5605 Dottikon, www.federer-partners.ch, E-Mail: janick.merkofer@federer-partners.ch.

BE – 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.

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 voll-elektronischer 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 – Moderne Hausarztpraxis mit Selbstdispensation nordwestlich von Bern zu attraktiven Konditionen zu übergeben – In einer ländlichen Gemeinde mit wunderschöner Aussicht auf die Alpenkette und viel Sonnenschein, nur 15 Min. von Bern entfernt, ist per Anfang 2026 eine attraktive Praxis für Allgemeine Innere Medizin mit vollelektronischer Praxisadministration und zahlreichen Patienten an einen oder zwei Nachfolger (m/w) zu günstigen Konditionen zu übergeben. Die grosse rollstuhlgängige Praxis (190 m²) befindet sich im Zentrum der Gemeinde mit gutem ÖV-Anschluss. Wir freuen uns auf Ihre Kontaktaufnahme unter Ref. 231 2496: FMH Consulting Services AG, Frau V. 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 Übernahmekonditionen 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 Übernahmekonditionen. 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.

LU – Attraktive Hausarztpraxis mit vollelektronischer Praxisadministration in der Agglomeration von Luzern – Im Zentrum einer beliebten Vorortsgemeinde von Luzern ist per Anfang 2025 oder nach Vereinbarung eine moderne, überdurchschnittlich grosse Praxis für Allgemeine Innere Medizin mit Selbstdispensation und entsprechender Grundversorger-Infrastruktur (inkl. Ultraschall und digit. Röntgen) zu übergeben. Die rollstuhlgängige Praxis (200 m² Empfang, Wartezimmer, Labor, 4 Sprechzimmer, Röntgen, Multifunktionsraum für EKG, Ergometrie und Lungenfunktion, Stauraum, Aufenthaltsraum und 2 Toiletten) befindet sich in einem gepflegten Wohn- und Geschäftshaus mit Lift. Optimaler Standort, beste Erreichbarkeit mit dem ÖV (Bushaltestelle vor dem Haus) oder Auto, abwechslungsreiche hausärztliche Tätigkeit und sehr gut geregelter Notfalldienst runden das Angebot ab. Die Praxis ist auch für 2-3 Kolleginnen oder Kollegen geeignet. Möchten Sie Ihre Arbeitszeiten selbst bestimmen

und die Wochenenden zusammen mit Ihrer Familie verbringen? Können Sie sich eine selbstständige Tätigkeit in einer unterversorgten Region in Spitalnähe vorstellen? Wir freuen uns auf Ihre Kontaktaufnahme unter Ref. 231 5066: FMH Consulting Services AG, Frau V. Rossi, E-Mail: viera.rossi@fmhconsulting.ch, Tel. 041 244 60 60.

NE – Remise de cabinet de médecine générale à La Chaux-de-Fonds – Médecin généraliste cherche à remettre dès janvier 2026 son cabinet et sa nombreuse patientèle en raison de son départ à la retraite. Grand cabinet de 200 m² partagé avec un autre médecin généraliste depuis 1997, situé au centre-ville, aux normes pour handicapés avec accès direct en ascenseur. Gestion informatisée des dossiers. Idéal pour un médecin à 100% ou deux médecins à temps partiel. Contact: tél. 078 768 5603 ou e-mail: drfwillemin@hin.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, Mitteldorfstrasse 3, 5605 Dottikon, www.federer-partners.ch, E-Mail: janick.merkofer@federer-partners.ch.

SO – Ertragsstarke Praxis für Gynäkologie und Geburtshilfe / keine Investitionen nötig (Miete möglich) – In der Agglomeration zur Hauptstadt des Kantons gelegen, profitiert diese renommierte Praxis von einem überregionalen Einzugsgebiet. Altershalber suchen wir eine Nachfolgerin (w/m) – auf Wunsch ist eine Sukzession möglich. Dank der grosszügigen Raumeinteilung kann die Praxis auch als Gemeinschaftspraxis geführt werden. Der Standort ist interessant – einerseits verkehrstechnisch gut erreichbar, andererseits in idyllischer Landschaft eingebettet. Vor dem Praxisgebäude stehen 6 Parkplätze zur Verfügung. Attraktive Übernahmekonditionen runden das Angebot ab. Interessiert? Kontaktaufnahme unter Ref. 231 4356: FMH Consulting Services AG, Gregor Dietrich, E-Mail: gregor.dietrich@fmhconsulting.ch, Tel. 041 244 60 60.

TG – Praxisräume mit OP – In den interdisziplinären Ärzteetagen des attraktiv gelegenen TKB Gebäudes im Zentrum von Kreuzlingen sind ca 220 m² moderne Praxisräume mit OP zu vermieten. E-Mail: reichel.martin@hin.ch.

TG – Neueröffnung einer Hausarztpraxis am Bodensee? – Wir suchen eine Nachfolge (w/m) für eine Spezialarztpraxis mit einem kleinen Anteil Allgemeinmedizin zwischen Rorschach und Kreuzlingen. Da in der Region ein Mangel an Fachärzten für Allgemeine Innere Medizin vorhanden ist, würde sich die Praxis sehr gut auch für eine Praxiseröffnung mit vorhandener Infrastruktur eignen. Die Praxis (230 m²) präsentiert sich einladend und liegt verkehrstechnisch an guter Lage. Die grosszügige, ansprechende Raumeinteilung bietet Platz für eine funktionale, fachspezifische Infrastruktur und kann auch mit anderen Fachrichtungen kombiniert werden. Die Bodensee-Region gewährt überdurchschnittliche Wohn- und Lebensqualität. Attraktive Übernahmekonditionen runden das Angebot ab. Haben wir Ihr Interesse geweckt? Wir freuen uns auf Ihre Kontaktaufnahme unter Ref. 241 0502_A: FMH Consulting Services AG, Viera Rossi, 6208 Oberkirch, E-Mail: viera.rossi@fmhconsulting.ch, Tel. 041 244 60 60.

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 Übernahmekonditionen sind fair. Die Region ist sehr schön mit vielen Sonnentagen 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.

ZG – Moderne Doppelpraxis für Allgemeine Innere Medizin mit Tradition im Kanton Zug zu übergeben – Hausarztpraxis mit einladender Atmosphäre in einer beliebten Wohngemeinde in der Region am Zugersee suchen wir per Ende 2024 zwei Nachfolger (m/w). Die rollstuhlgängige Praxis mit Selbstdispensation, elektronischer KG und halbdigit. Röntgenanlage ist 165 m² gross. Sie befindet sich mitten in einem Wohnquartier und doch zentrumsnah. Die Praxis zeichnet sich durch helle, frisch renovierte Räumlichkeiten mit Charme aus. Wir freuen uns auf Ihre Kontaktaufnahme unter Ref. 241 0714: FMH Consulting Services AG, Viera Rossi, E-Mail: viera.rossi@fmhconsulting.ch, Tel. 041 244 60 60.

ZH – Volldigitalisierte Hausarztpraxis an zentraler Lage in einer Kleinstadt im Bezirk Horgen zu übergeben – In einer beliebten Wohngemeinde (15 Min. von Zürich entfernt) ist per Sommer 2024 eine gepflegte Praxis für Allgemeine Innere Medizin Praxis (176 m²) günstig zu übernehmen. Es erwarten Sie engagierte MPAs und abwechslungsreiche Tätigkeit mit wenigen Notfalldiensten (kein Nachtdienst). Hohe Lebensqualität der Gemeinde nicht zuletzt dank optimaler Verkehrserschliessung und attraktiver Lage im Grünen in Stadtnähe. Wir freuen uns auf Ihre Kontaktaufnahme unter Ref. 241 0783: FMH Consulting Services AG, Frau Viera Rossi, E-Mail: viera.rossi@fmhconsulting.ch, Tel. 041 244 60 60.



«Wie kann ich Konflikte innerhalb meiner Praxis begegnen?»

In einer Arztpraxis ist Teamarbeit von grosser Bedeutung. Ein externes Coaching, am besten ab Gründung, kann Ihnen in kritischen Situationen eine wertvolle Hilfestellung leisten.

«Comment puis-je gérer les conflits au sein de mon cabinet?»

Dans un cabinet, le travail d'équipe est primordial. Un coaching externe, si possible dès la création du cabinet, vous sera d'une grande aide lors de situations difficiles.



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

CONSULTING

FMH Consulting Services AG
Burghöhe 1
6208 Oberkirch
Tel. 041 244 60 60

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

mail@fmhconsulting.ch
www.fmhconsulting.ch

ZH – Etablierte Praxis für Gynäkologie und Geburtshilfe – In einer grösseren Ortschaft in der Agglomeration von Zürich ist eine renommierte und erfolgreiche Praxis für Gynäkologie und Geburtshilfe an einen Nachfolger (m/w) zu übergeben. Die Praxis kann auch als Gruppenpraxis mit gut 200% im Parallelbetrieb geführt werden. Der Standort ist verkehrstechnisch optimal gelegen: Rund um das Praxisgebäude stehen Parkplätze zur Verfügung und die nächste Bushaltestelle befindet sich in knapp 100 m Entfernung. Attraktive Übernahmekonditionen runden das Angebot ab. Interessiert? Kontaktaufnahme unter Ref. 231 4013: FMH Consulting Services AG, Gregor Dietrich, E-Mail: gregor.dietrich@fmhconsulting.ch, Tel. 041 244 60 60.

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.

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 Operationssaal Klasse I sowie über schöne, helle Jugendstil-Räume. Die Anfrage richtet sich aufgrund der Praxisinfrastruktur an Fachärzte verschiedener chirurgischer Disziplinen. Web: www.praxis-bestetti.ch, 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, cherche collaborateurs, toute spécialité possible. E-mail: info@gynecologie-montreux.ch.

VD – Cabinet médical à céder – Médecin généraliste région Riviera-Chablais, avec une importante activité, pour 1 ou 2 médecins. Equipement moderne et complet, avec un laboratoire et une radiologie numérique. Situation très agréable. Contact: tél. 076 708 98 49.

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. 079 885 36 96 oder E-Mail: dr.angela.caddick@gmail.com.

Stellenofferten Offres d'emploi Offerte di posti

AG – Fachärztin/Facharzt für Allgemeine Innere Medizin (50–100%) in Buchs AG – Wir suchen als weitere Verstärkung für unsere schnell wachsende hausärztliche Gruppenpraxis eine Fachärztin/Facharzt für Allgemeine Innere Medizin. Eine Beteiligung an der Praxis ist bei Interesse im Verlauf möglich. Unsere moderne, ärzteigene Praxis mit einem stabilen Team be-

findet sich in Buchs AG an zentraler Lage. Wir bieten in unserer Praxis das ganze Spektrum der Hausarztmedizin an und haben eine attraktive Ferien- und Fortbildungsregelung sowie eine zeitgemässe Entlohnung. Haben Sie Interesse? Dann melden Sie sich unverbindlich bei unserem ärztlichen Leiter Dr.med. Dominik Weber (E-Mail: d.weber@hin.ch oder Tel. 062 822 00 50). Weitere Informationen finden Sie auch auf unserer Homepage www.aerztezentrum-buchs.ch.

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.

BE – Hausärztin/Hausarzt gesucht in familiärer Gruppenpraxis in 3232 Ins (in Pendelnähe zu Bern) – Wir sind ein junges und motiviertes Team von 3 Ärztinnen im wunderschönen Berner Seeland und suchen zur Verstärkung in unsere Gruppenpraxis die Nadel im Heuhaufen, nämlich DICH: Fachärztin/-arzt für Allg. Innere Medizin mit Interesse und Flair für vielseitige Hausarztmedizin und Freude an der Mitarbeit in einem offenen und engagierten Team; Pensum nach Vereinbarung. Wir bieten abwechslungsreiche Hausarztmedizin inkl. Kleinchirurgie in einem familiären und gut eingespielten Team mit 3 Ärztinnen, moderne Praxisräume, elektronische KG, digitales Röntgen, modernes Labor, Sonographie, Selbstdispensation, kein finanzielles Risiko (Anstellung, spätere Teilhaberschaft möglich), flexible Arbeitszeiten und Arbeitspensum, grosszügige Ferien- und Gehaltsregelung. Wir stehen für respektvolle und faire Medizin mit individuellem Umgang mit Patienten sowie auch untereinander im Team. Kontakt: Dres. med. Eva Bettler, Aline Häusermann, Marjolein Kramer, Rebstockweg 6, 3232 Ins; E-Mail: e.bettler@hin.ch, Tel. 032 313 19 39; www.hausarztpraxis-rebstock.ch.

BE – Facharzt/-ärztin Allgemeine Innere Medizin (alle) 60–100% für Gruppenpraxis in Biel – 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 Biel nach Vereinbarung Sie als Arzt/Ärztin (mit Facharzttitel Allgemeine Innere Medizin oder Prakt. Arzt). Mehr zur Stelle erfahren Sie auf: www.sanacare.ch/aerzte. Oder rufen Sie uns an: Daniela Hera, Leitende Ärztin (Tel. +41 32 328 11 00, E-Mail: daniela.hera@sanacare.ch) oder Michèle Bouvard, Personalverantwortliche (Tel. +41 52 264 05 05, E-Mail: personal@sanacare.ch).

BE – Fachärztin/-arzt Allgemeine Innere Medizin 40–60% in Köniz – Zur Erweiterung unseres Teams suchen wir eine/n motivierte/n Hausärztin/-arzt. Wir bieten geregelte Arbeitszeiten mit fairer Entlohnung, sowie Zukunftsperspektive. In unserer vollständig digitalisierten Praxis erwartet Sie ein vielfältiges medizinisches Spektrum in familiärem Arbeitsklima. Stellenantritt nach Vereinbarung. Auf ihre Bewerbung freuen wir uns per E-Mail: gabriel.suess@hin.ch. www.husaerzt.ch, Schwarzenburgstrasse 257, 3098 Köniz.

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 Facharzttitel 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 Mural, 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.

FR – Recherche médecin Généraliste ou Praticien dans cabinet de groupe pour compléter notre équipe – Nous cherchons un médecin généra-

liste 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-Löwencentrum 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).

NW – Hausarzt/-ärztin gesucht! Top Stelle am See für FA für Allgemeine Innere Medizin oder Praktische/r Arzt/Ärztin – Für unser bestes laufendes Ärztezentrum direkt am See im schönen und steuerünstigen Hergiswil (Nidwalden) bei Luzern, suchen wir ein/e motivierte/n Hausärztin/Hausarzt mit oder ohne Facharzttitel Allgemeine Innere Medizin. Wir bieten beste Arbeits- und flexible Anstellungsbedingungen sowie eine gute Entlohnung. www.aerztezentrum.ch; E-Mail: marcelo.walker@hin.ch; Tel. 041 630 26 67.

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 71 224 08 00, E-Mail: christiane.biefer@sanacare.ch) oder Michèle Bouvard, Personalverantwortliche (Tel. +41 52 264 05 05, E-Mail: personal@sanacare.ch).

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

SG – 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.

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 Facharztausbildung 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 Fachpsycholog/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.

SZ – Facharzt Allgemeine Innere Medizin (m/w/d) 60–100% für Gruppenpraxis in Schwyz – Patientenwohl statt Umsatzmaximierung? Diese Prioritäten teilen wir. Sanacare hat sich zu 100% der zeitgemässen, unabhängigen Hausarztmedizin verschrieben. Nun sucht unser motiviertes Team in Schwyz nach Vereinbarung Sie als Arzt/Ärztin (mit Facharzttitel Allgemeine Innere Medizin oder Prakt. Arzt/Ärztin). Mehr zur Stelle erfahren Sie auf: www.sanacare.ch/aerzte. Oder rufen Sie uns an: Chantal Tromp, Leitende Ärztin (Tel. +41 41 818 20 10, E-Mail: chantal.tromp@sanacare.ch) oder Michèle Bouvard, Personalverantwortliche (Tel. +41 52 264 05 05, E-Mail: personal@sanacare.ch).

TG – Fachärztin/Facharzt Gynäkologie – Wir wachsen weiter... und suchen für unsere moderne, erfolgreiche Praxis in Kreuzlingen eine motivierte Fachärztin Gynäkologie und Geburtshilfe, gerne mit operativer Befähigung, die unser kompetentes Team ergänzt. Selbständiges Arbeiten mit sehr guten, individuell abgestimmten Konditionen erwarten Sie bei uns. Bewerben Sie sich gern bei Dr. med. Heike Scholz, Praxis g(y)n+, Löwenstrasse 16, 8280 Kreuzlingen, E-Mail: heike.scholzh@hin.ch.

TG – Hausarzt/internistischer Konsiliararzt, Facharzt (a) für Allgemeine Innere Medizin 60–100% – Infolge der Pensionierung des aktuellen Stelleninhabers suchen wir eine/n Nachfolger/Nachfolgerin

für eine Hausarztpraxis, die der Neurorehabilitationsklinik Zihlschlacht angegliedert ist. Ihre Aufgaben sind das selbstständige Führen einer Hausarztpraxis, sowie der dazugehörigen Apotheke. Ausserdem sind sie aktives Mitglied im regionalen Ärztenetzwerk und übernehmen Konsiliararztdienste in der Rehaklinik Zihlschlacht. Neben dem anerkannten Facharzttitel in der allgemeinen inneren Medizin gehört ein Fähigkeitsausweis für Abdomen-Sonographie, sowie gute Deutschkenntnisse zu Ihrem Profil. Ausserdem sind Sie ein Sachverständiger für den Strahlenschutz und haben bereits Erfahrungen in einer Kaderfunktion einer internistischen A- oder B-Klinik. Bei weiteren Fragen steht Ihnen Dr. med. D. Zutter, Ärztlicher Direktor, Tel. +41 71 424 30 02 gerne zur Verfügung.

ZG – Leitende Ärztin / Leitender Arzt Allgemeine Innere Medizin 80–100% – Wir suchen eine/n Leitende Ärztin / Leitenden Arzt Allgemeine Innere Medizin für unsere erfolgreiche Praxis am Bahnhof in Zug. Wir bieten interdisziplinäre Zusammenarbeit, ein starkes Team und gute Anstellungsbedingungen. Unter www.arzthaus.ch finden Sie weitere Informationen. Wir erwarten Führungserfahrung, Teamarbeit und Freude im Beruf. Gerne beantwortet Martin Olsson Ihre Fragen unter Tel. 079 771 53 90. Wir freuen uns auf Ihre schriftliche Bewerbung an E-Mail: stellensuche@arzthaus.ch.

ZG – Facharzt/-ärztin für Allgemeine Innere Medizin 20–100% – Facharzt/-ärztin (oder in Facharztausbildung) 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 – FÄ Dermatologie beg. 1.7. oder n.V. – in Uster 70–100%, www.plazakliniken.ch, Erf. Las.+Ästh. v.V., E-Mail: t.plaza@plazakliniken.ch.

ZH – Phlebologe/-in/Angiologe/-in mit FA endoluminale Thermoablation – gesucht in grossem Derm. Ambul., zur Leitung Phlebologieab. 40–50%, Start n. Vereinb. 15 Min. HB. Kontakt unter Chiffre I-42509.

ZH – Fachärztin/Facharzt Dermatologie – Wir suchen eine Kollegin / einen Kollegen für die angestellte oder selbstständige Mitarbeit in unserer erfolgreichen dermatologischen Praxis in Kloten. Wir sind sehr gut im lokalen medizinischen Netzwerk integriert und behandeln das ganze Spektrum der Dermatologie (inkl. Praxisop). Bei Interesse melden Sie sich bitte bei Dr. med. Michael Geiges (E-Mail: michael@geiges.ch, Tel. 078 661 00 44, www.dermakloten.ch).

ZH – Facharzt Allgemeine Innere Medizin (m/w/d) 60–100% für Gruppenpraxis in der Stadt Zürich – 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 der Stadt Zürich (Praxisstandorte Zürich-Wiedikon, Zürich-Oerlikon und Zürich-Affoltern) 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:

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

Michèle Bouvard, Personalverantwortliche (Tel. +41 52 264 05 05, E-Mail: personal@sanacare.ch).

ZH – Allgemeinarzt/-ärztin 40–60% – Arztpraxis Kalkbreite, mitten in Zürich, ausgezeichnet angebunden an ÖV, sucht Haus- oder Facharzt/-ärztin für Allgemeine Innere Medizin 40–60% nach Vereinbarung. Wir sind eine Gruppe von fünf Fachärztinnen/-innen und bieten eine breite Grundversorgung in gut ausgestatteten modernen Praxisräumlichkeiten bei geregelten Arbeitszeiten und in einem aufgestellten Team. Wir freuen uns über Ihre Bewerbung an die Arztpraxis Kalkbreite (E-Mail: arztpraxiskalkbreite@hin.ch). Weitere Auskünfte erteilen gerne Dr. med. Susanne Nagel und Dr. med. Michael Burkhard, Tel. 044 350 39 39.

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 lebhafteste 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@arztpraxis-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/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 Amitrigala: E-Mail: job@arzthaus.ch. Unter www.arzthaus.ch finden Sie weitere Informationen.

ZH – Facharzt/-ärztin Allgemeinmedizin – Wir suchen einen Facharzt Allgemeinmedizin (m/w) für unsere erfolgreiche Praxis im Zentrum von Zürich. Wir bieten interdisziplinäre Zusammenarbeit und gute Anstellungsbedingungen. Unter www.arzthaus.ch 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/-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 Fachärztinnen 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 Fachärztinnen und eine vielseitige Infrastruktur. Wir würden uns über Ihre schriftliche Bewerbung und ein Kennenlernen freuen. Senden Sie bitte Ihre vollständigen Unterlagen an Martin Olsson, Tel. 079 771 53 90, E-Mail: job@arzthaus.ch. Unter www.arzthaus.ch finden Sie weitere Informationen.

ZH – 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 Anstellungsbedingungen mit Umsatzbeteiligung, einen grossen Patientenstamm sowie ein top-motiviertes Praxisteam. Berufsanfänger/innen, Assistenzärzte/-innen kurz vor der Facharztprüfung oder Wiedereinsteiger/innen sind gerne willkommen. Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung per E-Mail an: aerzte.hinwil@hin.ch.

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

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

Suche Tätigkeit in der Orthopädie/Chirurgie/Traumatologie (100%) – FA Orthop.Chir./Trauma. (51, D), überwiegend konservativ tätig (Diagnostik, Infiltr. Gelenke, SWT etc.) sucht neue berufl. Herausforderung. Fähigkeitsausweis Sonographie Bew.apparat/Röntgen, SIM-Gutachter. BAB für Angestelltenverhältnis im Kt. ZH vorhanden. Zuschriften bitte an E-Mail: orthomail@gmx.ch.

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

Mehr Inserate und Gesuche auf
www.fmhjob.ch



© Olena Yakobchuk / Dreamstime

La «bride arachnoïdienne spinale» (SAW) décrit une forme rare d'arachnopathie focale.

Résultats à long terme favorables après traitement chirurgical

Maladie de la moelle épinière La bride arachnoïdienne spinale («spinal arachnoid web» [SAW]) est une forme rare d'arachnoïdite spinale qui entraîne une compression médullaire et une syringomyélie. De nouvelles études montrent des résultats prometteurs pour le traitement chirurgical, avec un contrôle à long terme de cette maladie.

Stefano Voglis; David Bellut
Klinik für Neurochirurgie, Universitätsspital Zürich

La bride arachnoïdienne spinale («spinal arachnoid web» [SAW]) est une forme rare d'arachnoïdite focale, caractérisée par un épaissement focal de l'arachnoïde pouvant entraîner une compression médullaire locale et parfois une perturbation de la circulation du liquide

céphalorachidien (LCR) avec syringomyélie. Cliniquement, cette affection se manifeste souvent par des douleurs, des déficits sensorimoteurs et des signes cliniques de myélopathie [1]. Malgré sa rareté, elle a suscité une attention croissante ces dernières années en raison de la multiplication des cas

Tableau 1: Caractéristiques des patientes et patients et de la SAW

Caractéristique	#	Distribution
Sexe		
Masculin	15	71,4%
Féminin	6	28,6%
Âge		
		51,8 ans (35–79)
Région du rachis		
Thoracique	21	100%
Orientation axiale		
Dorsale	21	100%
«Scalpel sign»		
présent à l'IRM	21	100%
Syringomyélie		
Non présente	6	28,6%
Au-dessus	5	23,8%
En-dessous	5	23,8%
Au-dessus et en-dessous	5	23,8%
Antécédents de traumatisme du rachis		
	11	52,4%

rapportés et est désormais considérée comme une entité pathologique à part entière, avec des caractéristiques diagnostiques, une évolution clinique et de bonnes options thérapeutiques chirurgicales [1–3]. La distinction par rapport aux arachnoïdites non spécifiques post-infectieuses ou post-hémorragiques et à la hernie médullaire idiopathique («idiopathic ventral spinal cord herniation» [ISCH]) est importante sur le plan diagnostique et thérapeutique.

À ce jour, seuls 150 cas de SAW confirmés chirurgicalement ont été décrits dans la littérature. Sur la base de l'une des plus grandes séries multicentriques de 21 SAW ayant fait l'objet d'un traitement chirurgical, nous souhaitons présenter ci-après les caractéristiques diagnostiques, cliniques et chirurgicales de cette entité pathologique.

Manifestations cliniques et diagnostic

L'âge moyen des patientes et patients atteints de SAW est d'environ 50 ans. Selon la littérature disponible, cette affection touche majoritairement les hommes, comme dans notre série de cas. Il y a souvent des traumatismes contondants du rachis sans fracture dans les antécédents médicaux (tableau 1). Cliniquement, les personnes concernées présentent en premier lieu des déficits sensitifs (81%), suivis de déficits moteurs (76%) et de douleurs (71%). Des troubles végétatifs au sens de troubles vésicaux et rectaux ne concernaient qu'une minorité de cas (9,5%). Des signes de myélopathie étaient

présents dans 76% des cas à l'examen clinique (tableau 2). La SAW se situe typiquement dans la région du rachis thoracique. En orientation axiale, la SAW a presque toujours une localisation dorsale. L'IRM conventionnelle en coupe sagittale et axiale pondérée en T2 est considérée comme la méthode diagnostique de choix. Le «scalpel sign», qui a été objectivé dans tous les cas de notre série, est considéré comme pathognomonique (tableau 1). Il s'agit d'une rétraction locale de la moelle dans la région de la SAW, donnant au liseré de LCR dorsal la forme d'une lame de scalpel (figure 1). En outre, dans plus de 70% des cas, une syringomyélie était présente soit au-dessus, soit en dessous, soit autour du «scalpel sign».

Diagnostics différentiels

C'est précisément à cause de la syringomyélie que d'autres caractéristiques subtiles à l'IRM passent facilement inaperçues et que les SAW peuvent être diagnostiquées à tort comme des tumeurs intramédullaires, par exemple. Cela est confirmé par le fait qu'une grande partie des SAW de notre série nous ont initialement été adressées par l'intermédiaire de tumor boards ou en raison d'une suspicion de processus néoplasique. Un deuxième diagnostic différentiel important de la SAW est l'ISCH. Bien que les deux maladies présentent des caractéristiques cliniques communes, des caractéristiques

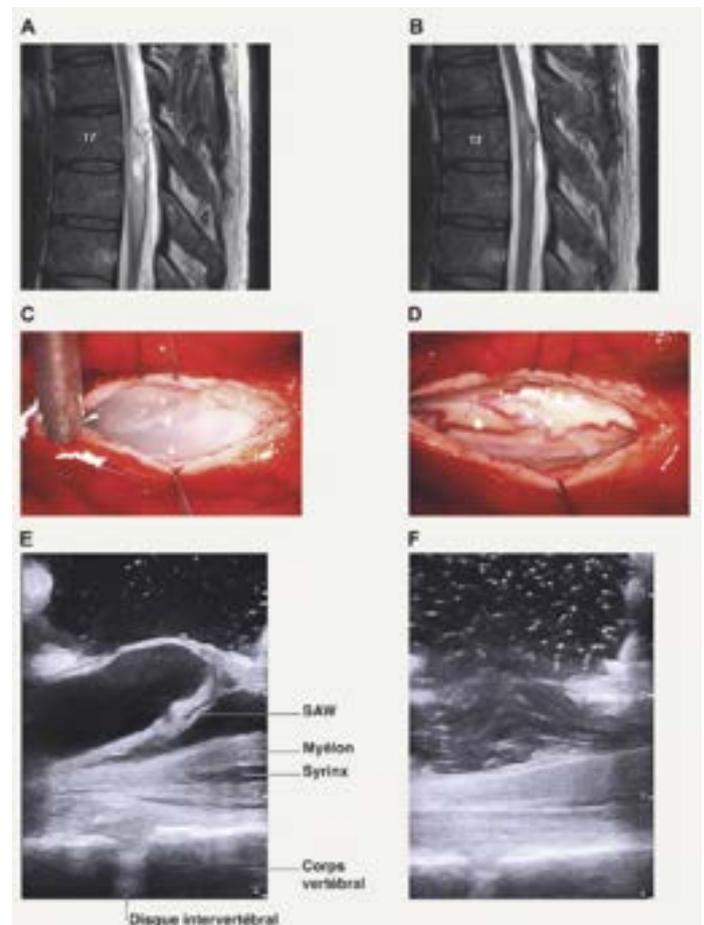


Figure 1: IRM sagittale pré- (A) et post-opératoire (B) montrant le «scalpel sign» caractéristique à hauteur de T7 et la syringomyélie associée. Vue intra-opératoire de la SAW avant (C) et après (D) l'excision intradurale. Échographie intra-opératoire en coupe sagittale avant (E) et après (F) l'excision de la SAW.

Tableau 2: Manifestations cliniques préopératoires et résultat

Situation préopératoire			Résultat postopératoire		
Symptômes/déficits	N	Distribution	Amélioration	Situation inchangée	Détérioration
Douleurs	15	71,4%	66,7%	33,3%	0
Déficits sensitifs	17	81%	76,5%	23,5%	0
Déficits moteurs	16	76,2%	81,3%	18,7%	0
Troubles végétatifs	2	9,5%	33,3%	66,7%	0
Signes de myélopathie	16	76,2%			

téristiques spécifiques à l'IRM peuvent être utilisées pour les différencier. Alors que le «scalpel sign» est considéré comme pathognomonique de la SAW [1, 4], un déplacement ventral de la moelle épinière avec un liseré de LCR interrompu et une face dorsale de la moelle épinière en forme de C est caractéristique de l'ISCH. Dans les deux cas, la microchirurgie est le traitement de choix pour les patientes et patients symptomatiques. Le traitement chirurgical de l'ISCH nécessite la fermeture du défaut dural ventral, ce qui doit être anticipé en raison de la stratégie opératoire fondamentalement différente de celle de la SAW.

Traitement chirurgical

Le traitement chirurgical de la SAW comprend une (hémi-) laminectomie suivie d'une excision intradurale microchirurgicale des membranes arachnoïdiennes épaissies. L'échographie intra-opératoire joue un rôle particulier à cet égard. Son utilisation est utile, d'une part, pour le contrôle transdural et la visualisation de la hauteur correcte du segment avant l'incision de la dure-mère et, d'autre part, après l'excision réussie de la SAW, pour vérifier que la décompression médullaire est suffisante et que le flux de LCR, auparavant compromis, est rétabli. Elle permet de visualiser directement le mouvement dynamique pulsatile de la moelle après excision des membranes arachnoïdiennes et permet ainsi un contrôle direct de la décompression intra-opératoire (figure 1).

Résultats

En postopératoire, ce sont surtout les déficits moteurs qui ont montré une nette amélioration dans notre série (plus de 80% des cas), suivis des déficits sensitifs (77%) et des symptômes douloureux (67%). Les rares personnes touchées par des troubles végétatifs n'ont présenté une amélioration que dans 33% des cas (tableau 2). Ces chiffres sont comparables à ceux de la littérature sur les SAW traitées par chirurgie et indiquent globalement une très bonne amélioration des symptômes après un traitement chirurgical [3, 5]. Notre série montre un excellent contrôle à long terme, sans récurrence locale ni aggravation des symptômes, tout particulièrement en comparaison avec les arachnoïdites spinales non spécifiques.

Résumé

La SAW constitue une entité distincte d'arachnoïdite spinale focale. Sa détection précoce et sa différenciation par rapport

aux arachnoïdites non spécifiques, aux maladies néoplasiques de la moelle épinière et à l'ISCH moyennant une évaluation minutieuse de l'IRM, en particulier en tenant compte du subtil «scalpel sign», sont essentielles. Chez les patientes et patients symptomatiques, l'excision microchirurgicale est la méthode de traitement indiquée, car elle est associée à un devenir à long terme favorable. L'utilisation de routine de l'échographie intra-opératoire est particulièrement utile pour vérifier la décompression adéquate de la moelle épinière et le rétablissement du flux de LCR après l'excision de la SAW.

Correspondance

Stefanos.Voglis[at]usz.ch



Références

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



Dr méd. Stefanos Voglis

Médecin-chef intérimaire, à la clinique de neurochirurgie de l'hôpital universitaire de Zurich



PD Dr méd. David Bellut

Médecin-chef et directeur adjoint de la clinique de neurochirurgie de l'Hôpital universitaire de Zurich



© Andrey Popov / Dreamstime

Près d'un pour cent de la population est affecté par l'épilepsie.

Épilepsie: mise à jour et perspectives

Stigmatisation Malgré les progrès réalisés dans le traitement de l'épilepsie, des défis subsistent, notamment chez les jeunes enfants, les femmes en âge de procréer et les formes rares d'épilepsie. De nouveaux médicaments, une chirurgie innovante et une médecine de précision montrent des approches prometteuses.

Georgia Ramantani^a; Lukas Imbach^b; Barbara Tettenborn^c

^a Prof. Dr. med., PhD, Neuropädiatrie, Universitäts-Kinderspital Zürich; ^b PD Dr. med., Schweizerisches Epilepsie-Zentrum, Klinik Lengg, Zürich;

^c Prof. Dr. med., Bellevue Medical Group, Ärztezentrum Seefeld, Zentrum für Neurologische Präventivmedizin und Sportneurologie

L'épilepsie est l'une des maladies chroniques les plus fréquentes chez l'enfant et l'adulte [1]. Près d'un pour cent de la population est épileptique – en Suisse, cela représente environ 80 000 personnes, dont environ 15 000 enfants [1]. Chez les enfants et les adolescents, l'épilepsie est la maladie neurologique chronique la plus fréquente et peut avoir un impact considérable sur le développement cognitif et la qualité de vie des enfants touchés et de leurs familles [2]. Pour un traitement optimal, il est primordial de poser un diagnostic correct en tenant compte de tous les diagnostics différentiels. Il est notamment important de distinguer les crises épileptiques des crises non épileptiques, tant chez l'enfant que chez l'adulte. Outre l'examen diagnostique de

base par des neurologues ou des neurologues pédiatriques, qui doit être effectué dès la première crise, un bilan complet par des spécialistes de l'épilepsie et le rattachement à un centre spécialisé dans l'épilepsie sont indispensables pour les patientes et patients souffrant d'épilepsie difficile à traiter. L'épilepsie se soigne bien: plus de 70% des personnes épileptiques sont déjà exemptes de crises lorsqu'elles sont traitées avec le premier ou le deuxième médicament correctement choisi. Il en va autrement pour les quelque 30% de patientes et patients qui continuent à être victimes de crises malgré un traitement souvent composé de plusieurs médicaments – dans de tels cas, il s'agit d'une épilepsie pharmacorésistante [3, 4]. Après l'utilisation infructueuse de deux

médicaments anticonvulsivants (AC) correctement choisis et à des doses adéquates, des méthodes de traitement plus poussées sont disponibles, telles que la chirurgie résective de l'épilepsie, la neuromodulation ou les régimes céto-gènes.

Épilepsie: plus que de simples crises

L'épilepsie ne se limite pas à de simples crises; elle a un impact majeur sur la qualité de vie des personnes concernées à différents niveaux et augmente leur risque de mortalité. Les personnes victimes de crises récurrentes malgré un traitement présentent souvent des troubles cognitifs, tels que des troubles de l'attention, une vitesse de traitement de l'information ralentie et des limitations des fonctions exécutives [5], ainsi que des comorbidités psychiatriques, telles que des troubles de l'adaptation, des dépressions, des troubles anxieux ou des crises dissociatives [6, 7]. Pour les enfants, les jeunes adultes et les personnes actives, l'épilepsie peut avoir de lourdes conséquences sur le développement scolaire, l'activité professionnelle, l'aptitude à la conduite, la planification familiale, les conditions de logement et la sécurité économique. Le traitement des épilepsies complexes nécessite donc une prise en charge interdisciplinaire exhaustive par différentes disciplines spécialisées et implique une sollicitation accrue du système de santé. Malgré les efforts de sensibilisation, l'épilepsie reste souvent dissimulée en raison de malentendus et de la stigmatisation, qui font que les personnes concernées sont souvent victimes de discrimination.

Traitement médicamenteux chez l'adulte

Au total, il existe plus de 40 médicaments pour traiter les crises d'épilepsie, qui sont souvent combinés dans les épilepsies complexes [8]. Une prudence particulière est de mise en ce qui concerne les interactions possibles, la tolérance et les effets indésirables. Les lignes directrices actuelles recommandent la lamotrigine (LTG), ou alternativement le lacosamide (LCM) ou le lévétiracétam (LEV), en monothérapie comme traitement de première ligne des épilepsies focales de survenue nouvelle chez l'adulte [9]. En cas d'épilepsies généralisées d'origine génétique et de prédominance de myoclonies et de crises tonico-cloniques, l'acide valproïque reste recommandé comme traitement de première ligne, dans la mesure où une grossesse peut être exclue avec certitude. Les alternatives disponibles sont la LTG ou le LEV. Malgré une nouvelle réglementation sur la quote-part, l'article 52a de la LAMal sur le droit de substitution reste valable. Un changement de préparation (d'une préparation originale à un générique, d'un générique à une préparation originale ou d'un générique 1 à un générique 2) peut être dangereux pour les épileptiques et avoir de graves conséquences physiques, psychologiques, sociales et professionnelles. Il convient donc de renoncer à un tel changement chez les patientes et patients épileptiques [9]. Les AC ayant un effet inducteur enzymatique pris pendant des années peuvent réduire la densité osseuse et provoquer une ostéoporose. Pour prévenir une ostéoporose ou la diagnostiquer précocement à un stade où elle peut encore être traitée, il est recommandé de procéder à une ostéodensitométrie (DXA) chez les personnes qui prennent de tels AC depuis de nombreuses années. Depuis 2023, ces coûts sont pris en charge par l'assurance de base.

Traitement médicamenteux chez les filles et les femmes en âge de procréer

Chez les filles et les femmes en âge de procréer souffrant d'épilepsie focale, il est recommandé d'utiliser la LTG à la dose efficace la plus faible possible ou le LEV. Si ni la LTG ni le LEV ne sont envisageables, l'oxcarbazépine (OXC) à faible dose peut être envisagée. Alternativement, un autre médicament autorisé en monothérapie peut être envisagé selon la situation individuelle [10]. Les grands registres prospectifs de grossesse tels que l'EURAP (European Registry of Antiepileptic Medication in Pregnancy) ont considérablement amélioré notre compréhension des effets tératogènes des AC. Ainsi, l'utilisation du valproate (VPA) et de la carbamazépine (CBZ) a diminué chez les femmes en âge de procréer, tandis que la LTG et le LEV sont plus souvent prescrits [11]. Il en a aussi résulté une diminution des malformations majeures chez les enfants de ces patientes. La supplémentation en acide folique avant et pendant la grossesse reste importante pour le bon développement de l'enfant, bien que le dosage optimal chez les patientes atteintes d'épilepsie soit encore en discussion. Les femmes et les jeunes filles en âge de procréer sous AC devraient prendre régulièrement de l'acide folique, en particulier en cas de désir d'enfant et avant une grossesse. La Ligue Suisse contre l'Épilepsie recommande une dose de 1-3 mg par jour [12].

Les grands registres prospectifs de grossesse tels que l'EURAP (European Registry of Antiepileptic Medication in Pregnancy) ont considérablement amélioré notre compréhension des effets tératogènes des AC. Ainsi, l'utilisation du valproate (VPA) et de la carbamazépine (CBZ) a diminué chez les femmes en âge de procréer, tandis que la LTG et le LEV sont plus souvent prescrits [11]. Il en a aussi résulté une diminution des malformations majeures chez les enfants de ces patientes. La supplémentation en acide folique avant et pendant la grossesse reste importante pour le bon développement de l'enfant, bien que le dosage optimal chez les patientes atteintes d'épilepsie soit encore en discussion. Les femmes et les jeunes filles en âge de procréer sous AC devraient prendre régulièrement de l'acide folique, en particulier en cas de désir d'enfant et avant une grossesse. La Ligue Suisse contre l'Épilepsie recommande une dose de 1-3 mg par jour [12].

En 2021, un avis d'experts européens sur l'utilisation du VPA chez les jeunes filles et les femmes en âge de procréer a été publié. Il y est souligné que les risques associés aux crises pendant la grossesse doivent être mis en balance avec les risques tératogènes du VPA. Le VPA ne devrait pas être utilisé en première intention chez les filles de plus de 10 ans et les femmes. La tératogénicité accrue du VPA et son influence négative sur le développement cognitif de l'enfant ont conduit l'Agence européenne des médicaments (EMA) à limiter l'utilisation du VPA aux cas indispensables et à fixer une dose maximale de 650 mg/jour. Le formulaire de confirmation d'information sur les risques, à remplir chaque année par le médecin spécialiste, est à respecter.

Chirurgie de l'épilepsie et neuromodulation

Lorsque les médicaments ne suffisent pas, les diverses approches thérapeutiques de la chirurgie de l'épilepsie offrent de nouvelles perspectives [13]. Un bilan pré-chirurgical en temps opportun peut être salvateur et améliorer considéra-

blement la prise en charge des malades [14, 15]. Les lésions cérébrales, telles que les dysplasies corticales focales, les tumeurs de bas grade ou les scléroses de l'hippocampe, sont associées à une pharmacorésistance, qui est généralement constatée tôt au cours de l'épilepsie [16]. L'objectif primaire de la chirurgie de l'épilepsie est d'identifier et d'éliminer la 'zone épileptogène', c.-à-d. la région du cerveau responsable de l'apparition des crises. La chirurgie résective de l'épilepsie est très efficace, permettant d'obtenir une disparition totale des crises dans 60–70% des cas [17]; chez les enfants en particulier, elle permet en outre d'arrêter les AC [18].

Selon les dernières recommandations de l'ILAE (International League Against Epilepsy), chaque patiente ou patient présentant une pharmacorésistance devrait être orienté(e) vers un bilan pré-chirurgical dès que la pharmacorésistance a été constatée, indépendamment de la durée de l'épilepsie, de la forme d'épilepsie (y compris encéphalopathies épileptiques), de la localisation de l'origine des crises et des comorbidités (y compris crises dissociatives) [14]. De manière générale, une tendance se dessine en faveur d'un dépistage précoce et d'interventions au cours de la maladie, car plus une intervention chirurgicale de l'épilepsie est effectuée tôt, plus les chances de disparition des crises sont élevées [19]. La chirurgie de l'épilepsie n'est plus le traitement de dernier recours, mais devrait être considérée comme une option thérapeutique «modificatrice de la maladie» [20]. Ceci vaut particulièrement dans les premières années de vie en raison, d'une part, de l'influence négative des crises d'épilepsie sur le développement cognitif et, d'autre part, de l'influence positive de la plasticité sur la réorganisation de la fonction neurologique [21, 22].

Lorsqu'une chirurgie résective de l'épilepsie n'est pas envisageable ou que les risques d'une résection sont trop élevés, divers procédés de stimulation cérébrale sont possibles. La stimulation du nerf vague et la stimulation cérébrale profonde sont bien établies dans la pratique clinique et ont fait l'objet d'études prospectives [23, 24]. Ces méthodes de stimulation visent à modifier l'activité épileptique dans le cerveau de manière à réduire la fréquence et la sévérité des crises d'épilepsie.

Épilepsies rares et médecine de précision

De nombreuses épilepsies sont associées à des maladies rares, en particulier dans les cas difficiles à traiter. Les personnes épileptiques atteintes de maladies génétiques rares présentent souvent une déficience intellectuelle, ce qui requiert une prise en charge spécifique et complique le traitement à long terme. Alors qu'environ 65% des épileptiques obtiennent une disparition des crises, ce pourcentage n'est que d'environ 40% en cas d'épilepsie et de déficience intellectuelle [25]. Outre la sévérité de l'épilepsie, les personnes atteintes d'une encéphalopathie épileptique ou développementale sont souvent exclues des études sur les médicaments, le traitement combiné étant parfois limité en raison des comorbidités. La détection précoce des effets indésirables des médicaments s'avère difficile. Une communication verbale et une capacité de coopération limitées lors des examens nécessitent un environnement de traitement interdisciplinaire.

Ces dernières années, les examens génétiques ont gagné en importance dans le diagnostic de l'épilepsie. La détection d'altérations génétiques a des conséquences majeures pour

le traitement et le conseil psychosocial des patientes et patients et de leurs familles. Cette compréhension ouvre de nouvelles possibilités pour des traitements sur mesure qui ciblent des causes génétiques spécifiques. La mise en œuvre clinique de tels traitements est toutefois encore en cours de développement. Un exemple prometteur est la thérapie par oligonucléotides antisens dans le syndrome de Dravet (variants du gène SCN1A), qui vise à réduire l'ARNm génétiquement défectueux et à augmenter la production de gènes nucléaires et de protéines. D'autres approches personnalisées sont notamment explorées dans la chirurgie de l'épilepsie et la neuromodulation. Les axes de recherche actuels visent une modélisation personnalisée du cerveau épileptique («brain twin»), basée sur des biomarqueurs neurophysiologiques, des données de capteurs pour la quantification des mouvements ou des paramètres comportementaux neuropsychologiques quantitatifs («cognitive proxies»).

Conclusion

La diversité des épilepsies et des syndromes épileptiques nécessite souvent une approche interdisciplinaire. Une sélection minutieuse des médicaments est essentielle, en particulier chez les femmes en âge de procréer. La chirurgie de l'épilepsie et la neuromodulation offrent un espoir pour les cas pharmacorésistants. Les progrès de la génétique permettent des traitements personnalisés. Les défis posés par les formes rares d'épilepsie soulignent l'importance d'une prise en charge globale et de la recherche dans le domaine de la médecine de précision. Dans l'ensemble, l'évolution est prometteuse, mais nécessite toujours une collaboration et des recherches pour améliorer la qualité de vie des personnes concernées.

Correspondance

barbara.tettenborn[at]gmail.com



Références

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



Prof. Dre méd. Barbara Tettenborn

Médecin-chef en médecine préventive neurologique et en neurologie du sport, présidente de la Ligue suisse contre l'épilepsie, présidente de Woman in Neurology



Prof. Dre méd. Giorgia Ramatani, PhD

Responsable du département EEG/Épilepsie et Neuropédiatrie, ainsi que médecin-chef de la Neuropédiatrie, EEG/Épileptologie et Chirurgie de l'épilepsie à l'Hôpital pédiatrique universitaire de Zurich



PD Dr méd. Lukas Imbach

Directeur médical du Centre suisse de l'épilepsie à la Clinique Lengg à Zurich, ainsi que vice-président de la Ligue suisse contre l'épilepsie



© Fizes / Dreamstime

1 milliard de personnes sont touchées dans le monde.

Meilleure santé cérébrale, meilleure qualité de vie

Prophylaxie de la migraine Plus que de simples céphalées. Les personnes migraineuses souffrent. La migraine a des répercussions significatives sur la vie professionnelle. Des approches innovantes efficaces, telles que l'influence positive des lieux de travail compatibles avec la migraine, sont en discussion.

Susanne Wegener^a; Andreas R. Gantenbein^b; Harald F. Grossmann^c; Christoph J. Schankin^d; Andreas Kleinschmidt^e

^a Prof. Dr. med., Klinik für Neurologie, Universitätsspital Zürich (USZ) und Universität Zürich (UZH), ^b Prof. Dr. med. Neurorehabilitation, ZURZACH Care, Bad Zurzach,

^b Neurologie am Untertor, Bülach, ^c IMK AG Institut für Medizin und Kommunikation, Basel, ^d Neurologische Klinik, Inselspital, Universitätsspital Bern, Universität Bern, ^e Prof. Dr. med. Klinik für Neurologie, Universitätsspital Genf und Universität Genf

La migraine est une céphalée primaire qui touche plus d'1 milliard de personnes dans le monde, et environ 1 million en Suisse [7]. La grande majorité d'entre elles (80–90%) souffrent de la forme épisodique (céphalées moins de 15 jours par mois), et 10–20% de la forme chronique. Les facteurs génétiques et environnementaux jouent un rôle majeur dans sa survenue. Les céphalées sont souvent unilatérales, très fortes et accompagnées d'une photophobie et d'une phonophobie, de nausées et de vomissements. Chez certaines personnes, les céphalées sont précédées d'une «aura»: des symptômes neurologiques transitoires tels que des phénomènes visuels à type de scintillements, des paresthésies migrantes au niveau des bras ou du visage, voire des troubles du langage. La plupart des personnes migraineuses ne peuvent plus vaquer à leurs activités habituelles pendant les crises, souvent pendant des heures, voire des jours. Elles doivent se retirer et s'allonger [2]. Nous savons aujourd'hui que la migraine ne signifie pas seulement «céphalées». Les symptômes récurrents ont un impact considérable sur le bonheur individuel dans la vie privée, et sont associés à la dépression, à l'anxiété et à d'autres comorbidités [5]. Si ma migraine apparaît aujourd'hui, pourrai-je participer à la fête de famille? Accompagner ma fille à l'école? Assurer mes rendez-vous?

La migraine a des conséquences importantes pour l'individu et immenses pour la société [4]. La raison en est que la migraine est non seulement fréquente, mais qu'elle touche aussi précisément les jeunes. Les femmes sont environ trois

migraine friendly workspace – Société Suisse des Céphalées (www.headache.ch).

fois plus touchées que les hommes. La migraine peut déjà survenir dans l'enfance. Le pic de la maladie se situe vers l'âge de 30 ans. En vieillissant, la fréquence et la sévérité des crises tendent à diminuer. Cela signifie qu'une grande partie des personnes migraineuses sont en âge de travailler. Environ 20% de la population active souffre de migraine. Le nombre de cas non diagnostiqués est probablement élevé, car les céphalées sont encore vécues comme étant stigmatisantes et de nombreuses victimes ne consultent donc pas de médecin pour leurs symptômes.

Déclencheurs typiques et possibilités de traitement

Chez de nombreuses personnes, la migraine est déclenchée par certains facteurs [3]. En font partie, outre les influences hormonales (menstruation, ménopause, hormonothérapie substitutive), le stress, un sommeil perturbé ou irrégulier, certaines habitudes alimentaires, les conditions météorologiques, etc. Pendant les crises, la migraine nécessite des mesures ciblées, comme l'isolement dans un endroit sombre et calme, des analgésiques aigus et des antiémétiques. Fort heureusement, il existe aussi de nombreuses possibilités pour prévenir l'apparition de crises de migraine. Il s'agit de mesures non médicamenteuses (comme par ex. entraînement



Figure 1: «Migraine friendly workspace» signifie:

Empowerment:

- Éducation à la migraine
- Mise à disposition de médicaments aigus
- Mesures de prévention

Environment:

- Endroit pour s'isoler
- Conseil et soutien pour éviter les déclencheurs
- Création d'un climat de compréhension

Engagement:

- Lutte contre la stigmatisation
- Flexibilité
- Soutien des personnes touchées

d'endurance aérobie modéré, exercices de relaxation, yoga), de la réduction du stress et des facteurs déclencheurs individuels de la migraine, et du traitement médicamenteux de fond. Les personnes touchées doivent absolument consulter un spécialiste en neurologie afin de trouver la meilleure stratégie de traitement pour elles.

Les symptômes récurrents ont un impact considérable sur la vie privée, et sont associés à la dépression, à l'anxiété et à d'autres comorbidités.

Le traitement de la migraine favorise la santé cérébrale

Les céphalées, en particulier la migraine, sont un facteur majeur d'absences pour cause de maladie et de charge de morbidité («burden of disease») en Suisse et en Europe [7]. Cela est dû à la fréquence de la migraine et au fardeau qu'elle représente, pouvant favoriser d'autres maladies. Outre les comorbidités psychiques, la migraine peut, notamment via l'axe du stress, augmenter le risque cardiovasculaire des personnes concernées. Précisément les personnes jeunes qui sont longtemps exposées à la migraine présentent un risque élevé. La prévention de la migraine est donc équivalente à la prévention des maladies cérébrales chez les personnes âgées. Il est dès lors très important d'informer précocement les personnes migraineuses sur leur maladie et de leur faire bénéficier des options thérapeutiques existantes.

«Migraine-friendly workspace»?

L'initiative «migraine friendly workspace» émane de la Société Suisse des Céphalées et du «Swiss Brain Health Plan» et fait écho à des initiatives similaires en Europe et au-delà [1]. Grâce à des mesures efficaces simples, nous souhaitons que les employeurs créent pour leurs collaboratrices et collaborateurs concernés un lieu de travail compatible avec la migraine. À cet effet, nous avons élaboré des critères et des propositions dont nous voulons promouvoir la mise en œuvre. e³ signifie *empowerment, environment et engagement* (figure 1).

Les céphalées, en particulier la migraine, sont un facteur majeur d'absences pour cause de maladie et de charge de morbidité.

Des études menées dans de grandes entreprises ont montré que le simple fait d'informer l'équipe sur la migraine permettait de mieux comprendre les collègues concernés, aboutissant à une meilleure ambiance de travail, à une réduction de l'absentéisme dû à la migraine et à une augmentation de la productivité dans l'entreprise [2,6]. Les employeurs peuvent ainsi montrer que leurs collaboratrices et collaborateurs sont au centre de leurs préoccupations, qu'ils sont modernes et soucieux de trouver des solutions et qu'ils s'engagent pour la

santé de leurs équipes. L'initiative est un pas concret essentiel contre la stigmatisation de la migraine, une maladie neurologique fréquente et à prendre au sérieux. Elle est synonyme de meilleure santé cérébrale et de meilleure qualité de vie.

Correspondance

Susanne.Wegener[at]usz.ch

Disclosure Statement

Cet article a été mis à disposition par l'Association suisse contre les céphalées. Le Bulletin des médecins suisses et Swiss Medical Forum n'assument aucune responsabilité quant à son contenu.

Remerciements

Nous remercions Natalia Aeple (IMK, Bâle) pour sa contribution.



Références

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



Prof. Dre méd. Susanne Wegener

Médecin-chef à la clinique neurologique de l'Hôpital universitaire de Zurich et professeure à l'Université de Zurich



Prof. Dr méd. Andreas R. Gantenbein

Conseiller médical à la clinique de neuro-réhabilitation, ZURZACH Care à Bad Zurzach et exerce dans le cabinet de neurologie am Untertor à Bülach



Prof. Andréas Kleinschmidt

Médecin-chef à la clinique de neurologie des Hôpitaux universitaires de Genève et professeur à l'Université de Genève

Contrôler un troisième bras par la respiration

Robotique Les mouvements du diaphragme permettent de bouger un bras supplémentaire. Voilà ce que des neuro-ingénieurs de l'EPFL ont montré dans leur étude. Actuellement, les scientifiques examinent la possibilité de contrôler une main artificielle à l'aide des muscles de l'oreille.

Caroline Depecker

Genou bionique, sixième doigt, rétine artificielle. Si la vision d'un corps augmenté nourrit l'imaginaire des films de science-fiction, les innovations technologiques sont encore peu nombreuses dans ce domaine. Et plutôt que de rendre l'homme infiniment plus performant, aujourd'hui elles visent avant tout à assister les corps blessés. À l'instar de l'avancée technologique annoncée en décembre dernier par le Prof. Silvestro Micera, de l'École polytechnique fédérale de Lausanne (EPFL). Le chercheur, titulaire de la chaire Bertarelli en neuroingénierie translationnelle, et son équipe de l'Institut Neuro-X ont conçu une interface homme-machine permettant de contrôler un troisième bras, artificiel, indépendamment des autres membres. Leurs travaux pourraient être appliqués à la réhabilitation de personnes déficientes motrices.

«C'est une question de sciences cognitives qui a motivé notre travail», explique Solaiman Shokur, neuro-ingénieur et codirecteur de l'étude publiée dans *Science Robotics* [1]. «À travers le contrôle d'un bras additionnel, il s'agit d'explorer les capacités du cerveau à acquérir de nouvelles fonctions motrices. Peut-il les mobiliser sans affecter les tâches dans lesquelles il est déjà engagé?» Pour répondre à cette interrogation, les chercheurs ont conçu une interface homme-machine exploitant deux modalités de contrôle moteur indépendantes des bras biologiques: le regard, qui est naturellement impliqué dans les actions directives et la respiration diaphragmatique, qui peut être modulée volontairement. Ils ont ensuite effectué une batterie de tests auprès d'une soixantaine de volontaires valides.

Le diaphragme aux commandes

La première étape a consisté à valider l'interface dans un environnement factice. Invités à l'EPFL, des volontaires se sont vus équipés d'un casque de réalité virtuelle leur permettant de visionner trois bras: leurs bras naturels et, situé entre les deux, un troisième bras au bout duquel une main, munie de six doigts, permet de le repérer facilement. En guise de tâche à effectuer, on demande aux sujets de déplacer la main gauche, la main droite et la main symétrique centrale

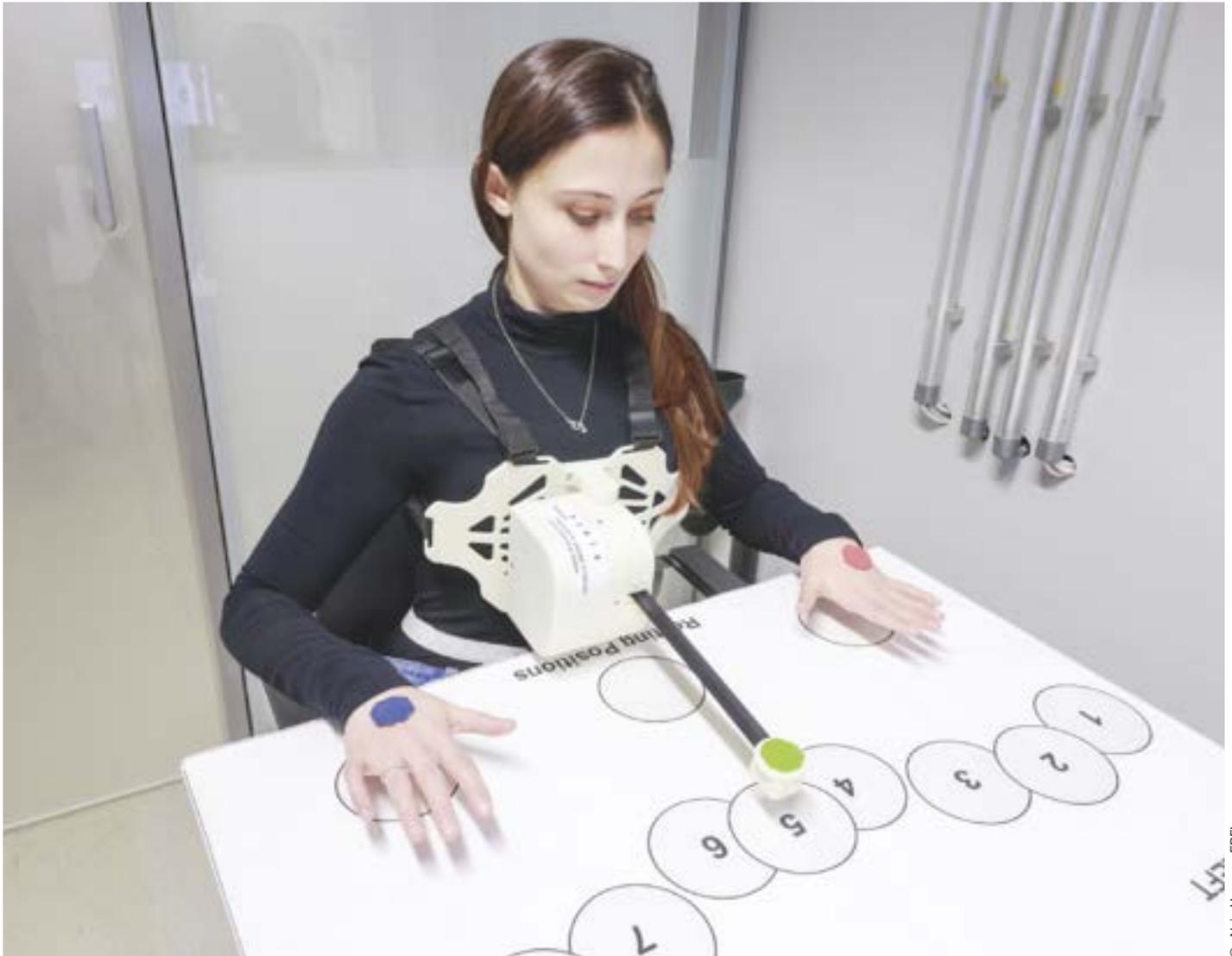
de façon indépendante, ou coordonnée. Les positions à atteindre sont matérialisées par des cibles. Dans l'environnement réel, l'utilisateur est agrippé à un exosquelette et déplace ses deux mains biologiques afin d'en mouvoir les versions virtuelles. Pour déployer son troisième bras, il utilise son diaphragme. Une contraction de ce muscle code pour une extension du bras, un relâchement pour le mouvement inverse. La transmission de l'information est assurée par une ceinture équipée de capteurs qu'il porte au niveau du diaphragme et qui enregistre les déplacements.

Ainsi, le contrôle du troisième bras s'est révélé intuitif, l'utilisateur réalisant rapidement les tâches demandées avec succès, même sans l'usage de la vision. De plus, ce contrôle ne l'empêche pas de parler ou de fouiller du regard son champ visuel: il garde ses facultés cognitives. Cette étape franchie, des tests similaires ont été réalisés avec un second dispositif mimant un troisième bras robotique. Il s'agissait en outre d'un harnais thoracique relié à une baguette mobile en bois. «Nous voulions évaluer si l'apprentissage était transférable», commente Solaiman Shokur. «Si, une fois entraîné, l'utilisateur garde en mémoire la compétence acquise.» Selon lui, les participants passés par la phase d'apprentissage virtuel ont obtenu des scores légèrement supérieurs à ceux de candidats naïfs.

Vers des tâches plus complexes

Ces résultats attestent que l'interface innovante de l'EPFL permet de contrôler un bras additionnel. Mais «la tâche proposée ici – atteindre une cible – est trop simple pour le moment», tempère Robert Riener, professeur en systèmes sensori-moteurs à l'École polytechnique fédérale de Zurich (ETHZ). «Chez l'homme, un bras et sa main peuvent assurer des mouvements associant près de 20 jonctions différentes. Sans aller jusque-là, il reste à imaginer d'autres études impliquant de réaliser des tâches plus complexes.»

Si l'acquisition réelle d'un bras additionnel n'est pas pour tout de suite, la préoccupation première de Solaiman Shokur est, de toute façon, ailleurs. Il ajoute: «Nous cherchons à identifier les redondances du corps humain qui puissent servir



© Alain Herzog - EPFL

Cette version simplifiée du troisième bras robotique est contrôlée par la respiration diaphragmatique.

à créer de nouvelles fonctions motrices. Ces redondances peuvent être angulaires, si on s'intéresse aux degrés de liberté d'un poignet par exemple, cinématiques, comme c'est le cas avec l'expansion du diaphragme, ou musculaires comme avec les muscles vestiges.»

Contrôle auriculaire

Illustrant ce dernier point, le scientifique rapporte avoir testé, dans le cadre d'une autre expérience, la possibilité de mobiliser les muscles de l'oreille pour réaliser certaines tâches. «Au contraire des chats et des chiens, nous avons perdu la fonctionnalité de ces muscles vestiges. Mais ils existent encore, ainsi que les connexions neuronales associées», commente-t-il. Au laboratoire, des volontaires correctement entraînés ont ainsi réussi à contrôler le déplacement du pointeur d'une souris d'ordinateur grâce aux fins mouvements de leur oreille. Exploitant cette capacité, un test clinique serait mené actuellement auprès de sujets tétraplégiques, en collaboration avec des partenaires italiens. «Ces personnes savent bouger leurs bras, mais elles sont incapables d'ouvrir ou de fermer leurs mains. Nous les entraînons à utiliser leurs muscles auriculaires pour contrôler virtuellement une orthèse palliant la fonction déficiente», indique le scientifique.

À l'ETHZ, Robert Riener conçoit des orthèses, comme des genoux ou des jambes motorisés, destinées à amplifier les fonctions motrices de leurs destinataires. «Nous sommes confrontés à des problèmes similaires à ceux de l'équipe lausannoise, à savoir le contrôle du mouvement de ces orthèses», commente le professeur zurichois. «Et trouver des canaux sensoriels ou moteurs disponibles pour ce faire est une gageure. En ce sens, les résultats de cette étude sont réellement inspirants.»



Références

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

E-ordonnance: oser le changement

Numérisation La numérisation du processus de médication soulève de nombreuses questions chez les médecins: Aurai-je plus de travail au quotidien? Comment mes patients réagiront-ils aux changements? Une ordonnance électronique est-elle vraiment plus sûre qu'une ordonnance papier? Les réponses de Lucas Schult.

Lucas Schult

Nous sommes toutes et tous passés par là: un nouvel outil est introduit ou une mise à jour de logiciel est effectuée, et soudain nos processus de travail changent. Pourtant, après un effort initial, nous nous y habituons et apprécions les avantages de processus de travail optimisés et plus efficaces. Qui passerait, dans sa vie quotidienne, d'un ordinateur à une machine à écrire ou d'un téléphone portable à un fixe?

Les avantages d'une ordonnance électronique

Il en va de même pour l'introduction de variantes numériques de processus existants et fonctionnels, comme le processus de médication. Récemment, j'ai présenté à une médecin le service E-Ordonnance Suisse, développé par Health Info Net AG (HIN) à l'initiative de la FMH et de pharmaSuisse. Il permet d'établir et de remettre les ordonnances de manière numérique, simple et sécurisée. Elle rédigeait une ordonnance sur son bloc-notes habituel et m'a demandé: «Pouvez-vous me montrer une alternative pour gagner du temps dans l'établissement des ordonnances?» Un défi que j'ai accepté volontiers.

La numérisation de l'ordonnance offre de nombreux avantages qui vont au-delà du gain de temps. Quelques clics permettent de créer une ordonnance électronique directement dans le logiciel de cabinet. L'introduction généralisée de l'ordonnance électronique est une composante centrale d'un processus de médication numérique, du cabinet médical à la pharmacie en passant par le patient. En outre, l'ordonnance électronique et la norme eMediplan qui la soutient offrent aux médecins une vue intégrée de la médication de leurs patients. Ils peuvent voir si des médicaments ont été délivrés par la pharmacie et si oui, lesquels. La remise des médicaments est enregistrée dans l'ordonnance électronique, ce qui, par rapport à l'ordonnance papier actuelle, réduit le risque d'abus et augmente la sécurité du patient en empêchant les remises multiples. Toutes les informations nécessaires à la pharmacie sont clairement lisibles sur l'ordonnance électronique et sont contenues dans le code QR. Cela permet aussi de gagner du temps au cabinet médical, temps qui aurait autrement été perdu en demandes de précisions.

L'économie des données comme principe de base

Le service E-Ordonnance Suisse est conforme aux normes actuelles de protection des données et économe en données. Toutes les informations sont contenues dans un code QR. Le patient conserve ainsi la souveraineté et le contrôle de ses données. Une ordonnance électronique ne peut être établie que par des personnes pouvant s'authentifier avec une eID personnelle à l'attribut «médecin» et ne peut être traitée que par des personnes pouvant s'authentifier avec une ID d'organisation à l'attribut «pharmacie» ou une eID personnelle à l'attribut «pharmacien/pharmacienne». Seule la numérisation de l'ordonnance peut garantir cette économie de données, qui répond à un besoin sociétal. Les ordonnances traditionnelles ne peuvent tout simplement pas rivaliser. Les données contenues dans les ordonnances restent même inaccessibles à HIN, qui fournit le service. Seules les données nécessaires au traitement ultérieur (par exemple la vérification et la validation) sont stockées dans un centre de données sécurisé en Suisse.

Une fois maîtrisé, l'établissement d'une ordonnance électronique se fait en quelques gestes, aussi rapidement qu'une ordonnance sur papier. Cette méthode permet toutefois d'économiser bien plus de temps et de travail à long terme. Elle est aussi plus sûre et plus efficace. Une ordonnance électronique peut faire exactement la même chose qu'une ordonnance papier, mais en beaucoup mieux. Je ne peux donc qu'encourager les médecins qui cherchent une alternative à l'ordonnance papier à se préparer à l'introduction de l'ordonnance électronique et à se réjouir de son intégration dans leur système d'information de cabinet. L'intégration est en effet ouverte à tous les fournisseurs de systèmes d'information pour cabinets médicaux. L'ordonnance électronique frappera bientôt à votre porte!



Lucas Schult

Directeur (CEO) de HIN. Il écrit régulièrement dans cette rubrique à propos de la sécurité numérique.



Quand l'amphithéâtre se remplit



Sven Streit

Prof. Dr méd. Dr phil.,
médecin généraliste,
membre de l'Advisory
Board du Bulletin des
médecins suisses

Trente minutes avant le début, 350 auditeurs, grisonnants pour la plupart, se tenaient déjà dans l'amphithéâtre, échangeaient vivement et jetaient de temps à autre des regards curieux vers la chaire encore inoccupée. Certains ont retenu mon attention dès leur entrée dans le bâtiment principal de l'Université de Berne, ils venaient pour la conférence d'ouverture du nouveau cycle de l'Université des aînés. À peine entré dans le bâtiment et le large escalier gravi pour accéder à l'amphithéâtre, j'ai immédiatement perçu de la joie mêlée à de l'impatience dans le public avant ma prise de parole. La fondation compte plus de 2000 membres et la conférence portait sur «La médecine de famille et son rôle en période de pénurie de personnel qualifié, d'augmentation des coûts et d'amélioration de la qualité». En me dirigeant vers la chaire, je ne pouvais m'empêcher de faire quelques comparaisons avec les auditeurs habituels.

Les amphithéâtres de mes dix années de professorat à l'Université de Berne étaient plus grands ou plus remplis d'étudiants. Je me souviens de rangées de regards intéressés, ponctués de-ci de-là par le logo lumineux d'une pomme croquée. En quelques années, cette vue a peu à peu changé: les ordinateurs portables se sont multipliés, tandis que le nombre d'étudiants diminuait. Et un beau jour, plus personne dans les rangs, seul restait l'enseignant à parler dans le microphone pour enregistrer un podcast. Puis l'auditoire est revenu, en se tenant toutefois à bonne distance. Il a fallu s'habituer à ne plus trouver de sourires ou de regards éveillés en face de soi, juste une série d'ordinateurs portables dont on presse les touches avec zèle dans un staccato, pas toujours évident. Qu'ai-je bien pu dire de si important pour que la frappe des notes se transforme en un tel vacarme? À l'inverse, le silence des touches m'irrite quand une information importante à mes yeux ne fait pas écho.

Le public plus âgé de l'Université des aînés se distingue de l'auditoire de jeunes étudiants en médecine ou en pharmacie de l'Université de Berne à la fois par son arrivée en avance dans l'amphithéâtre et par la vue qui s'offre à

l'intervenant. Néanmoins, l'idée originelle de l'université comme lieu de transmission du savoir et de la science, dont les limites sont sans cesse repoussées, perdure. Quelle bouffée d'air frais que de transmettre des connaissances sans bloc publicitaire, parler sans se limiter à des vidéos de deux minutes, établir un contact visuel sans fixer les projecteurs et discuter avec intérêt plutôt que de monologuer au hasard dans les colonnes de commentaires!

Je constate avec joie que les étudiants suisses, jeunes ou seniors, sont unis par un insatiable désir d'apprendre.

Je me réjouis que nos jeunes et nos aînés aient accès aux mêmes formations dans les universités suisses, liés par cette dévorante soif d'apprendre. Dans le monde académique, l'enseignement, certes à l'origine de la transmission du savoir, est souvent relégué au second plan, après la recherche. Ce «mot de la fin» est dédié aux acteurs de la formation, à ceux qui se consacrent à transmettre leur savoir en Suisse. Pour ma part, j'espère rester aussi flexible quant aux changements à venir, qu'il s'agisse de la couleur des cheveux des auditeurs ou de la prolifération des portables. Je reste convaincu qu'en tant qu'êtres humains, nous ne nous reposons pas sur nos acquis, mais acceptons, au contraire, de ne pas tout savoir, d'où la volonté de se former, de s'instruire et de se perfectionner.

Vous trouverez plus d'informations sur l'offre des universités des aînés auprès de la Fédération suisse des universités des seniors U3 Suisse (<https://uni-3.ch/fr/>).



Établissez des ordonnances de manière simple et numérique, directement dans le logiciel de votre cabinet – avec le service E-Ordonnance Suisse de HIN.

E-ORDONNANCE

En savoir plus

Collaboration simple et sécurisée dans le système de santé suisse

www.hin.ch/e-ordonnance



Iron up my life

Viyana® – pour vos patientes souffrant de fatigue*, ayant une assurance complémentaire.^{#,1,2}

Vérifier la couverture par les assurances complémentaires sur :



viyana.ch



Fabriqué par CSL Vifor à St-Gall
– tout comme Ferinject®.

* Lorsqu'un traitement ferrique oral n'est pas suffisamment efficace, est inefficace ou impossible.

[#] Dans de nombreux cas, les coûts d'un traitement de la carence en fer par Viyana® sont pris en charge par les assurances complémentaires. Mise à jour de l'information : janvier 2024.

Références : **1.** Information professionnelle Viyana® : www.swissmedinfo.ch. **2.** Favrat B, et al. Evaluation of a single dose of ferric carboxymaltosum in fatigued, iron-deficient women – PREFER a randomized, placebo-controlled study. PLoS One 2014;9(4): e94217.

Les professionnels de la santé peuvent exiger de Vifor Pharma Switzerland SA une copie intégrale du rapport sur l'essai clinique cité.

Ferinject® et Viyana®. C : Carboxymaltose ferrique. **I :** Carence martiale lorsque le traitement par fer oral n'est pas suffisamment efficace, inefficace ou impossible. **Po :** La dose totale cumulée de Ferinject®/Viyana® doit être calculée individuellement. Ferinject®/Viyana® peut être administré en perfusion i.v. (dilué dans 0.9 % NaCl) ou en injection i.v. (non dilué) à des doses hebdomadaires de maximum 1000 mg. **CI :** Hypersensibilité au principe actif ou à l'un des excipients, anémie sans origine ferriprive confirmée, surcharge en fer, 1^{er} trimestre de la grossesse. **Préc :** Interroger les patients avant chaque administration de Ferinject®/Viyana® à la recherche d'EI liés à l'administration préalable de préparations i.v. à base de fer. Du personnel médical qualifié doit être immédiatement disponible, en mesure d'évaluer des réactions anaphylactiques et de les traiter. N'administrer que dans une structure dans laquelle tous les moyens de réanimation sont présents. Surveillance des patients pendant min. 30 min après administration, à la recherche de signes et de symptômes d'une réaction d'hypersensibilité. Une administration paraveineuse peut provoquer une coloration brune et est donc à éviter. Utiliser avec prudence lors d'infections aiguës ou chroniques, d'asthme ou d'allergies atopiques. Tenir compte de la teneur en sodium pouvant aller jusqu'à 5.5 mg/ml. Le fer parentéral peut entraîner une hypophosphatémie, généralement passagère et sans symptôme clinique. Des cas isolés d'hypophosphatémie nécessitant un traitement ont été rapportés chez des patients présentant principalement des facteurs de risque connus et ayant reçu une dose plus élevée pendant une période prolongée. En cas de traitement à haute dose/à long terme et de facteurs de risque, surveillance de l'ostéomalacie hypophosphatémique. Consulter un médecin en cas d'arthralgie ou de douleurs osseuses. **GA :** CI pendant le 1^{er} trimestre. Utilisation durant les 2^e et 3^e trimestres seulement sur indication stricte. Une bradycardie foetale peut survenir suite à une réaction d'hypersensibilité chez la mère ; le fœtus doit être suivi pendant l'administration. **EI :** Fréquents : hypophosphatémie, céphalées, rougeur du visage (flush), vertiges, hypertension, nausées, réactions au site d'injection/de perfusion. Occasionnels : réactions d'hypersensibilité de type immédiat, paresthésies, tachycardie, hypotension, rougeurs, dyspnée, troubles gastro-intestinaux, dysgueusie, rash, prurit, urticaire, érythème, myalgies, arthralgies, crampes musculaires, fièvre, fatigue, œdème périphérique, frissons, douleurs, élévation du taux d'AST, ALT, gamma-GT, LDH et ALP. **IA :** L'administration simultanée avec des préparations orales de fer en réduit l'absorption. **Prés :** 5 flacons de 100 mg (2 ml) ou 500 mg (10 ml), 1 flacon de 500 mg (10 ml) ou de 1000 mg (20 ml). **Liste B.** Informations détaillées : www.swissmedinfo.ch. Titulaire de l'autorisation : **Vifor (International) Inc., CH-9001 Saint-Gall**. Distribution : **Vifor Pharma Switzerland SA, CH-1752 Villars-sur-Glâne**. Mise à jour de l'information : avril 2022.