

BULLETIN DES MÉDECINS SUISSES & SWISS MEDICAL FORUM

Numéro 16
17 avril 2024



12 MHS et présidence
Entretien avec Martin Fey
et Barbara Tettenborn

18 **Maladie d'Alzheimer**
Les promesses des
biomarqueurs sanguins

26 **Rapport de gestion**
Les étapes clés de la
FMH en 2023

46 **Cancer du col de l'utérus**
Prise de position de la Société
Suisse de Cytologie



PRÉSENTATION DE LIVRE

Éditions médicales suisses EMH



Publié par Patricia Hirt-Minkowski

Manuel de néphrologie – Guide pratique

La prise en charge des patientes et patients atteints de maladies rénales pose souvent un défi au quotidien clinique. Cela a incité l'auteure à rédiger un manuel de néphrologie qui s'adresse aux médecins assistants et médecins assistants hospitaliers

en formation de médecine interne. Le manuel de néphrologie offre une aide compacte et orientée sur la pratique dans le traitement des patientes et patients atteints de maladies rénales.



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

L'amélioration des soins aux patients toujours en ligne de mire



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

L'organe scientifique de la médecine hautement spécialisée en Suisse connaîtra un changement de présidence en avril. Après dix ans d'activité engagée pour la planification intercantonale de thérapies complexes et coûteuses, Martin Fey se retire de son poste et passe le flambeau à Barbara Tettenborn. Dans un entretien croisé qu'ils nous ont accordé, nous apprenons ce qui a été réalisé au cours des dernières années, où subsistent encore les points cruciaux et sur quoi la nouvelle présidente souhaite mettre l'accent. La présidence de l'organe scientifique MHS est une fonction parfois très politique qui est exposée aux hostilités. Mais Barbara Tettenborn déclare à juste titre: «Le véritable objectif est toujours d'améliorer les soins. Quand on ne connaît pas le monde médical, impossible de savoir où on sera bien ou mal soigné. Notre mission est de garantir la qualité.» Retrouvez l'entretien croisé à partir de la page 12.

Un autre thème hospitalier est abordé dans la rubrique Organisations. À l'Hôpital universitaire de Bâle, un modèle a été développé afin d'identifier et de sensibiliser au mieux le personnel médical aux besoins des patientes et patients. Dans le contexte actuel de pénurie de personnel et de pression sur les coûts, il sera de plus en plus difficile de fournir les meilleurs soins médicaux possibles. Face à ces évolutions, l'importance d'une approche centrée sur le

patient, et donc de soins médicaux spécifiquement adaptés aux besoins personnels des patientes et patients, ne cesse de croître. Il est prouvé que cette approche a des effets positifs sur le processus de guérison et la qualité de vie des malades. Vous en saurez plus à ce sujet à partir de la page 40.

La présidence de l'organe scientifique MHS est une fonction parfois très politique qui est exposée aux hostilités.

Et pour que vous restiez à jour dans les domaines les plus divers, nous vous avons préparé des actualités spécialisées de différents teneurs. Dans le «Weekly Briefing» du Swiss Medical Forum, vous trouverez des nouvelles médicales du monde entier, présentées par Lars Huber et Martin Krause. Juste après, vous pourrez lire la prise de position de la Société Suisse de Cytologie sur le dépistage du cancer du col de l'utérus. En page 18, Adrian Ritter met en lumière les derniers développements sur la maladie d'Alzheimer et, en page 70, Johannes Kaesmacher, du Stroke Research Center de l'Hôpital de l'Île, explique dans un entretien les résultats de son étude sur l'utilisation d'une thérapie de thrombolyse intraveineuse en cas d'accident vasculaire cérébral.

Annonce



EMPLOIS

Bulletin des médecins suisses

À consulter
maintenant!

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

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

jobs.saez.ch





Hyperiplant[®] Rx

Extrait spécial de millepertuis WS[®] 5570

- Aussi efficace qu'un ISRS en cas de dépression modérée^{1,2}
- 10x moins d'effets indésirables par rapport aux ISRS*³
*Fluoxétine, paroxétine, sertraline, fluvoxamine
- Aucun allongement de l'intervalle QT⁴

En cas de dépression
légère à moyenne

Extrait spécial de millepertuis WS[®] 5570



Admis aux caisses, liste B¹

1 x prise quotidienne
pour une observance élevée¹

Double quantification¹
(hyperforine et hypéricine)

Information professionnelle abrégée Hyperiplant[®] Rx

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

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



Schwabe
Pharma AG
From Nature. For Health.

Zoom sur



12

«La régulation ne se fera pas toute seule»

Changement de présidence La planification intercantonale de la médecine hautement spécialisée (MHS) est une question complexe et controversée. L'organe scientifique MHS doit donc clarifier les choses et faire des recommandations. Entretien avec Martin Fey, le président sortant, et Barbara Tettenborn, qui lui succède.

Propos recueillis par Simon Koechlin

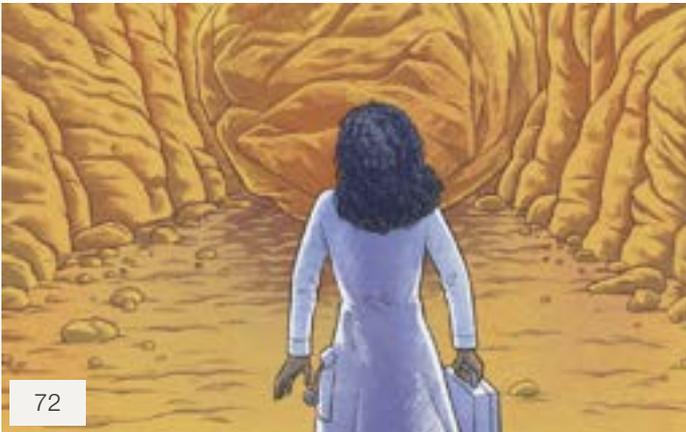


18

Un simple test

Biomarqueurs De nouveaux médicaments pour le traitement de la maladie d'Alzheimer sont attendus prochainement. Un diagnostic précoce et précis pourrait être bientôt simplifié par des biomarqueurs sanguins et orienter ainsi la prise en charge. Perspectives.

Adrian Ritter



72

Au-delà des soins aux patients

Carrière Nombre de jeunes médecins sont dépités par la profession. Que pourraient-ils faire de leurs connaissances et compétences professionnelles? Quelle voie s'offre à eux quand la prise en charge des patients, l'essence même de la médecine, n'est plus à l'ordre du jour?

Jürg Unger

Annonce



PRÉSENTATION DE LIVRE

Éditions médicales suisses EMH

Anne-Christine Loschnigg-Barman, Judith Alder
Parfois maman est fatiguée



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

Sommaire

3	Éditorial de Sandra Ziegler L'amélioration des soins aux patients toujours en ligne de mire	30	ISFM Une année intense et des chiffres toujours aussi élevés
8	CONTENU ÉDITORIAL	34	FMH Actuel Santé planétaire: l'enquête de l'ASMAC Suisse
8	Actualités	38	Nouvelles du corps médical
8	À la page Un motif pour bouger	40	ORGANISATIONS
12	À la une «La régulation ne se fera pas toute seule»	40	Hôpital universitaire de Bâle Une gestion hospitalière centrée sur le patient
18	Article de fond Un simple test	43	SWISS MEDICAL FORUM
21	Forum Des tiques, deux Suisses et trois agents pathogènes	44	Weekly Briefing de Lars C. Huber et Martin Krause
22	Communications	46	Actuel Dépistage du cancer du col de l'utérus: quoi de neuf?
70	Savoir En cas d'AVC, chaque minute compte	48	Quel est votre diagnostic? Une infection avec pancytopenie lourde de conséquences
72	Cabinet malin Au-delà des soins aux patients	51	Le cas particulier Candidémie sous inhibiteur du SGLT2
74	Le mot de la fin de Sarah Bourdely Question de point de vue	54	Le cas particulier Complication rare d'une agénésie de la veine cave supérieure
23	FMH	57	Forum En toute transparence
24	Analyse de la semaine du Comité central Moins de politique, plus de transparence et écouter les médecins!	58	SERVICES
26	FMH Actuel Publication du rapport de gestion 2023 de la FMH	58	Offres et demandes d'emploi
		62	Séminaires et événements
		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

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

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

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

Abonnements membres FMH: FMH Fédération des médecins suisses, Elfenstrasse 18, 3000 Berne 15, tél. +41 31 359 11 11, dlm@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: © Nicolas Zonvi

Tilur®

L'AINS fort comme un lion^{1,2} et bien toléré²⁻⁶



En cas d'arthrose⁴

En cas de lumbago⁸

En cas d'états inflammatoires
(articulations, muscles, tendons)⁹

seulement
40%
d'élimination
rénale^{3,7}



Admis par les caisses-maladie

Tilur® | **Tilur® retard** : **C** : 1 capsule de Tilur® contient 60 mg d'acémétacine, 1 capsule de Tilur® retard contient 90 mg d'acémétacine. **P** : posologie usuelle de Tilur® : 1 capsule de Tilur® 1 à 3 fois par jour; 1 capsule de Tilur® retard 1 à 2 fois par jour. **I** : polyarthrite rhumatoïde, affections articulaires dégénératives, maladie de Bechterew, goutte, états inflammatoires des articulations, muscles et tendons, téno-synovites, bursites, lumbago. **CI** : hypersensibilité au principe actif ou à l'un des excipients, anamnèse de bronchospasme, 3e trimestre de la grossesse et allaitement, ulcères gastriques et/ou duodénaux actifs, maladies inflammatoires de l'intestin, troubles sévères de la fonction hépatique, insuffisance rénale sévère. **MG/PC** : pour tous les AINS : possibles ulcérations gastro-intestinales; un risque accru de complications thromboemboliques ou cardiovasculaires ne peut être exclu. Des lésions rénales ont été observées lors d'un traitement à long terme par AINS. Non recommandé sans surveillance par examens de laboratoire chez les patients présentant une affection rénale à un stade avancé. Tilur® peut augmenter le taux sérique de potassium. Rares réactions cutanées graves. Les céphalées et les vertiges peuvent affecter la conduite de véhicules ou l'utilisation de machines. Prudence chez les patients atteints de troubles psychiques, d'épilepsie ou de la maladie de Parkinson et chez les patients présentant des affections hépatiques. Inhibition possible de l'agrégation plaquettaire. **IA** : méthotrexate, diurétiques de l'anse. **EI** : acouphènes, effets indésirables gastro-intestinaux, céphalées, vertiges, troubles de la fonction hépatique. **G/A** : il faut renoncer à toute utilisation pendant la grossesse et l'allaitement. **Prés.** : capsules de Tilur® : 20* et 50*, *admis par les caisses-maladie; capsules de Tilur® retard : 20* et 50*, *admis par les caisses-maladie. **Catégorie de vente** : B. Titulaire de l'autorisation : Drossapharm SA, Bâle. Plus d'informations sur www.swissmedinfo.ch. Mise à jour : janvier 2023.

Références : 1 Jacobi H., Dell H.-D.: *Arzneim.-Forsch./Drug Res.* (II), 1348-1362 (1980); 2 Pelster B (1993). Retardierte NSAR bei aktivierten Arthrosen. Acemetacin und Diclofenac im Doppelblindvergleich. *Z. Allg. Med* 69: 1033-1038. 3 Ribeiro H. et al. Non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs), pain and aging: Adjusting prescription to patient features. *Biomedicine & Pharmacotherapy* 150 (2022) 112958 4 Leeb BF et al. (2004). Behandlung der Gonarthrose. Wirksamkeit und Verträglichkeit von retardiertem Acemetacin im Vergleich zu Celecoxib. *Orthopäde* 33: 1032-1041. 5 Sedman E (1994): Recent Research on Acemetacin in the UK. *Topics in Arthritis and Rheumatism*, Raven Press New York. 6 Reetzler H, 1985. In: Miehke K (Hrsg.), *Moderne Antirheumatika – ihre Stellung in einem Gesamtherapiekonzept unter Berücksichtigung der Multimorbidität*. pmi Verlag, Frankfurt, 48 – 57. 7 Reetzler H. Nicht steroidale Antirheumatika. Kriterien für eine rationale Auswahl. *Fortschr. Med* 102, 497-502 (1984). 8 Laws D(1994). Double blind parallel group investigation in general practice of the efficacy and tolerability of Acemetacin in comparison with diclofenac in patients with acute low back pain. *Br J Clin Res* 5: 55-64. 9 Informations spécialisées Tilur®/retard, www.swissmed.ch. Toutes les références sont disponibles sur demande auprès de Drossapharm. *Inhibition des PG: inhibition de la synthèse des prostaglandines

DROSSA PHARM

03/2024



© Alexandre Bourguet

L'Hôpital fribourgeois propose un escape game pour favoriser le rétablissement des patientes et patients par le mouvement.

À la page

Un motif pour bouger

Prévention Hôpital et alitement vont souvent de pair. Or, selon des études, l'immobilité ne serait pas sans conséquence sur les complications de santé en milieu hospitalier. Afin de redonner de l'élan aux patientes et patients, l'Hôpital fribourgeois (HFR) a introduit des activités qui sortent de l'ordinaire, à l'image d'un escape game.

Lucas Vallois

Un escape game pour encourager les patientes et patients, en particulier les plus de 65 ans, à bouger et à s'échapper de leur quotidien hospitalier: voilà l'une des mesures mises en place par l'Hôpital fribourgeois (HFR) pour lutter contre l'immobilité et la morosité. «Depuis l'automne 2023, des personnes hospitalisées se hâtent ici et là avec leurs statifs dans le site fribourgeois et s'activent dans leurs chambres, ce qui est bon pour leur rétablissement», se réjouit Aline Schuwey, directrice des soins de l'HFR.

Après avoir été évalués physiquement et cognitivement aptes par l'équipe de physiothérapeutes, et s'être portés volontaires, les patients du service de médecine interne et de chirurgie reçoivent un carnet de voyage pour participer à l'«escape hôpital». Ce dernier comprend onze étapes pour faire le «tour du monde en quelques pas». Remplir son passeport, s'habiller, se munir de son téléphone pour prendre des clichés de son périple, chercher son billet d'avion au local d'ergothérapie de l'hôpital sont les prémices du jeu. Viennent ensuite

sept étapes au cours desquelles les patients doivent résoudre mots croisés, rébus et puzzles. Disséminés sur les neuf étages de l'établissement, des indices affichés aux murs des corridors guident les participants dans le dédale de l'HFR. Des chaises sont disposées tous les 30 mètres et des mains-courantes – qui manquaient avant l'introduction de l'activité – ont été installées dans tous les couloirs afin de garantir leur sécurité. Chaque devinette pousse ainsi les patients à se mouvoir dans différents endroits du site. Une fois le jeu bouclé dans les 72 heures imparties, les joueurs obtiennent un tampon sur leur carnet et repartent avec une carte postale à envoyer à leurs proches.

Pour les moins mobiles, l'«escape room», une seconde variante limitée à leur chambre, a été imaginée par l'équipe d'Olivier Rime, responsable du projet et du service physio- et ergothérapie de l'HFR. Ces deux dispositifs ont été pensés pour agir précocement sur le rétablissement des patients par le mouvement et le contact social, rapporte Olivier Rime.

Données empiriques et habitus

«À ma connaissance, il n'y a pas de pilule pour remplacer l'activité physique», lance le responsable du projet. Et d'ajouter que «les données empiriques attestent des bénéfices de l'activité physique». Pourtant, sur 24 heures, les patients les plus mobiles resteraient inactifs 91% du temps. Quant aux personnes dépendantes de moyens auxiliaires, par exemple d'un statif ou d'une sonde, elles passeraient 99,8% du temps couchées ou assises [1].

L'effet psychologique de l'environnement hospitalier, «le lit, la chaise, la télévision et la blouse d'hôpital conduisent à adopter cet habitus», souligne la directrice des soins. Conséquences possibles: une diminution de 1 à 5% par jour de la force musculaire, du contrôle postural, du volume plasmatique, du flux sanguin intramusculaire, et l'apparition de risques d'infections et d'escarres [2]. Pour atténuer ces complications, les patients devraient faire au moins 900 pas par jour, d'autant plus qu'au premier jour de leur sortie ils effectueraient le double [3]. «Leur potentiel est donc sous-exploité», déclare Olivier Rime.

En 2018, le National Health Service du Royaume-Uni avait mis en œuvre une campagne similaire, intitulée la «pyjama paralysis». Ce dispositif aurait réduit de 27% le nombre de chutes, de 67% les escarres de pression et de 1,8 jour la durée du séjour. Qu'en est-il du projet de l'HFR après neuf mois de campagne?

Premiers effets et écueils

Si les premiers effets de l'escape game sont d'emblée visibles émotionnellement, il manque toutefois encore des données concrètes à l'instar de la campagne anglaise, rapporte Aline Schuwey. Des études en interne, afin de récolter des données précises, seront menées prochainement, explique-t-elle. Olivier Rime l'atteste: «Depuis l'introduction des mesures de mobilité il y a deux ans, on voit les patients se transformer.» À noter que d'autres dispositifs en sus visent à motiver les patients – troquer sa blouse pour ses habits, flash mobs en musique, cours de fitness chaque après-midi – et ont été étendus à l'ensemble du site, confie l'instigateur du projet. En revanche, selon lui, des écueils perdurent. Certains patients refuseraient catégoriquement d'y participer, tandis qu'en matière de collaboration interprofessionnelle avec les médecins, «le tournus du personnel médical et leur charge de travail compliquent leur implication. Cela explique en partie pourquoi ils suivent le schéma conventionnel du diagnostic et du traitement alors qu'ils pourraient prescrire de l'activité physique», conclut Olivier Rime. Un statu quo qu'il souhaiterait voir évoluer rapidement.



Références

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

Quoi de neuf?

Nouveau médecin-chef en orthopédie et traumatologie à Bâle



Prof. Dr méd.
Marc Andreas
Müller

USB Le Prof. Dr méd. Marc Andreas Müller devient professeur clinique d'orthopédie/traumatologie à la Faculté de médecine de l'Université de Bâle. Son engagement prendra effet le 1^{er} avril et est lié à sa nomination en tant que médecin-chef de la clinique d'orthopédie et de traumatologie de l'Hôpital universitaire de Bâle (USB). Andreas Müller est professeur titulaire d'orthopédie et de traumatologie à l'Université de Bâle depuis 2020, comme l'indique un communiqué. Depuis 2022, il dirige la clinique d'orthopédie et de traumatologie de l'USB en tant que médecin-chef par intérim. Il a étudié la médecine humaine à l'Université de Bâle, où il a obtenu son doctorat en 2005 et son habilitation en 2014. Sa formation clinique s'est déroulée à l'Hôpital Triemli de Zurich et à l'USB. Il a également effectué des séjours de recherche à l'AO Research Institute de Davos et au Beth Israel Deaconess Medical Center de la Harvard Medical School à Boston (États-Unis). Ses recherches se concentrent sur la biomécanique fonctionnelle. Sur le plan clinique, Andreas Müller est spécialisé dans la chirurgie de l'épaule et du coude et dirige depuis de nombreuses années l'équipe correspondante à l'USB.

Andreas Heigl a été promu médecin-chef adjoint



Dr méd. Andres
Heigl

KSBL Le Dr méd. Andres Heigl devient médecin-chef adjoint de la clinique de chirurgie et de chirurgie viscérale de l'Hôpital cantonal de Bâle-Campagne (KSBL). Il y travaille depuis 14 ans, d'abord comme chef de clinique et depuis huit ans en tant que médecin adjoint. Andres Heigl a fait ses études de médecine humaine à l'Université de Zurich et a obtenu son diplôme d'État en 2001. Ses années de formation postgraduée l'ont amené à travailler en tant que médecin-assistant et chef de clinique dans plusieurs hôpitaux de Suisse alémanique. Heigl s'est concentré sur la formation continue en chirurgie et a obtenu le titre de médecin spécialiste en 2008. Celui-ci a été suivi en 2015 d'une spécialisation plus poussée, axée sur la chirurgie viscérale, notamment la chirurgie des tumeurs. Ses domaines de prédilection sont la chirurgie du foie et du pancréas ainsi que la coloproctologie. Andres Heigl s'intéresse particulièrement aux processus de gestion de l'hôpital, ce qui l'a conduit à suivre un eMBA en gestion médicale après sa formation médicale initiale et continue. Il l'a terminé en 2022.

Au cœur de la science

L'infection persiste malgré la thérapie

Mucoviscidose La trithérapie de la mucoviscidose, disponible en Suisse depuis 2020, n'empêche pas la formation, à la surface des voies respiratoires, de «points d'ancrage» auxquels les bactéries s'arriment pour infecter l'organisme. C'est le résultat d'une étude menée par des scientifiques de l'Université de Genève (UNIGE) sur des modèles 3D de cellules issues de poumons humains. «Une partie non négligeable des personnes sous ce traitement souffrent toujours d'inflammations et d'infections respiratoires. En comprendre la raison est essentiel afin d'améliorer la prise en charge des malades», explique Marc Chanson, professeur ordinaire au Département de physiologie cellulaire et métabolisme de la Faculté de médecine de l'UNIGE et membre du Centre de recherche sur l'inflammation de Genève, qui a dirigé ces travaux. La mucoviscidose est une maladie génétique provoquant des dysfonctionnements respiratoires et digestifs graves, parfois mortels.

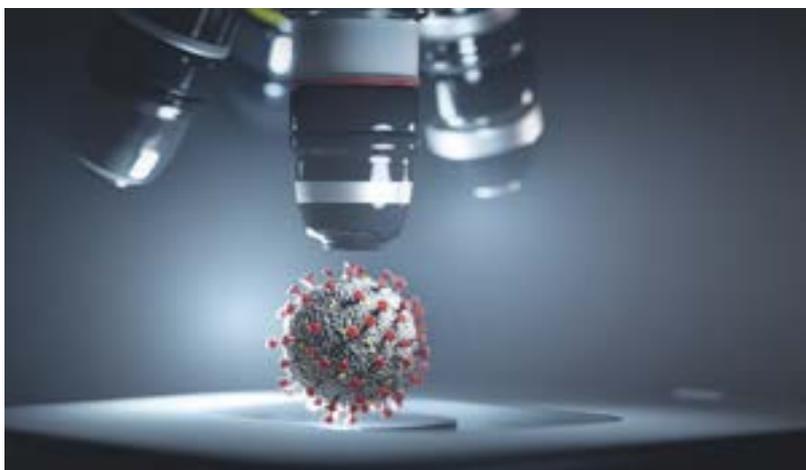
doi.org/10.1165/rcmb.2023-0408OC

Un casque contre les maladies cérébrales

Électrostimulation Un casque thérapeutique personnalisé pourrait à l'avenir influencer positivement l'évolution de maladies telles qu'Alzheimer et Parkinson. L'appareil a été développé par la spin-off bâloise Bottneuro, comme l'indique l'Université de Bâle. La technologie se base sur l'hypothèse que les maladies cérébrales dégénératives peuvent être traitées par la stimulation électrique de certaines zones du cerveau. La stimulation ciblée à travers la boîte crânienne est toutefois une entreprise difficile en raison des différentes formes et tailles de tête. «Jusqu'à présent, les patients devaient se rendre à l'hôpital pour suivre des thérapies avec des systèmes similaires», indique le Dr Bekim Osman, cofondateur et CEO de Bottneuro. Selon le Prof. Raphael Guzman, médecin-chef en neurochirurgie à l'Hôpital universitaire de Bâle, les appareils de stimulation mobiles ont un potentiel pour le traitement des patientes et patients atteints de maladies neurologiques. Mais le chemin vers une preuve d'efficacité est encore long: «Il faut pour cela effectuer des études cliniques randomisées avec des personnes concernées.»

Divers

CoronaVirus Network de l'OMS



© Michal Bednarek / Dreamstime

L'UNIGE et les HUG font désormais partie du réseau de recherche CoViNet.

Réseau international CoViNet – pour CoronaVirus Network – est un réseau international de recherche qui vise la détection, l'analyse et la surveillance précoces des coronavirus dans le monde. Lancé début 2024 par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et déjà déployé dans vingt pays, il accueille désormais le Centre des maladies virales émergentes de l'Université de Genève (UNIGE) et des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), ainsi que l'Institut fédéral de virologie et d'immunologie (IVI), qui collabore avec la Faculté Vetsuisse de l'Université de Berne (UNIBE).

Le centre de l'UNIGE et des HUG travaillera sur les nouveaux virus émergents chez l'homme. «Nous voulons mieux comprendre l'évolution du virus. Depuis 2021, nous coordonnons la surveillance nationale du SARS-CoV-2 à l'échelle de la Suisse. Nos recherches visent à com-

prendre si et pourquoi les nouveaux variants du virus échappent aux anticorps des vaccins ou de l'infection et si les tests de diagnostic donnent toujours des résultats fiables», explique Isabella Eckerle, codirectrice du centre, qui pilotera les activités genevoises du CoViNet.

L'équipe de l'IVI, en collaboration avec la Faculté Vetsuisse et le Centre multidisciplinaire pour les maladies infectieuses de l'UNIBE (MCID), se focalisera sur l'apparition de ces virus chez les humains et les animaux.

Citation de la semaine

«On entend souvent que le système de santé suisse est excellent. Mais cette affirmation repose majoritairement sur une simple autodéclaration.»

Prof. ém. Dr méd. Martin Fey

Le président sortant de l'organe scientifique MHS se prononce dans l'interview en page 12.



© Nicolas Zorivi

Personnalité de la semaine

Elle sera médecin cantonale en Argovie



Dre méd. Claudine Mathieu Thiébaud

Santé publique La Dre méd. Claudine Mathieu Thiébaud a été nommée médecin cantonale et responsable de la section des services médicaux au sein du département de la santé du canton d'Argovie. Ce poste était vacant depuis 2022 et dirigé par intérim par le Dr méd. Jakob Walbert. Claudine Mathieu Thiébaud, qui prendra ses nouvelles fonctions le 1^{er} août prochain, est prête à relever le défi: «Ce qui m'attire dans le rôle de médecin cantonale, c'est d'être active à l'interface de la médecine, de la santé publique et de la politique de santé.»

Âgée de 56 ans, Claudine Mathieu Thiébaud a étudié la médecine aux universités de Fribourg et de Lausanne, où elle a soutenu sa thèse en 2001. Elle détient deux titres de spécialiste en médecine interne et en néphrologie. Elle est en outre titulaire d'un Master of Business Administration avec spécialisation en économie de la santé de l'Université de Genève. Actuellement, elle suit une formation complémentaire en santé publique au King's College de Londres.

Claudine Mathieu Thiébaud a travaillé à Unisanté, au Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, pour le groupe Hirslanden et aux Hôpitaux universitaires de Paris. L'ancienne directrice des relations extérieures et membre de la

direction générale des Hôpitaux Universitaires de Genève a d'ailleurs été membre de la direction du groupe international de cliniques privées «European Medical Centers» de 2018 à 2020. Depuis 2021, elle est cheffe du Service de la santé publique (SSP) du canton de Fribourg. «Après plus de trois ans à la tête du SSP, où les thématiques sont très variées, je souhaite à l'avenir me concentrer davantage sur les aspects médicaux de la santé publique», indique la médecin.

En effet, le canton d'Argovie poursuivra d'importants projets stratégiques durant les prochaines années, regroupés au sein d'une planification globale de la politique de santé. Selon la nouvelle médecin cantonale, ces projets concernent notamment les soins intégrés et coordonnés, le renforcement de la promotion de la santé et de la prévention ainsi que les prestations hospitalières. «Concrètement, la garde médicale d'urgence est en train d'être réorganisée, la promotion de la densité des médecins de famille doit être améliorée et le programme de dépistage des mammographies doit être introduit à partir de 2025.» Autant de défis que l'interniste bilingue est prête à relever: «Je me réjouis de cette mission passionnante dans un grand canton dynamique.»

Repéré



© Peter Holstetter / Dreamstime

Riz biofortifié Des scientifiques de l'Université de Genève, de l'ETH Zurich et de la National Chung Hsing University de Taïwan ont mis au point une lignée de riz dont la teneur en vitamine B1 a été augmentée. Les grains de riz ont habituellement une faible teneur en vitamine B1. Une carence en ce micronutriment est à l'origine de nombreuses maladies des systèmes nerveux et cardiovasculaire. doi.org/10.1111/pbi.14348



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

«La régulation ne se fera pas toute seule»

Changement de présidence La planification intercantonale de la médecine hautement spécialisée (MHS) est une question complexe et controversée. L'organe scientifique MHS doit donc clarifier les choses et faire des recommandations. Entretien avec Martin Fey, le président sortant, et Barbara Tettenborn, qui lui succède.

Propos recueillis par Simon Koechlin

Martin Fey, vous avez été membre de l'organe scientifique MHS pendant dix ans, dont sept en tant que président. Vous quittez ces fonctions. Pourquoi maintenant?

Martin Fey: J'ai annoncé mon départ il y a plus d'un an. Il ne faut pas s'accrocher au poste dans ce type de fonctions.

Barbara Tettenborn, vous êtes membre de l'organe scientifique depuis 2015. Pourquoi est-ce le bon moment, pour vous, de prendre la présidence?

Barbara Tettenborn: Je suis bien formée et familiarisée avec les enjeux politiques de la planification de la MHS. De plus, je suis très motivée et j'ai actuellement le temps de me consacrer à cette charge importante.



«Nous ne réglons que 1 à 2% des types d'interventions des cliniques spécialisées.»

Prof. ém. Dr méd. Martin Fey
Président sortant de l'organe scientifique MHS

La planification intercantonale MHS prévoit de ne confier les traitements et opérations rares, complexes et onéreux qu'à quelques centres de compétences en Suisse. Est-il nécessaire que l'État intervienne ainsi?

Barbara Tettenborn: Il est régulièrement reproché aux attributions MHS de ne répondre qu'à des critères politiques. Le véritable objectif est toujours d'améliorer les soins. Quand on ne connaît pas le monde médical, impossible de savoir où on sera bien ou mal soigné. Notre mission est de garantir la qualité.

Martin Fey: Un exemple: nous avons attribué un mandat de prestations MHS pour le traitement très complexe des can-

cers de la vulve et du vagin et des cancers cervicaux; ces traitements étaient assurés par 77 hôpitaux en Suisse, deux fois par an seulement pour un tiers d'entre eux. On ne peut tout simplement pas cautionner ça.

Parce que la qualité de traitement est plus faible dans les hôpitaux où il y a moins de cas?

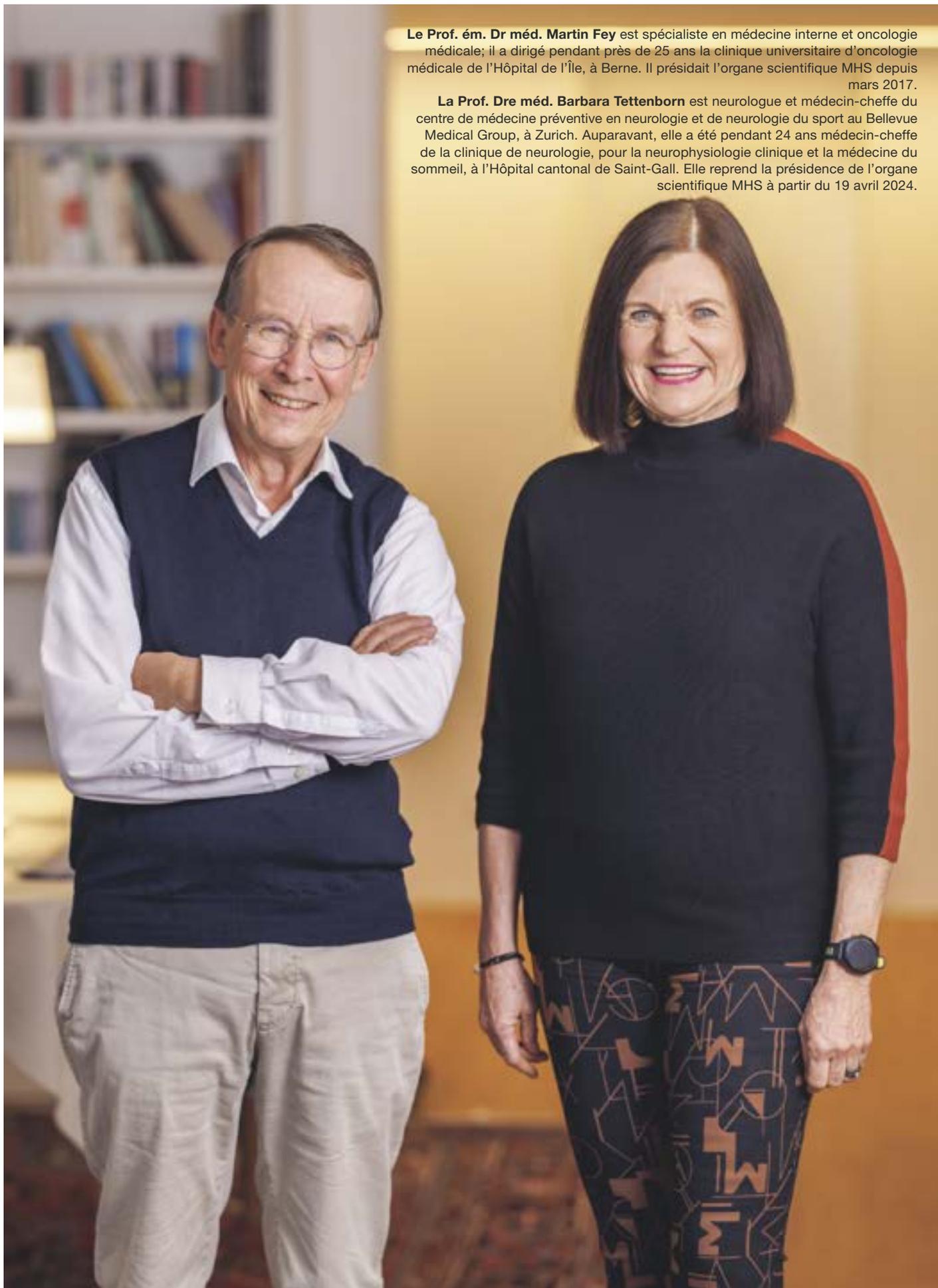
Martin Fey: Oui. Dans quasiment tous les domaines, de très bonnes études montrent une étroite corrélation entre le

La médecine hautement spécialisée en Suisse

En 2008, les cantons ont signé une convention sur la médecine hautement spécialisée. Pour améliorer la qualité, ils s'engagent à confier les interventions complexes, en cas de maladie rare, à un nombre limité de centres de compétences. C'est l'organe de décision MHS (composé des directrices et directeurs de la santé de dix cantons) qui décide quels domaines sont rattachés à la médecine hautement spécialisée (MHS) et quels hôpitaux peuvent intervenir. Cet organe de décision est soutenu par un organe scientifique MHS, composé de 15 spécialistes de différentes disciplines médicales, qui élabore des propositions, fixe les conditions de fourniture des prestations et formule des recommandations pour l'attribution de ces dernières. Actuellement, 14 domaines sont rattachés à la MHS, allant de la transplantation d'organes et des implants cochléaires à la pédiatrie hautement spécialisée et la chirurgie pédiatrique, en passant par les brûlures graves.

Le Prof. ém. Dr méd. Martin Fey est spécialiste en médecine interne et oncologie médicale; il a dirigé pendant près de 25 ans la clinique universitaire d'oncologie médicale de l'Hôpital de l'Île, à Berne. Il présidait l'organe scientifique MHS depuis mars 2017.

La Prof. Dre méd. Barbara Tettenborn est neurologue et médecin-chef du centre de médecine préventive en neurologie et de neurologie du sport au Bellevue Medical Group, à Zurich. Auparavant, elle a été pendant 24 ans médecin-chef de la clinique de neurologie, pour la neurophysiologie clinique et la médecine du sommeil, à l'Hôpital cantonal de Saint-Gall. Elle reprend la présidence de l'organe scientifique MHS à partir du 19 avril 2024.



nombre de cas et la qualité. Il faut régler les choses, car la régulation ne se fera pas toute seule. Une partie des collègues estiment certes qu'il n'est peut-être pas très judicieux de ne faire que deux pancréatectomies par an, mais l'autocritique n'est malheureusement pas systématique.

Pourquoi?

Barbara Tettenborn: Souvent pour des questions de renommée. On ne veut pas se cantonner aux opérations les plus simples.



«Le véritable objectif de l'attribution MHS est toujours d'améliorer les soins.»

Prof. Dre méd. Barbara Tettenborn
Nouvelle présidente de l'organe scientifique MHS

Comment sont prises les décisions de rattachement d'une intervention à la MHS?

Barbara Tettenborn: Le critère le plus important est la rareté. Viennent ensuite la complexité du traitement, le potentiel d'innovation, l'investissement humain ou technique, ainsi que le degré d'interaction entre les différents spécialistes.

Et comment se fait l'attribution aux centres spécialisés?

Martin Fey: La procédure est divisée en deux étapes. Dans un premier temps, on décide si un secteur relève de la MHS

ou non, sur la base des critères précédemment cités. Puis l'organe scientifique établit les critères de sélection qui permettent d'ouvrir la procédure de candidature. Un hôpital doit pouvoir prouver qu'il a traité un nombre de cas suffisant; il doit avoir une infrastructure adaptée et respecter les exigences imposées pour être un établissement de formation postgraduée et de recherche clinique.

Et vous définissez le nombre de centres nécessaires?

Martin Fey: Oui. La législation nous demande de ne pas sous-estimer les capacités nécessaires, mais de ne pas les surestimer non plus. Nous travaillons en collaboration avec l'Observatoire suisse de la santé, qui fait des analyses démographiques et simule le nombre d'interventions nécessaires dans les prochaines années.

Barbara Tettenborn: Pour une intervention non urgente, comme une résection profonde du rectum, il est raisonnable de programmer le transfert du patient ou de la patiente de Poschiavo vers Zurich. Mais en cas d'urgence, l'attribution de la prestation doit se faire de manière à ce qu'un centre soit atteint à temps. Dans chaque région, il faut un centre dédié aux traumatismes et aux AVC.

En tant que président, sur quels domaines de la MHS avez-vous mis l'accent, Monsieur Fey?

Martin Fey: Nous avons mis sur le devant de la scène la pédiatrie, la neurochirurgie et une partie de la chirurgie viscérale. Nous nous sommes attelés à de nouvelles thématiques, comme l'oncologie gynécologique et l'urologie. Sans oublier les grands



«Nous avons créé un groupe de travail sur les critères de réintégration», explique Barbara Tettenborn.



© Nicolas Zorivi

Après sept années à la tête de l'organe scientifique MHS, Martin Fey passe le relais à Barbara Tettenborn.

classiques, qui sont là depuis le début: brûlures graves, transplantations, et les douze centres dédiés à la traumatologie. Nous avons surtout veillé à ce qu'il n'y ait plus aucune interruption entre les phases d'attribution, qui durent six ans.



«On entend souvent que le système de santé suisse est excellent. Mais cette affirmation repose majoritairement sur une simple autodéclaration.»

Prof. ém. Dr méd. Martin Fey
Président sortant de l'organe scientifique MHS

Vous dirigez l'organe scientifique MHS. Pourtant, c'est l'organe de décision, composé des directrices et directeurs de la santé, qui tranche. Quelle influence la politique a-t-elle sur les décisions?

Martin Fey: Elle en a peu, heureusement. Je félicite vraiment l'organe de décision. Dans la majorité des cas, ses décisions sont basées sur les faits. Je n'étais pas d'accord avec les arbitrages concernant les tumeurs graves de la moelle épinière. Cela concerne peut-être 20 cas par an. Nous avons proposé deux centres, basés en Suisse alémanique. L'organe de décision a estimé qu'il fallait tenir compte de la Suisse romande. Puis il a ajouté la Suisse centrale, etc. Nous avons maintenant cinq centres. Je ne trouve pas cela pertinent.

Avec la MHS, les petits hôpitaux notamment s'inquiètent pour leur avenir.

Martin Fey: Aucun service n'a encore fermé par manque de cas MHS. Nous ne régulons que 1 à 2% des types d'interventions des cliniques spécialisées, par exemple en chirurgie viscérale ou en gynécologie. Cependant, il est clair que les grands hôpitaux traitent de plus en plus de cas MHS. Et ont donc dû abandonner les opérations de type appendicite ou vésicule. Il n'est pas nécessaire d'aller à l'Hôpital de l'Île pour une hernie inguinale.

On ne peut plus opérer sans mandat de prestation. Mais il y a très peu de chance d'en récupérer un si aucun nouveau cas ne se présente. Est-ce exact?

Martin Fey: Je suis président sortant, et à ce titre j'ai une vision claire des choses. D'après la loi, nous devons planifier les capacités des hôpitaux en fonction des besoins. Dans le cadre d'une planification des attributions MHS en fonction des besoins, s'il n'y a pas de goulot d'étranglement, ni de temps d'attente exagéré, il n'est pas nécessaire de prévoir des hôpitaux supplémentaires.

Mais le nombre d'hôpitaux envisageables reste limité.

Martin Fey: C'est vrai. Pour les brûlures très graves, il y a deux centres, Zurich et Lausanne. Si l'un des deux abandonne cette spécialité, nous aurons un problème.

Barbara Tettenborn: L'organe scientifique prévoit de fixer un cadre pour ces questions. Pour apaiser un peu le monde

politique, nous avons créé un groupe de travail sur les critères de réintégration. À savoir sur les modalités de renouvellement de candidature pour les hôpitaux qui ont perdu l'attribution des prestations. Il faut aussi permettre de nouvelles candidatures.

Quelles sont les autres nouveautés programmées?

Barbara Tettenborn: Nous envisageons d'attribuer les prestations de chirurgie vasculaire à la MHS. Nous travaillons beaucoup sur l'octroi et le renouvellement des attributions. Et nous démarrons le controlling. Nous voulons savoir si les hôpitaux respectent leurs obligations ou s'ils continuent d'agir comme avant, bien que n'ayant reçu aucune attribution.



«Je suis complètement en phase avec ce que je fais, et je suis persuadée que le concept de MHS est important pour le système de santé.»

Prof. Dre méd. Barbara Tettenborn
Nouvelle présidente de l'organe scientifique MHS

Cela peut être le cas?

Martin Fey: Oui, malheureusement.

Que faites-vous dans ces cas-là?

Martin Fey: Nous demandons à l'hôpital de prendre position et envoyons un signalement à la direction de la santé concernée. Cette dernière refuse alors de verser la part cantonale, et l'hôpital ne reçoit que 50% du montant de la facture.

Comment contrôlez-vous la qualité des traitements administrés par les cliniques MHS?

Martin Fey: Nous demandons qu'elles tiennent un registre MHS et fixons un seuil minimal d'exigences qualitatives.

Barbara Tettenborn: Dans les centres spécialisés dans les AVC, nous recueillons par exemple le «door to needle time», à savoir le nombre de minutes entre l'arrivée aux urgences et l'imagerie / le début du traitement.

Que vous disent ces informations?

Martin Fey: Les différences entre les hôpitaux sont très importantes. Certains enregistrent une durée deux fois plus longue que ce qui est prescrit. Nous exigeons alors des améliorations. Ce mécanisme n'intervient quasiment pas en dehors de la MHS. On entend souvent que le système de santé suisse est excellent. Mais cette affirmation repose majoritairement sur une simple autodéclaration. Il n'existe en Suisse aucun registre national, prospectif et validé, prouvant la qualité clinique des hôpitaux et des interventions sur plusieurs années. Quand on analyse les données des registres MHS, on obtient une image nuancée par rapport à cette autodéclaration. Certains déclarent qu'ils sont très bons, et c'est vrai. Mais ce n'est pas le cas de tout le monde.

Les registres prouvent-ils la pertinence de la MHS?

Martin Fey: Je suis absolument convaincu qu'il est nécessaire de centraliser certaines prestations médicales en Suisse. Mais la plupart de nos registres MHS sont trop récents et trop peu validés pour illustrer une augmentation de la qualité. Nous

ne pouvons l'affirmer que pour la transplantation d'organes, dont les chiffres sont excellents.

Barbara Tettenborn: Grâce au registre, l'organe scientifique peut vérifier la qualité et la maintenir à un niveau élevé. En Norvège, au Danemark ou aux Pays-Bas, la centralisation est beaucoup plus forte et cela fonctionne.

Comment la MHS va-t-elle évoluer à long terme?

Barbara Tettenborn: C'est difficile à dire. Les besoins vont peut-être changer. De nouveaux domaines vont éventuellement apparaître, avec les opérations assistées par des robots ou par l'AI. Certains domaines vont possiblement disparaître, car certaines interventions ne seront plus assurées en stationnaire. Or la MHS ne régleme que le domaine stationnaire.

Martin Fey: En urologie, nous avons envisagé de classer la néphrectomie partielle en MHS. L'ablation d'une tumeur sur une partie du rein est techniquement beaucoup plus compliquée que l'ablation totale du rein. Mais le patient ou la patiente conserve une meilleure fonction rénale. Cependant, des urologues de renommée nous ont exhortés à ne pas le faire. Sinon, certains petits hôpitaux auraient tendance à retirer simplement tout le rein, au lieu d'orienter les patientes et les patients vers un centre MHS.

Ce qui serait la plus mauvaise option pour le patient ou la patiente?

Martin Fey: Exactement.

Les milieux politiques cherchent à limiter la MHS.

Qu'est-ce que ça impliquerait?

Martin Fey: On constate une augmentation incontrôlée dans beaucoup de domaines. Si nous retirons certaines interventions de la MHS, elles seront de nouveau réalisées partout. Ce serait un recul.

Martin Fey, vous avez été parfois attaqué personnellement sur votre travail. Est-ce qu'il faut s'endurcir à l'organe scientifique MHS?

Martin Fey: Absolument. La coopération avec les milieux politiques et l'organe de décision a toujours été très agréable. Mais les attaques de certains chirurgiens m'ont troublé. Elles m'ont parfois même préoccupé.

Cela vous inquiète-t-il, Madame Tettenborn?

Barbara Tettenborn: Non. Je suis prête à affronter l'hostilité. Je suis complètement en phase avec ce que je fais, et je suis persuadée que le concept de MHS est important pour le système de santé. Et quand quelque chose m'énerve trop, je vais nager ou marcher une heure. Après, je vois les choses sous un autre angle.

Dymista®

L'original avec 10% de rabais
de franchise pour vos patient(e)s*.



- **Dymista®**: le traitement de 1^{ère} intention selon les dernières recommandations ARIA!¹
- **Dymista®**: soulagement de la congestion nasale deux fois plus efficace qu'avec une monothérapie avec du propionate de fluticasone ou du chlorhydrate d'azélastine seuls²
- **Dymista®**: premiers effets après 5 minutes³

Références: **1.** Bousquet J, et al. Next-generation ARIA guidelines for allergic rhinitis based on GRADE and real-world evidence. *J Allergy Clin Immunol* 2020;145(1):70–80. **2.** Meltzer E, et al. Clinically relevant effect of a new intranasal therapy (MP29-02) in allergic rhinitis assessed by responder analysis, post hoc analysis of phase III, multicenter, randomized, double blind, parallel group trial (NCT00660517). *Int Arch Allergy Immunol* 2013;161(4):369–77 (Suppl. online). **3.** Bousquet J, et al. Onset of Action of the Fixed Combination Intranasal Azelastine-Fluticasone Propionate in an Allergen Exposure Chamber. *J Allergy Clin Immunol Pract* 2018;6(5):1726–1732. **4.** Information professionnelle Dymista: www.swissmedicinfo.ch * www.spezialitaetenliste.ch, accès 29.2.24

Références mentionnées sont disponibles sur demande à l'entreprise.

Information professionnelle abrégée Dymista® spray nasal, suspension. C: Chlorhydrate d'azélastine, propionate de fluticasone. **I/P:** Adultes et adolescents dès 12 ans: rhinite et rhinoconjonctivite allergiques saisonnières ainsi que rhinite et rhinoconjonctivite allergiques perannuelles modérées à sévères. Enfants de 6 à 11 ans: rhinite et rhinoconjonctivite allergiques saisonnières. **P/M:** À partir de 6 ans: 1 nébulisation (0,14 mg de chlorhydrate d'azélastine/0,05 mg de propionate de fluticasone) dans chaque narine 2x par jour. Durée du traitement pour rhinite et rhinoconjonctivite allergiques aiguës: 2 semaines; durée du traitement pour rhinite et rhinoconjonctivite allergiques chroniques perannuelles: 4 à 8 semaines. **CI:** Hypersensibilité aux composants. **M/P:** Les corticostéroïdes administrés par voie nasale à hautes doses sur une période prolongée peuvent entraîner une suppression surrénalienne cliniquement significative, un syndrome de Cushing, un retard de croissance, une cataracte ou un glaucome. En cas d'indices d'une inhibition de la fonction surrénalienne il convient d'envisager l'administration systémique des corticostéroïdes dans des situations de stress/opérations. Altérations de l'acuité visuelle, élévation de la pression oculaire. Maladie hépatique sévère. Tuberculose, infections non traitées. Grossesse. Allaitement. **IA:** Inhibiteurs très puissants du système du cytochrome P450 3A4. Éviter la combinaison avec les inhibiteurs du CYP3A (ritonavir ou produits contenant du cobicistat). **EI:** *Fréquents:* céphalées, dysgueusie, odeur désagréable. *Occasionnels:* épistaxis, troubles nasaux (piqûre, démangeaison), éternuements, sécheresse nasale, toux, sécheresse de la gorge, irritation de la gorge. **C:** Conserver à température ambiante (15 à 25° C) et hors de portée des enfants. Conservation après la première ouverture: 6 mois à température ambiante (15 à 25° C). **P:** Spray nasal de 17 ml (correspondant à 120 nébulisations). Liste B; admis par le caisses-maladie. Informations détaillées, notamment sur posologie/mode d'emploi, contre-indications, mises en garde/précautions, interactions, grossesse/allaitement et effets indésirables, voir information professionnelle sur www.swissmedicinfo.ch. **Titulaire de l'autorisation:** Viatris Pharma GmbH, Turmstrasse 24, 6312 Steinhausen, Tel. 044 835 26 26. [KFI Version 001]

© 2023 Viatris Pharma GmbH, Turmstrasse 24, 6312 Steinhausen

Un simple test

Biomarqueurs De nouveaux médicaments pour le traitement de la maladie d'Alzheimer sont attendus prochainement. Un diagnostic précoce et précis pourrait être bientôt simplifié par des biomarqueurs sanguins et orienter ainsi la prise en charge. Perspectives.

Adrian Ritter

Un test sanguin est déjà la norme dans le diagnostic d'une démence suspectée. L'association Swiss Memory Clinics (SMC) recommande notamment l'analyse de paramètres inflammatoires, de la créatinine et de certaines hormones [1]. Il ne s'agit toutefois que d'exclure d'autres maladies. Les modifications cérébrales, telles qu'observées dans les maladies neurodégénératives, ne sont à ce jour pas détectables dans le sang. Le recours à l'imagerie nucléaire ou la ponction lombaire est indispensable. «En somme, ces techniques permettent aujourd'hui un diagnostic de la maladie d'Alzheimer in vivo relativement fiable», résume le Dr méd. Rafael Meyer, psychiatre gériatrique et président des SMC. Mais les examens mentionnés sont plus fastidieux et coûteux qu'une prise de sang et ne conviennent pas à tout le monde.



«Il sera indispensable d'identifier précisément les pathologies cérébrales.»

Prof. Dr méd. Julius Popp
Clinique Hirslanden Zurich et Université de Zurich

Un test sanguin en vue

À l'avenir, le test sanguin pourrait jouer un tout nouveau rôle et grandement simplifier le diagnostic. La recherche sur les biomarqueurs sanguins pour le diagnostic de la maladie d'Alzheimer a en effet beaucoup progressé. Les biomarqueurs devraient bientôt pouvoir confirmer des pathologies cérébrales, comme la formation de plaques. Les études testent déjà si un prélèvement de sang par ponction capillaire pourrait suffire [2].

«Avec les traitements anti-Alzheimer ciblés, actuellement en développement ou en phase d'autorisation, il sera indispensable d'identifier précisément les pathologies cérébrales», souligne le Prof. Dr méd. Julius Popp, directeur du Centre des troubles de la mémoire et de la maladie d'Alzheimer de la Clinique Hirslanden de Zurich. En 2024, l'Europe devrait rendre sa décision quant à l'autorisation du lecanemab, un anticorps monoclonal.

Le diagnostic doit se faire le plus tôt possible, car les nouveaux médicaments pour le stade précoce de la maladie sont efficaces - mais pas seulement. Il s'agit aussi de détecter

et traiter rapidement les causes réversibles et les affections psychiques concomitantes d'une démence. «Un diagnostic précoce permet en outre aux personnes concernées d'être mieux impliquées dans les décisions, car leur capacité de discernement est encore préservée», indique Julius Popp.

Trop peu de personnes diagnostiquées

Alzheimer Suisse estime que près de 150 000 personnes souffrent actuellement de démence en Suisse, et que ce chiffre pourrait doubler d'ici 2050 [3]. Rafael Meyer, président des SMC, suppose qu'environ la moitié des sujets concernés ne reçoivent pas de diagnostic, car ils ne sont pas examinés. Il arrive aussi qu'un diagnostic demeure incertain, par manque d'évaluation complémentaire telle qu'une ponction lombaire. «Disposer d'un test sanguin aidera à diagnostiquer, plus tôt et plus précisément, plus de personnes touchées», ajoute

Le terme de «démence» est-il obsolète?

Dans la classification CIM-10 de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), les démences restent une catégorie de maladies (F00-F03). Ce n'est pas le cas dans le DSM-5, la classification des maladies psychiatriques de l'Association Américaine de Psychiatrie (APA). Les deux classifications se rejoignent sur de nombreux points. Mais elles divergent en matière de démence. Le DSM-5 parle depuis 2013 de troubles neurocognitifs. En font partie les troubles neurocognitifs mineurs (TNC mineurs) et les troubles neurocognitifs majeurs (TNC majeurs), dont les démences. Le DSM-5 n'utilise plus le terme de démence, notamment pour sa connotation stigmatisante, explique Rafael Meyer, président des Cliniques suisses de la mémoire. Il y a aujourd'hui un consensus pour parler, un peu comme pour le spectre autistique, d'un continuum sur lequel se situe un sujet. La prochaine mise à jour de la classification de l'OMS, la CIM-11, utilisera quant à elle toujours le terme de démence. Les sociétés médicales suisses s'alignent plutôt sur la CIM de l'OMS.



© Simon Kadula / Dreamstime

Un simple test sanguin pourrait bientôt considérablement simplifier le diagnostic de la maladie d'Alzheimer.

Rafael Meyer. Il estime que le biomarqueur sanguin pour le diagnostic de la maladie d'Alzheimer pourrait être un acte du quotidien clinique d'ici quelques années. Cela permettra de remplacer au moins une partie des méthodes de diagnostic existantes.

Une pathologie complexe

Reste encore à valider les biomarqueurs, ainsi que les valeurs seuils à partir desquelles on peut parler de pathologie. «La validation devrait se faire par étapes, dans les années à venir», précise Julius Popp, qui mène lui-même des recherches dans ce domaine à l'Université de Zurich. Avec des chercheurs des Hôpitaux universitaires de Lausanne et Berne, il conduit actuellement une étude de validation des biomarqueurs sanguins [4].

Julius Popp sait qu'il ne s'agira pas d'un seul biomarqueur: «La pathologie des maladies neurodégénératives est très complexe. Je pense qu'il faudra une combinaison de plusieurs biomarqueurs pour garantir un résultat fiable.» L'Aβ (protéine bêta-amyloïde), le pTau (tau soluble hyperphosphorylé), les NfL (chaîne légère des neurofilaments) et la GFAP (protéine acide fibrillaire gliale) seraient des candidats prometteurs [5]. Selon Julius Popp, d'autres biomarqueurs, dont les marqueurs d'inflammation, pourraient aussi venir améliorer le diagnostic et le pronostic.



«Du point de vue de l'éthique médicale, il est problématique de diagnostiquer la maladie d'Alzheimer sur la seule base de biomarqueurs.»

Dr méd. Rafael Meyer
Président des Swiss Memory Clinics

«S'agissant du diagnostic, les biomarqueurs sanguins pourraient prochainement être utilisés à la manière d'un dépistage. Ils devraient signaler avec certitude la présence d'une maladie neurodégénérative – en particulier la maladie d'Alzheimer – et, a contrario, dire quand elle peut être exclue. Il y aura également une fourchette intermédiaire, pour les résultats moins nets demandant de faire des examens plus poussés», détaille Julius Popp. Ainsi, dans le futur, le recours à la ponction lombaire deviendra bien plus rare. Recourir au prélèvement sanguin permettrait enfin de répéter régulièrement le test et donc de mieux suivre l'évolution.

Un test sanguin, mais pour qui?

Selon Julius Popp et Rafael Meyer, une question majeure et délicate sera de décider si ces tests sanguins doivent se faire avant même l'apparition de symptômes. Une pathologie cérébrale peut parfois débiter des décennies avant les premiers symptômes. Il serait judicieux d'identifier les personnes présentant un risque élevé, car jusqu'à 40% des cas de démence sont considérés comme évitables [6].

D'un autre côté, les deux gériatres estiment qu'il ne faut pas susciter d'angoisses inutiles. Il arrive en effet que des pathologies soient décelables dans le cerveau alors qu'aucun symptôme ne se manifestera. «Quand un biomarqueur indique des modifications pathologiques, cela ne veut pas dire

qu'on est malade ou qu'on le sera», écrivait Julius Popp. Nombre d'incertitudes subsistent quant à la validité du pronostic des biomarqueurs sanguins et leur indication sur l'évolution de la maladie dans le temps: «Les sociétés médicales vont devoir élaborer des recommandations adéquates sur la façon d'utiliser les biomarqueurs sanguins.»

Les directives actuelles des SMC indiquent clairement que le diagnostic ne peut être réalisé qu'en cas de symptômes effectifs, souligne Rafael Meyer: «Du point de vue de l'éthique médicale, il est problématique de diagnostiquer la maladie d'Alzheimer sur la seule base de biomarqueurs.» Les marqueurs permettent au maximum d'indiquer qu'il existe un risque. Rafael Meyer et Julius Popp s'accordent à dire que cela vaut pour l'instant aussi pour les biomarqueurs sanguins. Les états précliniques et asymptomatiques de la maladie d'Alzheimer font l'objet d'une recherche intensive. «On espère pouvoir à l'avenir prédire avec fiabilité si une pathologie cérébrale induira effectivement une maladie», conclut Rafael Meyer.

Néanmoins, les Drs Meyer et Popp estiment que les biomarqueurs à eux seuls ne seront pas suffisants pour poser un diagnostic. Il faudra toujours établir un tableau global, dans le cadre d'un diagnostic clinique et neurophysiologique complet. L'étroite collaboration avec les médecins de famille et les spécialistes, comme dans une clinique de la mémoire, restera centrale [5].



Références

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

Conférence nationale sur la démence

Le 30 avril se déroulera la Conférence nationale sur la démence [7]. Organisée par Santé publique Suisse et Alzheimer Suisse, le thème de cette année est celui des «tabous autour de la démence». Seront notamment abordées les questions d'évitement du dépistage, du défaut de directives anticipées, des besoins sexuels des malades et du passage de relais des proches aux soignants.



La propagation mondiale de *Borrelia burgdorferi* (marron foncé).

Des tiques, deux Suisses et trois agents pathogènes

Histoire de la recherche Êtes-vous porteur de *B. burgdorferi*, *R. aeschlimannii* ou *R. helvetica*? Espérons que non. Car tous trois sont des agents pathogènes transmis par les tiques. Leurs noms à consonance suisse sont dus aux chercheurs Wilhelm Burgdorfer et André Aeschlimann.

Arvid Afzelius décrit l'érythème migrant (EM) à Stockholm en 1909. Peu après, d'autres cas sont recensés en Europe et les tiques sont soupçonnées d'être le vecteur d'un agent pathogène. Les tentatives pour le détecter échouent toutefois. L'hypothèse des tiques prend un nouvel essor en 1970 lorsqu'un cas d'EM est rapporté au Winsconsin et quand, entre 1975 et 1977, le rhumatologue Allen Steere identifie le lien entre l'EM et l'arthrite à Lyme, au Connecticut.

De Burgdorfer à *B. burgdorferi*

Wilhelm (Willy) Burgdorfer (1925–2014) étudie la zoologie à Bâle et obtient, en 1951, son doctorat sous la direction du professeur Rudolf Geigy (1902–1995) à l'Institut tropical suisse (STI, aujourd'hui le Swiss TPH) sur la fièvre récurrente provoquée par *Borrelia* et transmise par les tiques *Ornithodoros*. Peu après, il émigre aux États-Unis, travaille auprès du National Institute of Health (NIH), puis dirige son «Rocky

Mountain Laboratory» à Hamilton, Montana. Il se forge une réputation de chercheur éminent dans le domaine des agents pathogènes transmis par les tiques et restera attaché au Montana toute sa vie. Son conseil aux amateurs de randonnée: «Rentrer le bas du pantalon dans les chaussettes et inspecter les vêtements pour repérer les tiques.»

Willy Burgdorfer est pour ainsi dire prédestiné à détecter un agent pathogène EM. Il le trouve en 1982 dans la tique *Ixodes dammini* (aujourd'hui appelée *Ixodes scapularis*) à Shelter Island, New York. Sur 126 tiques disséquées, 61% présentent des agents pathogènes spiralés, à mobilité inertielle, qui se colorent au Giemsa et ressemblent à *Borrelia* au microscope électronique. Elles permettent de détecter les anticorps qui manquent chez les personnes en bonne santé après avoir contracté la maladie de Lyme [1]. Deux ans plus tard, il fait le constat suivant: cette *Borrelia* provoque l'EM et la maladie de Lyme. Elle est baptisée *B. burgdorferi*, du nom de son découvreur à Yale [2]. Aujourd'hui, elle

regroupe plusieurs bactéries. *B. burgdorferi*, l'EM et/ou la maladie de Lyme sont présentes dans 55 pays d'Europe (37), d'Asie (9), d'Afrique (6) et d'Amérique (3), avec une prévalence dans l'hémisphère Nord (voir carte).

R. helvetica et *R. aeschlimannii*

Le deuxième chercheur suisse célèbre dans le domaine des tiques, André Aeschlimann (1929–2016), étudie lui aussi la zoologie à Bâle et passe son doctorat sur *Borrelia* dans la tique *Ornithodoros* sous la direction de Geigy. Il fait ensuite des séjours de recherche à Paris en 1958 (Institut Pasteur), en Tanzanie (Ifakara), en Côte d'Ivoire (Centre Suisse de Recherches Scientifiques) et aux États-Unis (chez Burgdorfer à Hamilton en 1963). De 1962 à 1970, il dirige le laboratoire des tiques de l'ancien STI et occupe un poste de professeur titulaire de zoologie et de parasitologie à l'Université de Neuchâtel de 1972 à 1994. En 1979, Aeschlimann et Burgdorfer étudient avec leurs équipes le spectre des rickettsies d'*Ixodes ricinus* en Suisse. Sur 4092 tiques collectées dans cinq cantons, 344 (8%) sont porteuses de *Rickettsia*, dont 110 de la variété inconnue «Swiss agent» [3]. Des chercheurs de Marseille la baptisent *R. helvetica* en 1993 [4]. Elle provoque des maladies fébriles et est connue chez l'être humain et les tiques de 23 pays (Europe (21), Tunisie, Japon). Dans un autre travail, Aeschlimann et Burgdorfer montrent qu'en Suisse, *Ix. ricinus* héberge, outre *Borrelia* et *Rickettsia*, *Coxiella*, le virus TBE, *Babesia*, des trypanosomes aprotogènes et *Dipetalonema* [5].

En 1997, le groupe marseillais découvre une autre rickettsie – provenant de tiques du type *Hyalomma* sur des ruminants au Maroc – qu'il baptise «*R. aeschlimannii*» [6]. *R. aeschlimannii* est présente chez l'être humain ou les tiques dans 27 pays sur quatre continents, mais son expression clinique n'est pas claire. Le bilan après presque 120 ans de recherche: deux agents pathogènes répandus ont été baptisés en l'honneur de deux chercheurs suisses.

Prof. em. Dr méd. Dieter Stürchler, Université de Bâle



Références

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

Communications

Examen de spécialiste

Examen pour l'obtention de l'Attestation de formation complémentaire Homéopathie (SSMH) – Partie 1

Choix multiples, examen écrit et oral sur les notions de bases selon le programme de formation complémentaire Homéopathie (SSMH)

Date:

21 septembre 2024

Lieu:

La Filature à la Sarraz

Délai d'inscription:

30 juin 2022, formulaire d'inscription sous www.svha.ch

Inscriptions: formulaire à remplir sous https://svha.ch/pr_fung_grundlagen

Informations: voir sur le site Internet de l'ISFM sous www.siwf.ch → Formation postgraduée → Attestation de formation complémentaire → Homéopathie (SSMH)

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

Examen de base

Date

Samedi 2 novembre 2024

Lieu

Hochschulzentrum vonRoll
Fabrikstrasse 6
3012 Bern

Délai d'inscription

Samedi 31 août 2024

Inscriptions tardives jusqu'au mardi 10 septembre 2024 moyennant des frais supplémentaires.

Inscription

Directement par internet sous www.basisexamen.ch → Inscription

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

Examen en vue de l'obtention de la formation approfondie en oncologie-hématologie pédiatrique à adjoindre au titre de spécialiste en pédiatrie

Date

Décembre 2024

Dates et lieu seront déterminés et communiqués en fonction du nombre de candidats après la date limite d'inscription.

Délai d'inscription

31 juillet 2024

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

Divers

Prix Suisse d'Angiologie 2024

La Société Suisse d'Angiologie décerne chaque année un prix de 10 000.00 CHF pour un travail scientifique dans le domaine des maladies vasculaires, publié ou accepté pour publication dans un journal à politique éditoriale. Sont éligibles les candidates et candidats suisses ayant effectué leurs travaux de recherche en Suisse ou à l'étranger, de même que les candidates et candidats étrangers ayant effectué leurs travaux en Suisse.

Les publications accompagnées d'une lettre de candidature et curriculum vitae sont à adresser jusqu'au 25 septembre 2024 au Professeur Marc Righini
Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG)
4, Rue Gabrielle-Perret-Gentil
1211 Genève 14
ou par e-mail à: [marc.righini\[at\]hcuge.ch](mailto:marc.righini[at]hcuge.ch)

Le prix sera remis lors du 24^e congrès de l'Union des Sociétés Suisses des Maladies Vasculaires à Bâle, du 6 au 8 novembre 2024.

Hilfskasse für Schweizer Ärzte – eingegangene Spenden

Vom 1. Januar bis 31. März 2024 sind 5 Spenden im Gesamtbetrag von CHF 23 050.– eingegangen.

Der Stiftungsrat der Hilfskasse für Schweizer Ärzte freut sich sehr, diese Gaben bekannt geben zu dürfen und dankt allen Spendern recht herzlich.

Damit die Spenden in voller Höhe den Destinatären zukommen, haben wir uns entschlossen, für Spenden unter CHF 500.– auf den Versand von persönlichen Dankschreiben zu verzichten. Wir hoffen sehr, dass diese Massnahme bei allen Spendern auf Verständnis stösst.

*Für die Hilfskasse für Schweizer Ärzte
Der Kassier des Stiftungsrates*

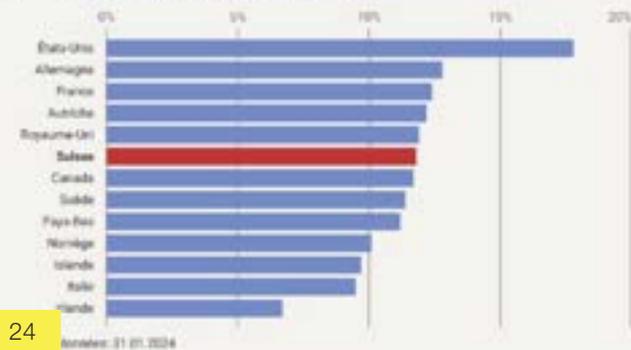
Podcast FMH – Episode 16: Diabète et émotions: une vie sur les montagnes russes

Depuis 2012, Yvette Rolli, 59 ans, vit avec un diabète de type 2. Dernièrement, sa glycémie a commencé à s'emballer, la contraignant à chercher de nouvelles options de traitement avec la Dre Julie Bucher, endocrinologue à Bienne. Pour comprendre l'origine de ces changements, difficilement imputables à son alimentation, elles ont recherché d'autres causes possibles. Ensemble, elles ont découvert que des difficultés rencontrées dans sa vie influençaient négativement sa maladie, voire qu'un choc émotionnel l'avait peut-être déclenchée. Dans cet épisode, elles dévoilent les coulisses d'une vie avec le diabète et rappellent l'importance du dialogue pour une bonne prise en charge. Vous trouverez le nouvel épisode du podcast FMH «À mes côtés» ici: www.a-mes-cotes.ch.

FMH

Dépenses de santé dans les pays de l'OCDE, en 2021

Dépenses de santé en rapport au produit intérieur brut



24

Moins de politique, plus de transparence et écouter les médecins!

Santé en danger Impactant notre espérance de vie, l'initiative «frein aux coûts» inscrirait le rationnement des soins dans la constitution. Entré en vigueur en 2000, un plafond des dépenses aurait conduit à renoncer au tiers des prestations réalisées en 2023. Il est urgent d'accepter TARDOC.

Philippe Eggimann

Rapport de gestion 2023

Conditions-cadres médicales La FMH s'engage en faveur de conditions de travail attrayantes pour le corps médical, et lutte ainsi aussi contre la pénurie de médecins. Elle plaide pour des modèles de temps de travail modernes, moins de bureaucratie, moins de microréglementation telle que celle, inopérante, demandée au niveau politique, pour une numérisation utile et enfin des tarifs appropriés, adaptés à la médecine d'aujourd'hui et susceptibles d'évoluer avec elle.

Stefan Kaufmann

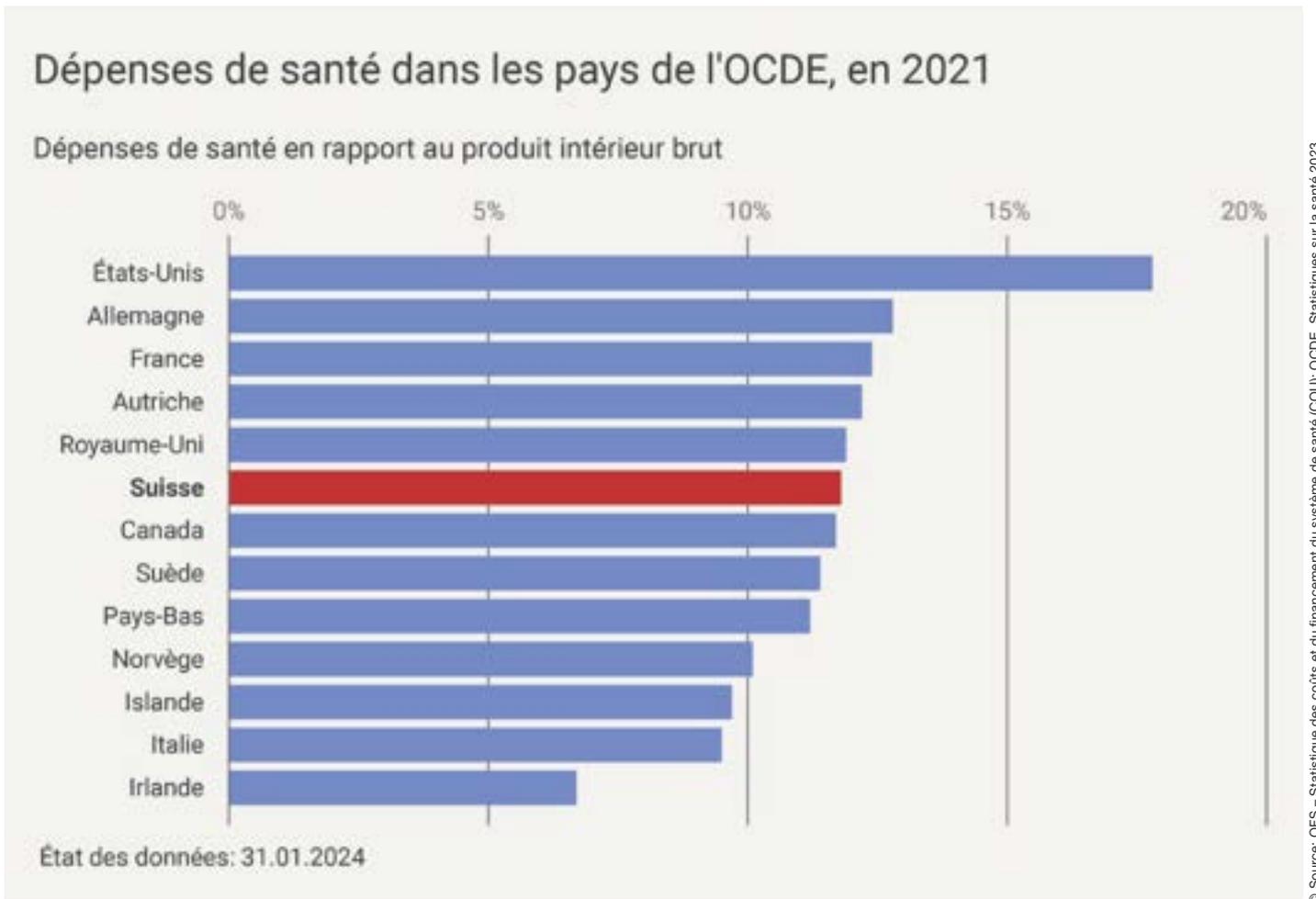
Une année intense et des chiffres toujours aussi élevés

Rapport de gestion 2023 Avec des chiffres toujours élevés dans tous les domaines d'activité et des changements au niveau du personnel, 2023 a été une année intense pour l'ISFM. Elle a aussi été jalonnée de temps forts et de succès et l'ISFM envisage l'avenir avec confiance grâce au nouvel élan suscité par ces changements.

Monika Brodmann Maeder

26

30



«L'explosion des coûts» doit être relativisée: les dépenses de santé suisses sont désormais moins importantes que dans les pays qui nous entourent.

Moins de politique, plus de transparence et écouter les médecins!

Santé en danger Impactant notre espérance de vie, l'initiative «frein aux coûts» inscrirait le rationnement des soins dans la Constitution. Entré en vigueur en 2000, un plafond des dépenses aurait conduit à renoncer au tiers des prestations réalisées en 2023. Il est urgent d'accepter TARDOC pour garantir l'accessibilité et la qualité de notre système de santé.



Philippe Eggimann
Dr méd., vice-président de la FMH et responsable du département Prestations et développement professionnel

Exacerbé par la campagne des élections fédérales en 2023, le débat sur les coûts de la santé a été vif. Des propositions parfois radicales telles que la suppression de l'obligation d'assurance-maladie, des assurances «low cost» limitant le remboursement des prestations, ou la possibilité pour les autorités d'en interdire certaines, ont été largement médiatisées. Elles ont relégué au second plan celles que tentent vainement de faire entendre les médecins.

Deux visions différentes s'opposent sur ce que devrait être l'organisation de notre système

de santé. Tenter d'améliorer son fonctionnement en préservant son accessibilité et la qualité qui nous sont enviées loin à la ronde [1], ou renverser la table en donnant les pleins pouvoirs aux autorités [2] et poursuivre ainsi la multiplication des mesures législatives et bureaucratiques qui contribuent irrémédiablement à réduire le temps disponible pour les patients. Donc peut-être et paradoxalement les prestations à financer...

Mais le pire est peut-être encore à venir. Alors que les coûts de la santé en relation avec le PIB sont désormais plus bas en Suisse que

dans les pays qui nous entourent [3], c'est l'augmentation injustifiée des primes, dont personne ne parvient à maîtriser la mécanique infernale, qui est à nouveau au centre du débat sur les votations fédérales du 9 juin 2024. Ces votations surviennent cinq ans après leur dépôt dans le contexte déjà tendu des élections fédérales de 2019. Elles font suite à une législation marquée par les tentatives du Conseil fédéral d'imposer des paquets de mesures non consensuelles qui ont été tronquées ou alourdies par 121 mesures législatives qui aggravent irrémédiablement la charge administrative des prestataires [4], donc la pénurie...

Malheureusement, ces deux initiatives proposent des mesures symptomatiques, sans impact sur les raisons réelles des hausses des primes. Primes qui, rappelons-le, augmentent plus vite que les coûts, sans qu'il soit possible d'y remédier en raison de la conjonction d'agendas politiques contradictoires, et de l'opposition viscérale à la transparence d'un certain nombre de partenaires. Les deux n'étant pas mutuellement exclusifs.

Deux visions différentes s'opposent sur ce que devrait être l'organisation de notre système de santé.

Limiter les primes à 10% du revenu

Cette mesure généreuse, si utile pour les plus modestes d'entre nous, est en vigueur dans le canton de Vaud, dont les exercices bénéficiaires pendant plus de dix ans ont permis de la financer. Elle y représente près de 7,5% du budget cantonal et le cap du milliard de francs devrait être bientôt franchi. Sur le plan suisse, cela représenterait un coût annuel d'environ dix milliards de francs, dont un peu plus de la moitié reste à financer par rapport à la situation actuelle. Comme le suggèrent les coûts AOS dans le canton de Vaud, qui restent parmi les plus élevés de Suisse, cette mesure n'a pas d'impact sur la hausse des coûts à charge de l'AOS. Après l'adoption de la 13^{ème} rente AVS, cette initiative et la future réforme de la prévoyance professionnelle sont des choix qui engageront durablement l'avenir de la société.

Réduire l'espérance de vie?

L'initiative «frein aux coûts» propose d'inscrire dans la Constitution le principe d'un rationnement des soins, qui conduira irrémédiablement à une médecine à deux vitesses. Elle transformera les prestataires de soins en agents du rationnement, ce qui les condamnerait à appliquer des préceptes contraires à ceux qui les ont conduits à s'engager au service

de la santé d'autrui. Cela explique qu'elle soit combattue par une large alliance de prestataires et d'association de patients [5].

S'il était entré en vigueur au début des années 2000, ce plafond des dépenses de santé aurait conduit à renoncer au tiers de toutes les prestations réalisées en 2023. L'impact potentiel sur l'espérance de vie doit être expliqué.

L'impact potentiel de l'initiative «frein aux coûts» sur l'espérance de vie doit être expliqué.

Alors que la Suisse est le pays développé dans lequel elle a le plus augmenté au cours des dernières décennies, l'espérance de vie des Suisses serait en 2023 probablement la plus basse des pays occidentaux. Quelles qu'en soient les raisons, l'espérance de vie baisse significativement dès que l'accès aux soins est limité. C'est le cas aux USA, où il est dépendant de la capacité financière individuelle; en Angleterre depuis la nationalisation du système de santé; et en Grèce suite à la réduction des budgets de la santé consécutifs à la crise financière des subprimes.

Le COVID en est un autre exemple. Malgré des vagues proportionnellement plus importantes, la réduction de l'espérance de vie a été moins marquée en Suisse que dans les pays qui nous entourent. Une meilleure accessibilité à des prestations de qualité nous a permis «d'effacer» cet effet dès 2022, alors que, hormis la Suède, c'est loin d'être le cas ailleurs.

Plus de transparence sur les coûts 2023 imposerait que l'on nous rende les primes perçues en trop.

Plus de transparence

Les coûts de la santé à charge de l'assurance-maladie obligatoire ont augmenté de 4,6% en 2023, alors que les primes avaient augmenté de 6,6% [6]. En tablant sur environ 33 milliards de dépenses, les assurances sont débitrices de 660 millions de francs. Par ailleurs, alors que nous avons déjà été condamnés à «renflouer» en 2023 les pertes des réserves, les prévisions boursières pessimistes pour 2024 ont à nouveau justifié une hausse encore plus importante des primes cette année! Cependant, les gains boursiers réalisés en 2023 sont élevés, voire très élevés (SMI + 3%; Dow Jones + 13%; Euro Stoxx 50 + 18%; CAC 40 + 16%) [7]. Les rendements

affichés par les caisses de pension en 2023 sont de l'ordre de 3%, 25% cumulés au cours des cinq dernières années. Mais plus de transparence imposerait que l'on nous rende cet argent...

Écouter les propositions des médecins

Un nouveau parlement, des commissions parlementaires des affaires sociales et de la santé renouvelées, et une nouvelle cheffe du DFI. Tout est théoriquement en place pour discuter ouvertement de mesures concrètes à prendre pour maintenir l'accessibilité et la qualité de notre système de santé.

C'est le cas de TARDOC, qui a été systématiquement relégué au second plan depuis 5 ans par les ambitions politiques discutées ci-dessus. C'est urgent, car TARMED bloque des développements qui ne pourront se faire qu'avec TARDOC. TARDOC qui est soutenu par l'ensemble du corps médical, la conférence des directeurs des affaires sanitaires et la

TARMED bloque des développements qui ne pourront se faire qu'avec TARDOC.

majorité des assureurs, permettra: de construire des forfaits ambulatoires avec les sociétés de discipline médicale qui sont prêtes à le faire; de créer des positions tarifaires pour mettre en œuvre la Smarter Medicine (listes des TOP 5 de 24 spécialités) [8] en donnant le temps aux médecins de décider avec leurs patients de renoncer à des examens ou des traitements dont l'utilité est discutable dans leur situation personnelle; de développer des positions tarifaires pour les prestations médicales effectuées sous délégation de responsabilité par d'autres professionnels de santé (assistantes et assistants médicaux, infirmières et infirmiers en pratique avancée, physician associates); de développer des positions tarifaires pour indemniser le transfert des informations pertinentes des dossiers médicaux vers le DEP.

C'est non seulement la dynamique de la législation qui débute qui pourrait en être changée, mais surtout l'avenir de notre système de santé dont nous devons préserver ensemble l'accessibilité et la qualité des prestations.



Références

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



Aperçu chronologique des principaux événements qui ont marqué l'année 2023 pour la FMH.

Publication du rapport de gestion 2023 de la FMH

Conditions-cadres médicales La FMH s'engage en faveur de conditions de travail attrayantes pour le corps médical, et lutte ainsi aussi contre la pénurie de médecins. Elle plaide pour des modèles de temps de travail modernes, moins de bureaucratie, moins de microréglementation telle que celle, inopérante, demandée au niveau politique, pour une numérisation utile et enfin des tarifs appropriés, adaptés à la médecine d'aujourd'hui et susceptibles d'évoluer avec elle.

Stefan Kaufmann

Secrétaire général de la FMH

Meilleures conditions-cadres, financement suffisant et tarification appropriée des prestations de santé ou numérisation utile et porteuse de bénéfices sont autant de domaines qui ont particulièrement sollicité la FMH en 2023.

Le système de santé de notre pays dépend dans une large mesure de personnel qualifié étranger. Aujourd'hui, pas moins de 40 000 médecins y exercent, avec une proportion toujours plus importante de femmes. Cette augmentation réjouissante du nombre de femmes

médecins fait cependant face à des tendances inquiétantes: une part importante du corps médical est âgé de plus de 60 ans, la demande de soins médicaux augmente et la densité des médecins de famille reste à un niveau bas.

La FMH s'engage sans relâche en faveur de conditions de travail attrayantes pour le corps médical. Elle plaide pour des modèles de temps de travail modernes, moins de bureaucratie, moins de microréglementation telle que celle, inopérante, demandée au niveau politique, pour une numérisation utile et enfin des tarifs

appropriés, adaptés à la médecine d'aujourd'hui et susceptibles d'évoluer avec elle.

Le tarif médical ambulatoire TARDOC a été remis pour la première fois au Conseil fédéral en 2019. La cinquième version, déposée en décembre 2023 par la FMH, SWICA, la CTM et curafutura, remplit toutes les conditions exigées. Elle peut être introduite en respectant la neutralité des coûts et permettrait aussi de les surveiller à l'avenir. Pour le moment, il n'existe aucune autre structure tarifaire reflétant les prestations médicales ambulatoires de manière

complète et actuelle. Le TARDOC est la condition préalable permettant de garantir une prise en charge médicale appropriée, toutes disciplines confondues, susceptible de s'adapter en fonction des évolutions. Il appartient maintenant au Conseil fédéral de l'approuver.

De bonnes conditions de travail et des tarifs adéquats sont le meilleur moyen de lutter contre la pénurie de médecins.

Dans son travail de relations publiques, la FMH emprunte de nouvelles voies en proposant un podcast et une campagne de communication: le podcast sur la santé «À mes côtés» est diffusé depuis le début de l'année 2023. Chaque épisode met en lumière une histoire individuelle et donne un aperçu des enjeux et défis auxquels les médecins traitants sont confrontés. La campagne de communication pluriannuelle «Pour vous» présente de manière différenciée, et avec une pointe d'humour, l'immense travail accompli par les médecins et rappelle pourquoi il leur faut de bonnes conditions pour exercer.

Vous trouverez de plus amples informations à ces sujets dans le rapport de gestion (<https://report2023.fmh.ch/fr/index.cfm>). Nous vous souhaitons bonne lecture.



Janvier

Lancement du podcast de la FMH «À mes côtés»: le 11 janvier 2023, la FMH lance le podcast sur la santé intitulé «À mes côtés», qui raconte comment patientes et patients avancent main dans la main avec leur médecin pour recouvrer leur santé et conserver une qualité de vie aussi bonne que possible. Chaque épisode met en lumière une histoire individuelle et permet de porter le regard sur les enjeux et les défis pratiques des expériences de santé. Le podcast marque une étape importante pour la FMH qui entend informer le public de la diversité des prises en charge et renforcer la voix des patientes, des patients et des médecins.



Février

Version finalisée du TARDOC transmise à l'OTMA: les partenaires tarifaires FMH et curafutura ont transmis la version finalisée du nouveau tarif médical TARDOC à l'Organisation des tarifs médicaux ambulatoires (OTMA). La nouvelle version (V1.3.1) contient les adaptations exigées par le Conseil fédéral relatives à la neutralité des coûts et les concepts pour le développement du TARDOC après son entrée en vigueur. Avec ces compléments, le tarif à la prestation TARDOC est prêt à être soumis à l'approbation du Conseil fédéral au cours du second semestre 2023.



Mars

Faible densité de généralistes et forte dépendance de l'étranger, ce que révèle la statistique médicale 2022: la statistique médicale 2022 de la FMH comptabilise 40 002 médecins en exercice en Suisse. Cela correspond à 780 médecins de plus que l'année précédente, soit une hausse de 2%. L'augmentation réjouissante de la pro-

Les objectifs visés: modèles de temps de travail modernes, moins de bureaucratie et moins de microréglementation inopérante.

portion de femmes fait face à des tendances inquiétantes: un quart du corps médical est âgé de plus de 60 ans, la densité des médecins de famille reste à un niveau bas et la dépendance à l'étranger s'accroît. En parallèle, les taux d'activité et le nombre d'heures travaillées baissent depuis plusieurs années, ce qui conduit à des temps de travail hebdomadaires plus faibles. La densité médicale s'élève

en moyenne à 4,6 médecins pour 1000 habitants. Elle est donc comparable à celle des pays voisins.



Avril

Examen de plausibilité des forfaits ambulatoires: prise de position: la FMH a pris position dans le cadre de la procédure de consultation de solutions tarifaires suisses SA (sts SA) pour que les forfaits ambulatoires soient développés en tenant compte du point de vue médical et des conditions exigées pour des forfaits ambulatoires appropriés et adaptés à la pratique. De manière générale, la FMH reconnaît les forfaits ambulatoires et souligne une fois encore leur pertinence et leur nécessité pour les prestations médicales homogènes et bien délimitées. Avec le soutien de la FMCH, elle a par ailleurs mis sur pied une task force réunissant toutes les sociétés de discipline médicale. Les expertes et experts de la FMH ont analysé de manière différenciée les forfaits ambulatoires en collaboration avec les délégué-e-s des sociétés de discipline médicale concernées, ils en ont vérifié la plausibilité et chaque société a rédigé une prise de position concernant sa discipline à l'intention de sts SA.



Mai

Demande croissante de prestations médicales: le monitoring du tarif par la FMH montre que deux phénomènes se sont conjugués en 2022: la forte demande de conseils médicaux et la pénurie de médecins de premier recours qui s'intensifie depuis des années. Le nombre de patientes et de patients a augmenté deux fois plus que les années précédentes, et même quadruplé chez les médecins de famille et les pédiatres. En revanche, les coûts par patiente et patient restent stables, avec à l'heure actuelle une légère tendance à la baisse. Le nombre de per-

Actuel

sonnes ayant nécessité un conseil médical a fortement augmenté, ce qui se répercute sur les coûts totaux.

**Juin**

La FMH en faveur du oui à la loi sur le climat et l'innovation: la Chambre médicale se prononce en faveur du oui à la loi fédérale sur les objectifs en matière de protection du climat, sur l'innovation et sur le renforcement de la sécurité énergétique. Avec cette décision, la FMH réaffirme son engagement pour la protection de la santé et l'égalité des chances en matière de santé, couplé à sa responsabilité pour un environnement sain et intact.

**Août**

Coup d'envoi du prix Innovation Qualité 2024: la FMH met au concours le prix Innovation Qualité 2024 afin d'encourager et de récompenser des projets innovants consacrés à la qualité

Le TARDOC est la seule structure tarifaire reflétant les prestations ambulatoires de manière complète et actuelle.

dans le domaine de la santé en Suisse. Par cette démarche, elle souligne sa volonté d'encourager l'innovation numérique et la sécurité des patients. En invitant l'ensemble des professionnelles et professionnels de santé à déposer des projets qui ont fait leurs preuves sur le terrain, elle renforce les échanges de compétences et la mise en réseau.

**Septembre**

Primes, une augmentation plus faible serait possible: le Conseil fédéral a fixé le montant de la prime moyenne pour l'année 2024 qui, une fois de plus, augmente. Cela aurait pu être évité. D'importantes réformes du système de santé sont bloquées alors qu'elles pourraient contribuer de manière déterminante à freiner la hausse des primes, par exemple la révision du tarif ambulatoire ou le financement uniforme des prestations ambulatoires et hospitalières (EFAS).

Avec le prix Innovation Qualité, la FMH souligne sa volonté d'encourager l'innovation numérique et la sécurité des patients.

**Octobre**

Le TARDOC est prêt à être introduit sans coûts supplémentaires: l'Assemblée des délégués de la FMH donne son feu vert à la nouvelle version du TARDOC (1.3.2) et au concept adapté pour une transition neutre en termes de coûts. Cette version du nouveau tarif à la prestation TARDOC sera soumise au Conseil fédéral pour approbation, conjointement avec les partenaires tarifaires. Par ailleurs, la FMH signe la lettre cadre commune à tous les partenaires tarifaires garantissant la reconnaissance mutuelle des structures tarifaires ambulatoires approuvées par le Conseil fédéral. La FMH considère que les forfaits ambulatoires sont pertinents et appropriés lorsque les prestations médicales sont clairement délimitées, qu'elles sont fournies en nombre important dans une infrastructure disposant de beaucoup de ressources et que, simultanément, l'homogénéité

médicale et financière est garantie. Inversement, le corps médical refuse de cosigner la demande d'approbation présentée pour les forfaits ambulatoires (version 1.0).

**Novembre**

La pénurie de personnel qualifié met en péril la qualité élevée des soins: il ressort d'une enquête représentative réalisée chaque année auprès du corps médical sur mandat de la FMH que la pénurie de personnel qualifié s'aggrave aux yeux des personnes interrogées. Celles-ci s'inquiètent de savoir si, à l'avenir aussi, il sera possible de recruter suffisamment de médecins pour assurer une prise en charge optimale de la population. À l'avenir, si la Suisse ne parvient pas à former suffisamment de personnel qualifié et à maintenir les médecins dans la profession, la pénurie de soins s'aggravera. Il s'agit donc de veiller à des conditions de travail attrayantes pour les médecins, par exemple avec des modèles de temps de travail adaptés et une numérisation porteuse de bénéfices, sans oublier que toute bureaucratie inutile est à proscrire.

**Décembre**

Adaptation des marges de distribution des médicaments: le Conseil fédéral donne son feu vert et encourage ainsi la prescription de génériques – ce qui profite aux patientes et patients, mais aussi à celles et ceux qui paient les primes. Cette mesure permet de réaliser des économies immédiates de 60 millions de francs et à plus long terme des économies supplémentaires de plusieurs centaines de millions de francs. Elle corrige également l'incitatif négatif selon lequel les médicaments originaux permettaient de gagner plus et contribue à donner la priorité aux génériques au meilleur prix. Non seulement cette évolution soutenue par la FMH et d'autres acteurs freine la hausse des coûts, mais aussi



le système suisse de santé. Avec l'alliance EFAS, qui regroupe 22 acteurs, elle a défendu ce projet avec ardeur afin de supprimer les incitatifs négatifs engendrés par la différence de financement entre les prestations hospitalières et ambulatoires. D'ici son entrée en vigueur, les acteurs du secteur de la santé auront pour tâche d'effectuer les travaux nécessaires afin de garantir le succès de la mise en œuvre de la réforme.

Correspondance
kommunikation[at]fmh.ch

elle concrétise un consensus réussi entre acteurs de la santé.

Adoption de la réforme du financement uniforme (EFAS): après 14 ans, EFAS, le finan-

cement uniforme des prestations ambulatoires et hospitalières, a franchi le dernier obstacle qui l'attendait au Parlement. La FMH se félicite de l'adoption de cette réforme primordiale pour

Annonce

Chez la chirurgienne en raison d'une pharyngite ?

Les patientes et les patients confient leurs questions de santé à des spécialistes. Les médecins auraient avantage à faire de même pour leur prévoyance.

Informez-vous dès maintenant : pat-bvg.ch



pat BVG

La caisse de pension pour les professions médicales



Le 10^e symposium MedEd a eu lieu le 13 septembre 2023 à Berne.

Une année intense et des chiffres toujours aussi élevés

Rapport de gestion 2023 Avec des chiffres toujours élevés dans tous les domaines d'activité et des changements au niveau du personnel, 2023 a été une année intense pour l'ISFM. Elle a aussi été jalonnée de temps forts et de succès et l'ISFM envisage l'avenir avec confiance grâce au nouvel élan suscité par ces changements.

Monika Brodmann Maeder

Dre méd., p.-d. et MME, présidente de l'ISFM

L'Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue (ISFM) a de nouveau traversé une année intense. Après les chiffres records de l'année dernière, les différentes sections n'ont ressenti aucun ralentissement en 2023.

En octroyant 1927 titres de spécialiste, l'ISFM a été très proche (à un titre près) d'égaliser le record de 2022. Il a pris position et délivré des décisions juridiquement contraignantes pour près de 3000 demandes de titres et plans de formation;

révisé 24 programmes de formation postgraduée (titres de spécialiste et formations approfondies), 13 programmes de formation complémentaire et 4 programmes de formation approfondie interdisciplinaire; évalué 247 demandes de reconnaissance de sessions de formation continue non spécifiques et délivré le label «ISFM approved» à 217 d'entre elles; l'ISFM a également traité environ 1000 demandes de reconnaissance, de réévaluation et de changement de catégorie concernant les établissements de

formation postgraduée, soit près de 200 de plus que l'année précédente, et organisé un total de 205 visites d'établissements. Ces quelques chiffres pour illustrer le tour de force réalisé par les équipes des différentes sections.

Les applications logicielles enregistrent un nombre élevé de personnes qui les utilisent activement. Avec plus de 25 000 utilisatrices et utilisateurs enregistrés, le logbook électronique constitue l'application la plus importante de l'ISFM et totalise environ 500 connexions chaque

jour. En poursuivant le développement de ses différentes applications, l'ISFM vise à faire avancer la transformation numérique de l'ensemble de l'ISFM, à optimiser ses processus de travail et à exploiter de nouveaux potentiels.

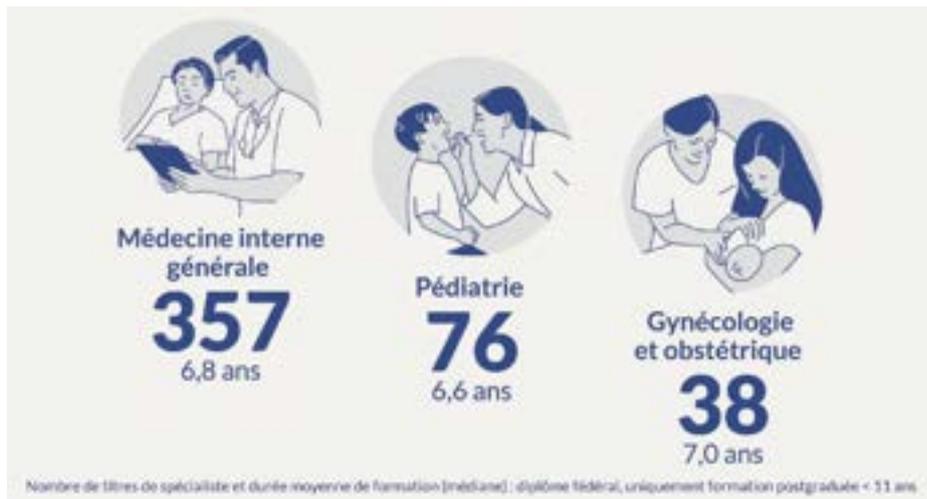
La section «Droit», créée l'année dernière, a été renforcée par l'arrivée de deux nouvelles juristes en septembre 2023, afin de pouvoir répondre aux nombreuses demandes des organes de l'ISFM et aux questions des autres sections, des candidates et candidats, des responsables d'établissements de formation postgraduée et des sociétés de discipline médicale.

Le nombre d'attestations de formations accomplies à l'étranger qu'il faut vérifier et le nombre de demandes par courriel de médecins de l'étranger restent à un niveau élevé.

Changement de personnel

L'ISFM a également traversé une phase tumultueuse liée aux changements de personnel au sein de sa direction. Les deux nouvelles vice-présidentes, les Dres méd. Nathalie Koch et Barbara Schild, vont désormais renforcer l'équipe de direction de l'ISFM au niveau stratégique. Le vice-président de longue date, le Dr Jean Pierre Keller, se retirera à l'été 2024 après 26 ans de bons et loyaux services. Barbara Linder, directrice suppléante et responsable de la section «Relations internationales», occupe depuis fin 2023 la fonction de «Senior Legal Expert». Anne-Sylvie Thiébaud Nori, jusqu'à présent cheffe de la section «Droit», est désormais directrice suppléante et responsable de la section «Droit et relations internationales». Christoph Hänggeli n'occupe plus le poste de directeur mais reste cependant à disposition de l'ISFM en qualité d'expert juridique externe.

Début 2023, l'ISFM a engagé une brillante médecin titulaire d'un PhD en éducation médicale et a ainsi pu créer à l'automne une section



Les trois disciplines les plus fréquentes en 2023.

«Recherche et développement», directement rattachée à la présidente, afin d'étayer scientifiquement la stratégie de l'ISFM. Les quatre personnes de cette nouvelle équipe travaillent sur des projets avec des formatrices et formateurs d'établissements de formation postgraduée suisses ainsi qu'avec des chercheuses et chercheurs et des doctorantes et doctorants associés. Les contacts internationaux jouent également un rôle important dans les échanges scientifiques, car ils permettent d'apprendre de l'expérience d'autres pays et de partager nos connaissances.

À l'été 2023, l'ISFM a mandaté une société de conseil externe qui soutient l'institut dans l'optimisation des processus d'octroi des titres de spécialiste et de formation approfondie.

Succès et temps forts

L'année dernière a été jalonnée de différents succès, notamment en vue de l'accréditation 2025. L'ISFM a ainsi pu participer au développement

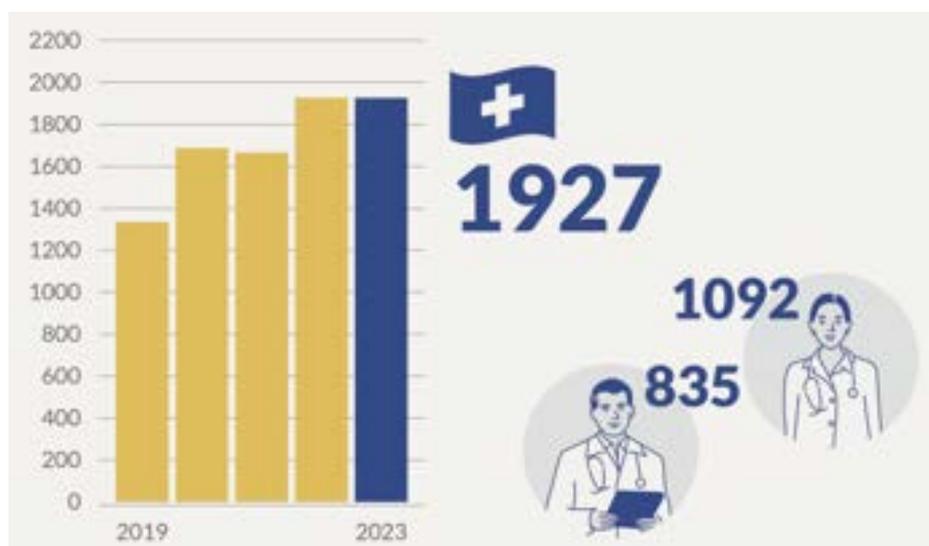
des standards et préparer une grande partie des rapports d'évaluation pour les sociétés de discipline, ce qui lui a permis de remettre dans les délais la demande d'accréditation et les 45 rapports d'auto-évaluation à l'Agence d'accréditation et d'assurance qualité (AAQ). Lors de la phase d'évaluation externe des filières de formation postgraduée qui a cours actuellement, l'AAQ organisera des tables rondes virtuelles avec les sociétés de discipline médicale et une équipe d'experts. La décision du Département fédéral de l'intérieur est attendue en août 2025.

Les contacts internationaux jouent également un rôle important dans les échanges scientifiques.

Réforme de la formation médicale

La réforme de la formation médicale postgraduée en Suisse, avec l'élaboration des Entrustable Professional Activities (EPA), a pris un essor fulgurant ces dernières années qui ne s'est pas démenti en 2023 et continuera de solliciter fortement l'ISFM à l'avenir.

Actuellement, l'ISFM travaille avec plus de 30 sociétés de discipline médicale à l'élaboration d'EPA spécifiques aux différentes disciplines. La commission EPA a déjà évalué plusieurs groupes d'EPA qui sont à présent prêts à être intégrés dans les programmes de formation postgraduée des disciplines en question. Par ailleurs, un groupe de travail spécialisé a défini les exigences auxquelles la future application électronique qui aura pour but de simplifier l'évaluation des médecins en formation postgraduée devra répondre. L'appel d'offres lancé est terminé et les négociations avec les entreprises potentielles sont en cours. Les cours «Teach the teachers» sont désormais gérés différemment par



Titres fédéraux de spécialiste délivrés en 2023.



Échange et mise en réseau: l'idée initiale est largement vécue.

une équipe dédiée et disposent de leur propre site internet. Un groupe de travail composé de représentantes et de représentants de la Commission interfacultaire médicale suisse (CIMS) et de l'ISFM a commencé ses travaux visant à rendre plus visibles les médecins spécialement formés dans le domaine de l'éducation médicale en leur attribuant une sorte de label de qualité. Par ailleurs, l'ISFM collabore avec de nouveaux hôpitaux pilotes qui souhaitent démarrer ou poursuivre à ses côtés le changement culturel nécessaire à une formation postgraduée de haut niveau. Enfin, la série d'articles sur la formation postgraduée basée sur les compétences a été poursuivie dans le Bulletin des médecins suisses.

L'ISFM peut compter sur un grand nombre de spécialistes pour la réforme de la formation médicale.

Pour pouvoir assumer ce travail déjà important et qui le sera encore plus à l'avenir, l'ISFM a la chance de pouvoir compter sur un grand nombre de personnes à temps partiel dans le domaine de la réforme de la formation médicale postgraduée. Sans ces médecins, spécialistes de l'éducation médicale, qui travaillent pour l'ISFM sur mandat, ce dernier ne pourrait jamais faire avancer la réforme de la formation médicale postgraduée de manière aussi complète et dynamique.

Autres activités

C'est également avec beaucoup d'élan que l'ISFM s'est attaqué à un thème à la fois ancien et nouveau, celui des «objectifs de formation généraux».

Un mandat général, attribué en octobre 2022 à Hermann Amstad, a été achevé en novembre 2023. Un premier mandat sur la sécurité des patients, fruit d'une collaboration entre la FMH et l'ISFM, a été attribué à une brillante équipe composée du professeur David Schwappach, du privat-docent Sven Staender et du professeur Wolf Hautz, tous des experts reconnus sur le sujet. L'année prochaine, d'autres mandats seront attribués sur les thèmes jugés les plus importants dans le domaine des objectifs de formation généraux.

L'ISFM a également soutenu les efforts de réforme de la fondation Formation en médecine de famille (FMF) en renforçant ses contacts. Il s'agit de s'engager davantage dans le domaine de la formation postgraduée dans les cabinets mé-

dicaux – surtout en dehors de la médecine de famille et de la pédiatrie – étant donné que le transfert de nombreuses activités médicales vers le secteur ambulatoire aura aussi une influence sur la formation des médecins.

Visite du Prof. Graham McMahon

L'un des moments forts de l'année a été la visite du professeur Graham McMahon, chef de l'autorité américaine d'accréditation (ACCME). Cela a été l'occasion d'un échange vivant sur la formation continue au cours duquel il nous a motivés à repenser notre modèle d'accréditation des sessions de formation continue.

L'objectif stratégique de l'ACCME est le suivant: «Transforming education to improve health» (transformer la formation pour améliorer la santé). Traduit librement selon les mots du président de l'autorité américaine, cela signifie qu'influer sur la formation (continue) vise en fin de compte à renforcer la qualité des soins. Il ne s'agit pas simplement d'accréditer une session ou un cours, mais les institutions qui les organisent, qui sont ainsi habilitées à attribuer directement des crédits à une session ou un cours pour une durée déterminée. Il n'existe aucun lien avec l'industrie pharmaceutique – au contraire, celle-ci est délibérément tenue à distance.

Dans la foulée de la réforme de la formation médicale postgraduée, l'ISFM passera également en revue la formation continue et l'adaptera aux exigences en évolution, afin que les médecins conservent et développent leurs compétences jusqu'à la fin de leur carrière.

Réseautage international

L'Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) a sollicité l'expertise de l'ISFM et l'a invité en avril 2023 à la première conférence



Prof. sc. nat. Lutz Jäncke: «Notre cerveau est-il prêt pour la communication de demain?»

sur la modernisation de la formation médicale postgraduée. Cela a été l'occasion de présenter la réforme concernant l'introduction de la formation basée sur les compétences et les EPA.

L'ISFM a non seulement intensifié le réseau politique et stratégique au travers de cette réforme au niveau européen, mais il a aussi renforcé les liens avec le réseau international d'expertes et d'experts de la formation médicale basée sur les compétences (ICBME). Il a également participé à la préparation du premier symposium «MedEd on the Edge», qui s'est tenu en octobre 2023 à l'Institut Karolinska et à l'hôpital du même nom à Stockholm, renforçant encore ses contacts internationaux.

Dix ans de MedEd

Le 13 septembre 2023, l'ISFM a organisé le dixième symposium MedEd au Casino de Berne. Aujourd'hui, il est intéressant de relever que l'idée initiale de mettre en réseau est largement vécue et nombreuses et nombreux sont celles et ceux qui reviennent d'une année à l'autre.

Cet anniversaire a été l'occasion de faire le tour d'horizon de la formation médicale, de tirer les conclusions de son évolution et de for-

muler des visions pour l'avenir. Le Dr méd. Raphaël Bonvin a fait découvrir aux quelque 200 personnes de l'auditoire les innovations qui

Influer sur la formation continue vise en fin de compte à renforcer la qualité des soins.

ont marqué la formation prégraduée et leur répercussion sur la formation postgraduée. D'un point de vue plus théorique, le Prof. sc. nat. Lutz Jäncke, neuropsychologue, a levé le voile sur la recherche sur le cerveau et posé la question de savoir si celui-ci était prêt pour la communication de demain. L'éthique clinique a également été abordée par la Prof. Tanja Krones et le Dr sc. méd. Settimio Monteverde, PhD, qui ont parlé du *quiet quitting* (ou démission silencieuse), cette attitude qui consiste à ne pas en faire plus que nécessaire au travail. Un autre sujet de la journée concernait la sécurité des patients, éclairée par le Dr méd. Sven Staender, p.-d., anesthésiste et spécialiste en médecine intensive,

qui a contribué de manière déterminante au développement du Critical Incidence Reporting System (CIRS). Comme les années précédentes, les conférences ont été complétées par des ateliers interactifs très fréquentés.

Les nombreuses tâches que l'ISFM accomplit et la multitude de sujets qu'il aborde, combinés aux changements au niveau du personnel, restent un défi de taille, mais l'ISFM envisage l'avenir avec confiance grâce au nouvel élan suscité par le changement. En tant que centre de compétences pour la formation médicale postgraduée et continue, l'ISFM sera toujours à la hauteur des enjeux et continuera de s'investir pour que la Suisse dispose de médecins bien formés.

Si vous souhaitez en savoir plus, n'hésitez pas à consulter le rapport de gestion de l'ISFM qui vient d'être publié: www.report2023.siwf.ch/fr.

Correspondance
info[at]siwf.ch

Annonce

Remboursement
pour tous les diabétiques
sous traitement par pompe
à insuline ou schéma
basal-bolus dès l'âge
de 2 ans.^{1, 2}

Gestion aisée du diabète.
Le nouveau Dexcom G7.

G7 éniel

Dexcom G7

De meilleures valeurs du glucose^{3,4}
avec Dexcom CGM.⁵

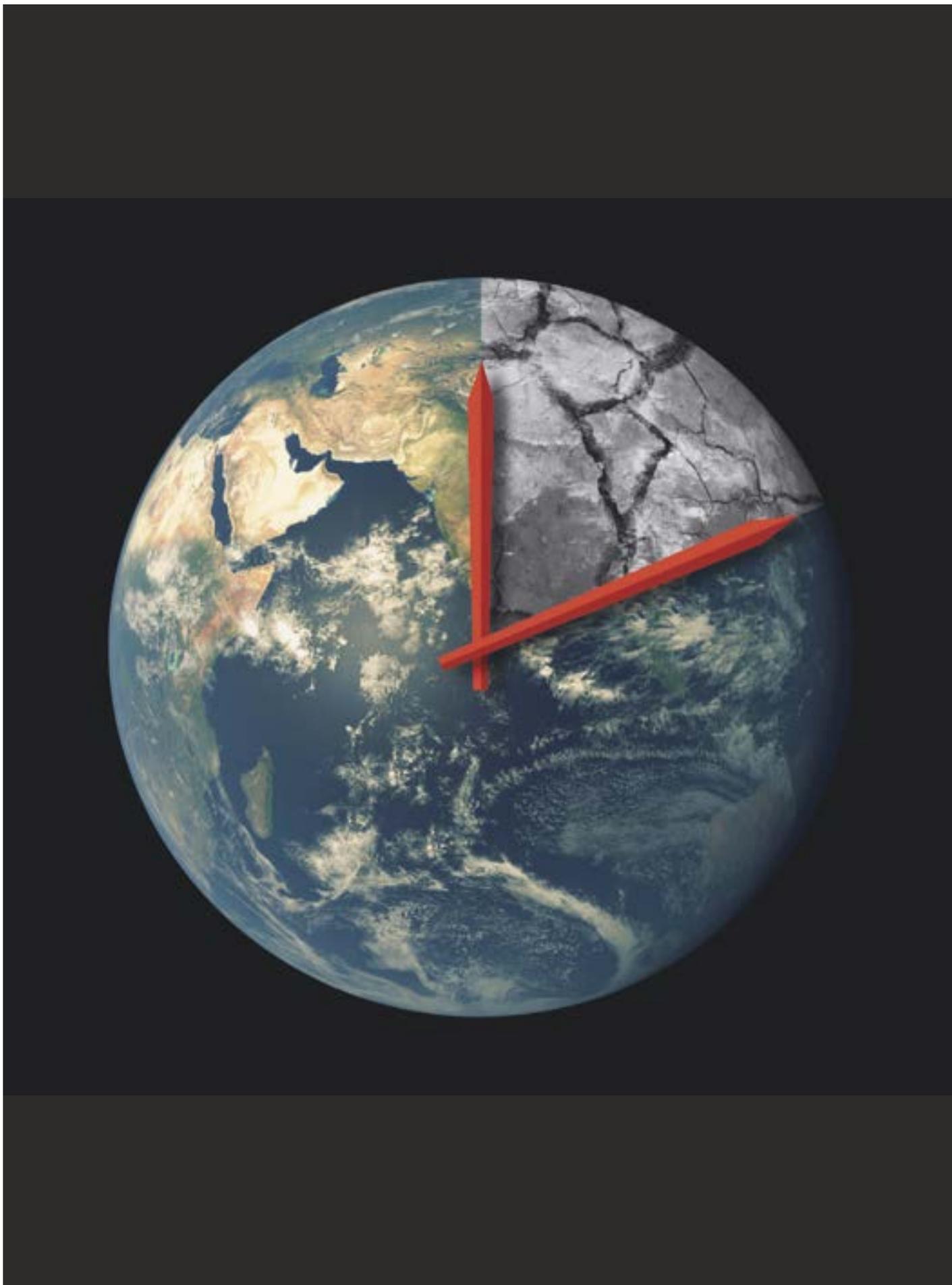
- ✓ Mesure automatique
- ✓ Sans contrôle capillaire;⁶ sans scanner
- ✓ Différents appareils d'affichage^{7,8}
- ✓ Moins de 30 minutes de préchauffage du capteur⁹
- ✓ Simple et motivant : Représentation du temps en plage cible¹⁰ selon un code couleur tricolore facile à comprendre

www.dexcom.com

Photo d'agence. Réalisée à l'aide d'un modèle. | 1 Manuel de l'utilisateur Dexcom G7 2022/04:6. | 2 Dans certaines conditions, un système CGM peut être prescrit aux frais de l'assurance maladie obligatoire. Indications selon la liste des moyens et appareils (LIMA) www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-leistungen-tarife/Mittel-und-Gegenstaendeliste.html (dernier accès le 01/01/2024) | 3 Par rapport à d'autres procédures de mesure du glucose. Soupal J, et al. Diabetes Care. 2020;43:37-43. | 4 Martens T, et al. JAMA. 2021;325(22):2262-2272. | 5 Ces résultats ont été atteints avec une génération antérieure de systèmes de rtCGM Dexcom. Des résultats similaires sont attendus pour le Dexcom G7 grâce à une performance, des caractéristiques produit et une applicabilité identiques ou meilleures. Consultez à ce propos le manuel de l'utilisateur du Dexcom G6/G7; Welsh JB, et al. J Diabetes Sci Technol. 2022;19:322968221099879. | 6 Sauf situations exceptionnelles. Calibré en usine. Si les alertes relatives aux valeurs du glucose et les lectures de glycémie sur le système Dexcom G7 ne correspondent pas à leurs symptômes ou à leurs attentes, les patientes et les patients doivent utiliser un lecteur de glycémie afin de prendre des décisions de traitement pour leur diabète. | 7 Des appareils compatibles sont disponibles séparément. Vous trouverez une liste des appareils compatibles à l'adresse <https://www.dexcom.com/fr-CH/compatibility>. | 8 La transmission des valeurs de glucose vers une montre connectée compatible nécessite l'utilisation simultanée d'un smartphone compatible. | 9 Garg SK, et al. Diabetes Technol Ther. 2022;24(6):373-380. | 10 Temps en plage cible = Time in Range (TIR) | Dexcom, Dexcom Clarity, Dexcom Follow, Dexcom One, Dexcom Share, Share sont des marques commerciales déposées de Dexcom, Inc. aux États-Unis et peuvent potentiellement être également déposées dans d'autres pays. ©2024 Dexcom Inc. Tous droits réservés. | www.dexcom.com | +1.858.200.0200 | Dexcom, Inc. 6340 Sequence Drive San Diego, CA 92121 USA | MDSS GmbH, Schiffgraben 41, 30175 Hanovre, Allemagne | LBL-1001413/LBL-1001414 Rev001 / 03/2024

Dexcom International Switzerland | Allmendstr. 18 | 6048 Horw | Assistance téléphonique Dexcom : 0800 002 810 | E-mail : ch.info@dexcom.com

Dexcom International Switzerland = Dexcom International Limited, Nicosia, Zweigniederlassung Horw



Quel rôle la crise climatique joue-t-elle dans le travail quotidien? L'asmac a interrogé ses membres.

Santé planétaire: l'enquête de l'asmac Suisse

Santé planétaire Le changement climatique est entré dans le quotidien de la médecine. L'asmac et la FMH ont mené une enquête auprès des médecins en formation et des cheffes et chefs de clinique afin de savoir comment cela se manifeste dans l'activité clinique, quelles mesures sont mises en œuvre pour y remédier, quels problèmes restent encore sans solution et quels souhaits émergent à ce sujet.

Robin Rieser^a; Nora Höger^b

^a Collaborateur scientifique, division Santé publique de la FMH; ^b Dre méd., co-responsable du GT Planetary Health asmac Suisse

La stratégie Santé planétaire de la FMH [1] affirme que «le changement climatique représente la plus grande menace sanitaire pour le 21^e siècle». Des mesures doivent être prises dans les quatre domaines d'action de la stratégie afin d'assumer la responsabilité particulière qu'endosse le corps médical. En tant qu'«avocats de la santé», les médecins représentent les patientes et les patients et peuvent se porter garants, d'une part, de la préservation de la santé individuelle par un traitement et un suivi minutieux, et, d'autre part, de la préservation et de la construction d'un environnement favorable à la santé. En effet, la pollution de l'air, les fortes chaleurs ou les eaux polluées mettent en danger la santé de leurs patientes et patients. Enfin, le corps médical peut contribuer de manière décisive à la prévention de nombreuses maladies en promouvant la santé par le biais de co-bénéfices [2, 3].

Les personnes interrogées ont fortement conscience de l'impact du changement climatique sur la santé.

Baucoup de questions et de réponses

Afin de comprendre dans quelle mesure la santé planétaire est déjà entrée dans le quotidien clinique, l'asmac Suisse a mené, en collaboration avec la division Santé publique de la FMH, une enquête auprès de ses membres sur le thème de la santé planétaire. Les questions portaient sur les domaines suivants: quel rôle la crise climatique joue-t-elle déjà dans le travail quotidien, quelles mesures sont déjà mises en œuvre pour faire face à la crise climatique et à la consommation élevée des ressources, quelles mesures

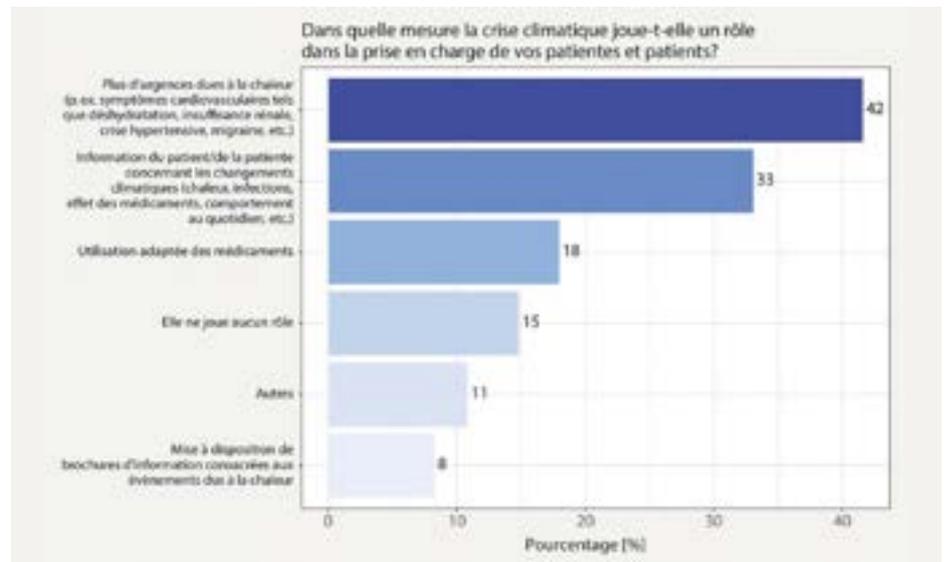


Figure 1: Influence de la crise climatique sur le travail des médecins en formation.

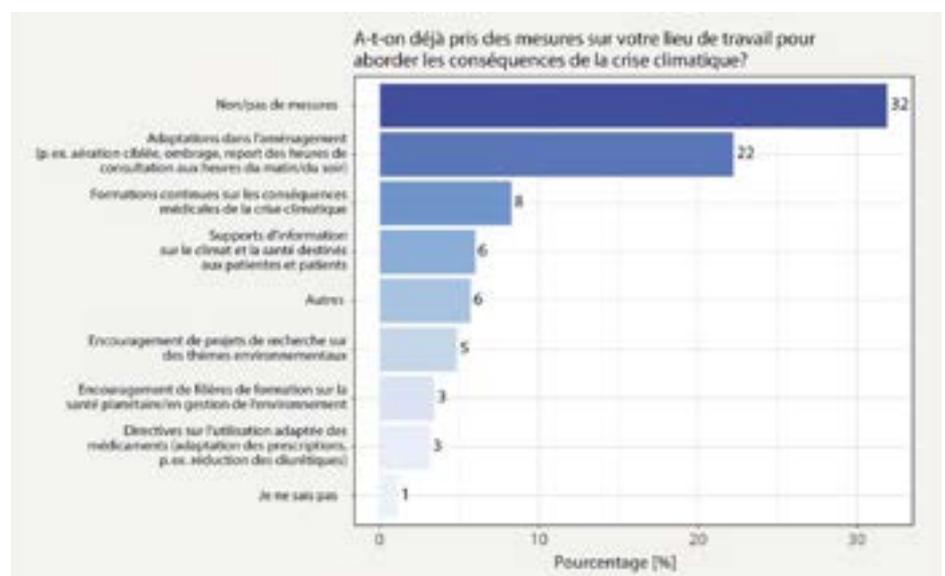


Figure 2: Mesures perçues pour faire face aux changements climatiques.

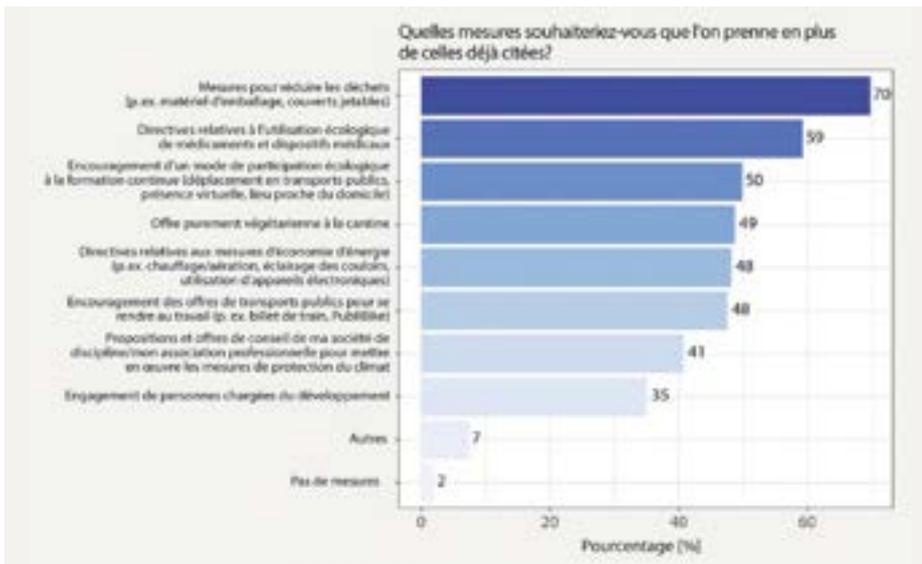


Figure 3: Mesures souhaitées en plus de celles déjà existantes.

sont souhaitées dans ces domaines et si les personnes interrogées souhaitent que leurs associations professionnelles se consacrent activement au thème de la santé planétaire.

L'échantillon interrogé comprend 351 personnes et est représentatif des membres de l'asmac en termes d'âge, de sexe, de spécialité et de lieu de travail. Les cantons de Berne et de Zurich sont surreprésentés, peut-être parce que ces sections sont fortement engagées sur le

thème et que l'enquête a été plus largement diffusée dans ces régions (cf. tableau 1). L'échantillon ne représente à l'évidence qu'une fraction du corps médical suisse, les résultats ne peuvent donc pas être généralisés directement. Le questionnaire numérique, rédigé en se basant sur le questionnaire d'une enquête du Centre for Planetary Health Policy (CPHP), a été utilisé pour l'enquête réalisée du 21 septembre au 30 octobre 2023.

Les personnes interrogées ont fortement conscience de l'impact du changement climatique sur la santé: l'exposition à la chaleur est surtout citée dans ce contexte et environ 42% d'entre elles déclarent devoir traiter davantage d'urgences pour cette raison. Près de 33% conseillent régulièrement des patientes et des patients sur des questions de climat et de santé (cf. figure 1). Il est toutefois alarmant de constater que plus de 32% des personnes interrogées indiquent qu'aucune mesure n'est perceptible dans leur environnement de travail pour faire face aux conséquences négatives de la crise climatique (cf. figure 2). Sur de nombreux lieux de travail, il existe déjà des mesures structurées pour remédier à la consommation de ressources et d'énergie. Par exemple, la promotion de l'utilisation des transports publics (40%), des lignes directrices pour économiser l'énergie (30%), plus d'offres végétariennes dans les cantines (30%) ou des mesures pour réduire les déchets (23%).

Graphique: ASMAC Berne

Il semble que des mesures supplémentaires soient nécessaires dans presque tous les domaines.

Les personnes interrogées souhaitent des mesures supplémentaires visant l'adaptation au changement climatique et la réduction de la consommation des ressources. Elles mentionnent entre autres des supports d'information sur les liens entre la chaleur et les maladies existantes, des lignes directrices cliniques et des recommandations pour adapter les traitements aux conditions de chaleur, des mesures pour réduire la consommation de matériel (cf. figure 3). Il semble que des mesures supplémentaires soient nécessaires dans presque tous les domaines. Une des réponses spécifiait que «la situation est dramatique – mais notre comportement est 'like business as usual'...».

Un long chemin à parcourir

L'enquête de l'asmac montre que le besoin d'agir reste important. Une transformation vers plus de durabilité et de promotion de la santé doit avoir lieu aussi bien au niveau des associations professionnelles, des autorités et des milieux politiques que dans les établissements de santé tels que les cabinets, les hôpitaux et les cliniques. Pour cela, il est nécessaire d'émettre des recommandations claires sur l'utilisation des dispositifs médicaux et des médicaments dans le respect des ressources, d'adapter les lignes directrices pour concilier règles d'hygiène et durabilité, et de mettre en place de nouvelles formations postgraduées et continues au sein

Tableau 1: Données démographiques de l'échantillon

Caractéristiques	N = 351 ¹
Âge	37 (±12) [18/79]
Inconnu	54
Fonction	
Médecin-assistant-e et chef-fe de clinique	259 (74%)
Médecin cadre	25 (7,1%)
Médecin installé-e	39 (11%)
Étudiant-e	22 (6,3%)
Autres	6 (1,7%)
Sexe	
Masculin	136 (39%)
Féminin	212 (61%)
Autre	1 (0,3%)
Inconnu	2
Activité	
Cabinet	54 (15%)

Portail d'information Santé planétaire

Le guide de l'asmac Santé planétaire offre des possibilités d'action simples et concrètes pour promouvoir la santé planétaire dans le quotidien au cabinet. La FMH a élaboré une boîte à outils destinée aux cabinets médicaux qui, avec ses plus de 60 mesures réparties en 14 catégories, peut les aider à évoluer vers plus de durabilité. Pour ce faire, la FMH décernera pour la première fois cette année le Planetary Health Award à des projets qui encouragent la durabilité dans le système de santé suisse (planetary-health.fmh.ch/fr/index.cfm).



des sociétés de discipline et des associations professionnelles. Pour comprendre l'ensemble du problème et pouvoir engager en premier lieu les mesures adaptées à fort impact, le système de santé doit être inclus dans l'inventaire national des gaz à effet de serre. Il est indispensable

Il est indispensable de disposer de données fiables sur les émissions afin de pouvoir prendre des mesures ciblées.

de disposer de données fiables sur les émissions afin de pouvoir prendre des mesures ciblées. Une des personnes interrogées l'exprime ainsi: «[le] système de santé n'en est qu'à ses débuts en matière de sensibilisation au climat, de consommation raisonnée des ressources et de l'énergie, mais aussi de prévention au sein de la population».

Correspondance

[public.health\[at\]fmh.ch](mailto:public.health[at]fmh.ch)
[nora.hoeger\[at\]asmac-bern.ch](mailto:nora.hoeger[at]asmac-bern.ch)



Références

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

Hôpital	291 (83%)
Autre	6 (1,7%)
Discipline	
Médecine interne générale et sous-spécialisations	151 (43%)
Anesthésie/médecine intensive	43 (12%)
Chirurgie et disciplines associées	36 (10%)
Gynécologie/obstétrique	8 (2,3%)
Pédiatrie	37 (11%)
Neurologie et disciplines associées	30 (8,6%)
Psychiatrie et psychothérapie	28 (8,0%)
Autres	15 (4,3%)
Inconnu	3
Canton	
Argovie	14 (4,0%)
Appenzell Rhodes-Intérieures	1 (0,3%)
Bâle-Campagne	8 (2,3%)
Bâle-Ville	19 (5,5%)
Berne	140 (40%)
Fribourg	11 (3,2%)
Genève	20 (5,8%)
Grisons	8 (2,3%)
Lucerne	18 (5,2%)
Neuchâtel	3 (0,9%)
Nidwald	2 (0,6%)
Schaffhouse	1 (0,3%)
Schwytz	1 (0,3%)
Soleure	6 (1,7%)
Saint-Gall	10 (2,9%)
Tessin	5 (1,4%)
Thurgovie	5 (1,4%)
Uri	1 (0,3%)
Vaud	15 (4,3%)
Valais	3 (0,9%)
Zoug	1 (0,3%)
Zurich	54 (16%)
Inconnu	5

*Moyenne (±SD) [minimum/maximum]; n (%)

Nouvelles du corps médical

Todesfälle / Décès / Decessi

Jean Crittin (1944), † 20.3.2024, Spécialiste en cardiologie et Spécialiste en médecine interne générale, 1950 Sion

Alexander von Weymarn (1957), † 26.3.2024, Facharzt für Radiologie, 8500 Frauenfeld

Aargauischer Ärzteverband

Zur Aufnahme in den Aargauischen Ärzteverband haben sich angemeldet:

Als ordentlich praktizierende Mitglieder:

Yuliya Dahlem, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, Angestellt in Praxis Gruppe Sins AG, Blumenweg 5, 5643 Sins, ab sofort
Isabella Humbel, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, Mitglied FMH, Praxiseröffnung in Alte Bremgartnerstrasse 8, 8964 Rudolfstetten, ab 01.07.2024

Judith Melchers, Praktische Ärztin, Angestellt in Hausarztpraxis Muri Freiamt AG, Singisenstrasse 40, 5630 Muri, ab sofort

Anne Schmutz, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, Mitglied FMH, Angestellt im Ärztezentrum Würenlos, Grossezelgstrasse 18, 5436 Würenlos, ab 01.05.2024

Sarah Steinau, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Mitglied FMH, Angestellt in Cliena Gruppenpraxen AG, Spitalstrasse 144, 5630 Muri, ab sofort

Alexander Truschkat, Praktischer Arzt, Mitglied FMH, Angestellt in ARTHRO Medics AG, 4310 Rheinfeld, ab sofort

Simona Zacikova, Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin, Angestellt in Kinderarztthaus Aarau, Bahnhofplatz 4, 5000 Aarau, ab sofort
Remy Zimmermann, Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe, Mitglied FMH, Praxiseröffnung in Praxis Remy Zimmermann, Luzernerstrasse 16, 5630 Muri, ab sofort

Als Chef- und Leitende ÄrztInnen:

Britta Diegelmann, Fachärztin für Neurologie, Leitende Ärztin in Psychiatrische Dienste Aargau AG, Königsfelderstrasse 1, 5210 Windisch, ab sofort

Michelle Egloff, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und Fachärztin für Endokrinologie/Diabetologie, Mitglied FMH, Leitende Ärztin im Kantonsspital Baden, Im Ergel 1, 5404 Baden, ab sofort

Laurent Haegeli, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Facharzt für Kardiologie, Mitglied FMH, Chefarzt Kantonsspital Aarau, Tellstrasse 25, 5001 Aarau, ab sofort

Tobias Stegmann, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Leitender Arzt in PDAG, Königsfelderstrasse 1, 5210 Windisch, ab sofort

Diese Kandidaturen werden in Anwendung von Art. 5 der Statuten des Aargauischen Ärzteverbandes veröffentlicht. Einsprachen müssen innert 14 Tagen seit der Bekanntmachung schriftlich und begründet der Geschäftsleitung des Aargauischen Ärzteverbandes eingereicht werden. Nach Ablauf der Einsprachefrist entscheidet die Geschäftsleitung über Gesuch und allfällige Einsprachen.

Ärztegesellschaft des Kantons Bern Ärztlicher Bezirksverein Bern Regio

Zur Aufnahme als ordentliches Mitglied haben sich angemeldet:

Nathalie Isabelle Caversaccio, Fachärztin für Oto-Rhino-Laryngologie, HNO Praxis Bern West, Bümplizstrasse 77, 3018 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:

Meret Nora Bühler, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, Mitglied FMH, Medicum Wesemlin AG, Landschauenstrasse 2, 6006 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:

Thomas Henkel, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Mitglied FMH, ab 01.04.2024 zu 10%, Küssnacht am Rigi Sz.

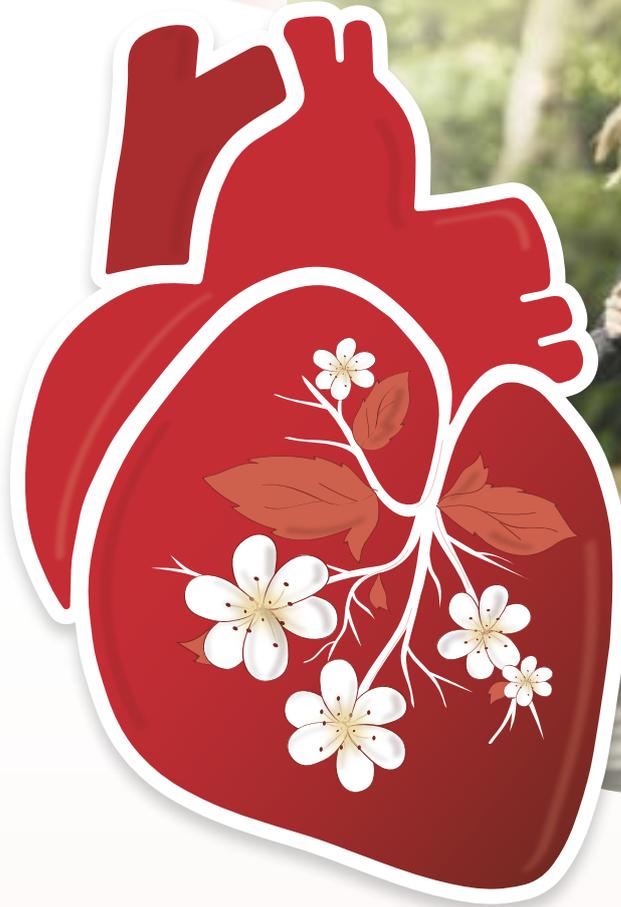
Kerstin Schneider, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungs-

apparates, Mitglied FMH, Belegärztin AMEOS Spital Einsiedeln zu 100% ab 01.02.2024.

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.

Cardiplant® 450

Extrait spécial d'aubépine quantifié WS® 1442



Fortifie le cœur^{1,2,3}

Apaise le cœur^{1,3,4}

Protège le cœur^{1,3,5}

**Un cœur fort
pour une vie active.**

Pour les troubles cardiaques d'origine nerveuse¹

Admis par les caisses

Information professionnelle abrégée Cardiplant® 450

C: 1 cpr. filmé contient 450 mg d'extrait sec de feuilles et fleurs d'aubépine (4 à 6,6:1) quantifié à 71,6 à 97,0 mg de procyanidines oligomères. Agent d'extraction éthanol 45% (m/m). **I:** Troubles cardiaques d'origine nerveuse tels qu'accélération du pouls, palpitations, douleurs lancinantes dans la région du cœur, sensation de vertige et une sensation d'oppression dans la poitrine. **P:** Adultes: 1 à 2 cpr. filmés par jour avec un peu de liquide. Pour la dose de 2 cpr. filmés, il est recommandé de prendre le 1^{er} cpr. filmé le matin et le 2^e le soir. **CI:** Ne pas utiliser chez l'enfant et l'adolescent de moins de 18 ans ni en cas d'hypersensibilité à l'aubépine. **EI:** Aucun connu. **IA:** Aucune connue. **GA:** Pas de données cliniques disponibles. **P:** 50 et 100 cpr. filmés. **CV:** D, admis aux caisses. **TA:** Schwabe Pharma AG, Küssnacht am Rigi. Pour de plus amples informations, consulter www.swissmedicinfo.ch

Références

1 www.swissmedicinfo.ch **2** Chatterjee et al. 2004. Crataegus special extract WS®1442 improves cardiac function and reduces infarct size in a rat model of prolonged coronary ischemia and reperfusion. Life Sci. Feb 27; 74(15): 1945–55. **3** Holubarsch et al. 2018. Benefit-Risk Assessment of Crataegus Extract WS®1442: An Evidence-Based Review. Am J Cardiovasc Drugs. Feb; 18(1): 25–36. **4** Koller et al. 2005. Weissdorn-Spezialextrakt in der Therapie früher Stadien der KHK-assoziierten. Herzinsuffizienz. MMW Originalien; 147 (IV): 159–164. **5** Chatterjee et al. 1997. In vitro and in vivo studies on the cardioprotective action of oligomeric procyanidins in an Crataegus extract of leaves and blooms. Arzneimittelforschung, 47: 821–825.

Toutes les références peuvent être demandées à Schwabe Pharma.

02/2022



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



© Gaewöhnigmai / Dreamstime

Une approche centrée sur le patient a pour effet démontré d'améliorer l'évolution et la qualité de vie des patientes et patients.

Une gestion hospitalière centrée sur le patient

Facteurs de réussite Lorsque les ressources sont limitées, répondre aux besoins des patientes et patients devient complexe. À l'Hôpital universitaire de Bâle, un modèle a été développé afin d'identifier et de sensibiliser au mieux le personnel médical à ces besoins, permettant ainsi une amélioration continue des prestations.

Mareike Ahlers^a; Katharina Rütter^b; Avital Ratnitsky^c; Benjamin Biesinger^d

^a Dre oec., directrice générale, Prof. Bruhn & Partner AG; ^b Dre méd., MBA, directrice médicale, Solothurner Spitaler AG; ^c responsable de projet, Hôpital universitaire de Bâle, ^d consultant, Prof. Bruhn & Partner AG, et doctorant, Chaire de Management des Services de l'Université de Hohenheim

Le système de santé publique est confronté à une pénurie croissante de ressources [1] et réagit entre autres par l'optimisation des coûts et de nouveaux systèmes de gestion [2]. Dans ces conditions, il est nécessaire de fournir aux patientes et patients la meilleure prestation médicale possible compte tenu des ressources limitées – d'autant plus que, parallèlement,

leurs exigences augmentent [3, 4]. Dans ce contexte, le centrage sur le patient prend de plus en plus d'importance. Ce concept, qui consiste à fournir des soins médicaux en tenant compte des besoins individuels des patientes et patients [5], améliore de façon avérée l'évolution et la qualité de vie de ces dernières et de ces derniers [6].

Pour identifier les exigences de la patientèle et orienter les soins de santé vers une approche centrée sur le patient, les enquêtes auprès des principaux intéressés jouent un rôle clé [7, 8]. Alors que les enquêtes standardisées mesurent l'(in)satisfaction, les enquêtes qualitatives permettent de déterminer les besoins et expériences concrets ainsi que d'identifier ainsi les potentiels

d'amélioration pour la gestion des processus liés à la qualité [8, 9]. En complément des «Patient-Reported Experience Measures» (PREMs) [10], les enquêtes qualitatives mettent l'accent sur le vécu individuel du centrage sur le patient par les personnes concernées. Alors que les PREMs permettent un suivi quantitatif de l'expérience des patientes et patients, les entretiens structurés offrent des aperçus détaillés des facteurs d'influence individuels qui soutiennent une analyse ciblée des causalités.

La compétence professionnelle des médecins et du personnel soignant constitue la base d'une approche centrée sur le patient.

La gestion centrée sur le patient de l'Hôpital universitaire de Bâle et le cabinet de conseil en stratégie bruhrpartner ont conjointement mené une enquête en 2019 auprès de 100 patientes et patients. L'objectif de l'étude était d'identifier quels besoins doivent être satisfaits pour que les personnes concernées se sentent au centre de l'attention pendant leur séjour. Sur cette base, une équipe d'experts interdisciplinaires venant de domaines de la médecine, de la psychologie et des sciences de l'organisation a développé un

modèle des facteurs de réussite du centrage sur le patient. En 2021, une enquête de suivi a été menée auprès de 50 patientes et patients afin de réexaminer le modèle et d'affiner la compréhension du centrage sur le patient.

Modèle des facteurs de réussite

Le modèle des facteurs de réussite du centrage sur le patient à l'Hôpital universitaire de Bâle comprend sept facteurs de réussite, répartis en 35 champs d'action (figure 1). Chaque élément est expliqué de façon détaillée ci-après.

1. La compétence professionnelle des médecins et du personnel soignant constitue la base d'une approche centrée sur le patient. Du point de vue des personnes concernées, il s'agit en premier lieu de la compétence professionnelle des médecins et du personnel soignant, ainsi que de l'équipement médical et diagnostique (moderne). Cette compétence est également évaluée à travers la rigueur de l'examen médical.
2. Un personnel engagé et sympathique est particulièrement apprécié par les patientes et patients, en particulier compte tenu des difficultés liées au quotidien hospitalier. Une attitude positive et des questions portant sur les états d'âme des patientes et patients donnent le sentiment que le personnel met du cœur à son travail et s'attache à ce que les bénéficiaires de soins ne ressentent pas les difficultés auxquelles il est soumis, telles que la pression du temps et le stress.

3. La prise en compte de chaque patiente et chaque patient en tant que personne individuelle est primordiale et implique que les personnes concernées soient considérées comme des individus ayant des désirs et des besoins spécifiques. Cela peut se référer à des ajustements individuels des traitements ou au fait que les patientes et patients soient appelés par leur nom et ne se sentent pas comme un «numéro anonyme». Pour beaucoup, être centré sur le patient signifie en outre que l'équipe soignante, malgré la pression du temps, prend le temps nécessaire, écoute activement et pose des questions.
4. L'implication des patientes et patients dans leur parcours de soins décrit la communication honnête et transparente du déroulement du traitement et l'information sur les décisions médicales et les alternatives. Les bénéficiaires de soins souhaitent être informés de manière sincère et transparente sur leur traitement et leur pronostic. Ils veulent avoir leur mot à dire dans la planification de leur traitement et prendre des décisions – dans la mesure du possible – en collaboration avec le personnel de santé. Cela ne peut réussir que si des faits complexes sont présentés de manière compréhensible dans le langage des patientes et patients. Dans ce contexte, une approche holistique est souhaitée afin de percevoir les personnes concernées sous toutes leurs facettes. Les questions sur l'état psychique et l'implication des proches en font partie.



Figure 1: Modèle des facteurs de réussite du centrage sur le patient à l'Hôpital universitaire de Bâle.

Organisations

5. Le flux individuel des bénéficiaires de soins se réfère à des thèmes tout au long de leur parcours. Les personnes interrogées soulignent la flexibilité au niveau des rendez-vous et des temps d'attente courts. Alors que les temps d'attente entre les traitements sont tolérés, ils sont perçus comme gênants et évitables autour du processus de sortie. Pour un flux de patientes et patients fluide de l'entrée à la sortie, la disponibilité, l'emplacement des places de parking ainsi que la signalétique, par exemple un système de guidage par couleur sur le sol, jouent également un rôle.

6. La clarté et la responsabilité sont d'autres facteurs de réussite clés. Cela concerne entre autres l'échange d'informations entre les membres du personnel et vis-à-vis des patientes et patients. Un grand nombre de personnes concernées attendent des équipes de traitement interprofessionnelles et interdisciplinaires qui soient informées de toute leur situation. En outre, il est crucial que les bénéficiaires de soins ne se sentent pas obligés de gérer les flux d'informations (par exemple entre le personnel spécialisé ou avec les personnes qui les adressent). C'est surtout en cas de changement d'interlocuteurs que la transmission des informations entre le personnel médical et la communication d'un interlocuteur clair sont décisives. L'information proactive des patientes et patients sur le déroulement d'un traitement et au-delà est en outre décisive pour mieux accepter les circonstances négatives (par exemple les temps d'attente exceptionnels). Le respect des horaires de rendez-vous et des accords constitue un facteur de base.

Les patientes et patients souhaitent être informés de manière honnête et transparente sur leur traitement et leur pronostic.

7. Le bien-être fait référence à tous les champs d'action qui existent en plus du parcours (médical) des patientes et patients. Cela inclut la propreté, l'équipement de soins, la qualité des repas et leur diversité, ainsi que l'agrément des locaux et les options d'infodivertissement. De même, les facteurs émotionnels tels que les conversations humoristiques et les échanges quotidiens qui facilitent le quotidien à l'hôpital sont importants. Par ailleurs, les facteurs sociaux influencent le bien-être. Pour de nombreux bénéficiaires de soins, une collaboration collégiale et respectueuse du personnel ainsi que des équipes de traitement constantes sont importantes pour leur permettre d'établir une relation de confiance. De même, il s'est avéré que les personnes concernées recherchent un

soutien psychologique dans les relations avec les autres patientes et patients, en soulignant la valeur de la dimension sociale.

Conclusion et mise en œuvre

Cette étude met en évidence les aspects décisifs du point de vue des patientes et patients pour des soins de santé de haute qualité et précise quelles mesures concrètes d'optimisation sont nécessaires dans différents hôpitaux. Malgré les changements dynamiques dans le secteur de la santé, les principaux facteurs de réussite du centrage sur le patient restent constants sur les périodes étudiées (2019, 2021).

L'accent devrait être mis davantage sur la collaboration interprofessionnelle et interdisciplinaire au sein de l'hôpital.

L'étude confirme que pour les bénéficiaires de soins, la compétence professionnelle est une exigence de base du centrage sur le patient. Mais elle ne suffit pas à elle seule pour que cette approche soit effectivement perçue. Outre la compétence professionnelle, la collaboration interprofessionnelle et interdisciplinaire tout au long du parcours des patientes et patients constitue une condition centrale. Elle agit sur de nombreux champs d'action et a le potentiel d'apporter une contribution essentielle à une expérience centrée sur le patient. À cet égard, nos expériences montrent que des actions sont nécessaires à plusieurs niveaux pour influencer cette dimension.

Au niveau du conseil d'administration et de la direction, il est possible de mettre l'accent sur les processus (par exemple, en utilisant des indicateurs «time-to»). Des échanges structurés et interprofessionnels (par exemple les «huddles») peuvent éviter de multiples perturbations au cours de la journée et favoriser la communication entre les groupes professionnels. De même, les outils tels que les visualisations ne sont pas encore utilisés à plein régime dans la plupart des cliniques, bien qu'ils puissent accélérer et simplifier le travail. Divers projets visant à réduire les «pertes» dans le travail quotidien (par exemple les temps d'attente ou les processus de recherche) promettent une amélioration de la capacité d'action pour les groupes professionnels concernés. D'autres projets visant à optimiser le «skill and grade mix» dans les services contribuent à réduire les redondances et à former des profils professionnels plus attrayants. Dans ce domaine, le développement n'en est qu'à ses débuts.

Dans l'ensemble, l'accent devrait donc être mis davantage sur la collaboration (interpro-

fessionnelle et interdisciplinaire) au sein de l'hôpital, en plus des objectifs financiers et des objectifs de qualité classiques. Si elle est mise en œuvre avec succès, elle contribuera à son tour positivement à la réalisation des objectifs de qualité et a finalement un effet financier positif [11].

Dans une prochaine étape, il est décisif, d'une part, d'étendre l'étude sur une période plus longue afin de déterminer si les facteurs peuvent être influencés par certaines mesures. D'autre part, il est nécessaire d'élargir les sujets d'étude afin de vérifier les facteurs pour différents hôpitaux. Nous invitons donc cordialement les hôpitaux et professionnels de la santé intéressés à nous contacter afin d'approfondir les conclusions de cette étude ou d'initier d'autres enquêtes dans ce contexte.

Correspondance

mareike.ahlers[at]bruhnpartner.com
katharina.ruether[at]spital.so.ch



Références

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

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.

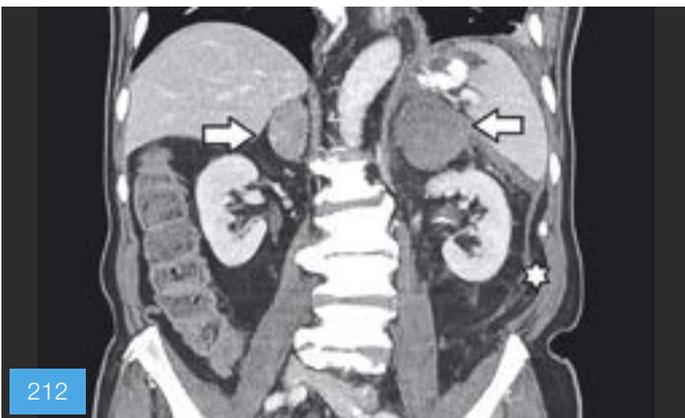


210

Dépistage par test HPV versus cytologie

Cancer du col de l'utérus En 2019, la Société Suisse de Cytologie a publié une prise de position dans ce journal concernant l'utilisation des tests de détection du virus du papillome humain en première intention pour le dépistage du cancer du col de l'utérus. Cette mise à jour présente de nouveaux éléments dans le débat. Les réserves antérieures restent toutefois d'actualité.

Sophia Taylor, Jessica Barizzi et al.



212

Une infection avec pancytopénie lourde de conséquences

Quiz Un patient de 79 ans s'est présenté en urgence en raison de douleurs abdominales basses progressives et d'une absence de miction depuis un jour. L'anamnèse du patient a révélé un cancer de la prostate résistant à la chimiothérapie et à la castration, avec métastases osseuses, hépatiques et pulmonaires.

Valerie Will, Regula Fankhauser, Gregor Lindner



218

Complication rare d'une agénésie de la veine cave supérieure

Premier cas reporté Une femme de 35 ans, requérante d'asile d'origine somalienne vivant en Suisse depuis un mois, se présente au centre d'hémodialyse dans l'hôpital en raison d'une insuffisance rénale chronique nécessitant des hémodialyses. Elle est autrement asymptomatique.

Lisa E. Gamble, Pietro Ricciardi et al.

Journal Club

Weekly Briefing

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

Rédaction scientifique Forum Médical Suisse

Bactériurie asymptomatique

Dissémination hémotogène rare

Une bactériurie asymptomatique (BA) ne doit pas être traitée. Pourtant, les personnes hospitalisées avec BA sont souvent traitées par antibiotiques, surtout en cas d'état mental altéré ou de somnolence. À quelle fréquence la BA est-elle à l'origine d'une bactériémie? Sur 11 590 personnes hospitalisées avec BA, seules 161 (1,4%) avaient une bactériémie émanant de la vessie. 8364 (72,2%) ont reçu une antibiothérapie empirique pour leur bactériurie (!). 2126 personnes avec BA présentaient un état mental altéré sans signe d'infection. Seuls 17 d'entre elles (0,7%) présentaient une bactériémie émanant de la vessie. Les données confortent les lignes directrices préconisant de ne pas traiter la BA, car la dissémination hémotogène à partir d'une BA est rare, même en cas d'état mental altéré.

JAMA Netw Open. 2024, doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.2283. Rédigé le 14.3.2024_MK

Hypothyroïdie subclinique

Taux de réversibilité spontanée élevé

L'hypothyroïdie subclinique (Hs) est définie par une thyroïdostimuline (TSH) élevée avec une thyroxine (T4) normale. L'Hs est le précurseur d'une hypothyroïdie clinique, mais elle se normalise souvent spontanément. Une étude avec participation suisse a évalué la fréquence et les facteurs favorisant de la normalisation d'une Hs. Sur 2335 personnes de >65 ans avec Hs, la TSH s'est normalisée chez 60,8% en un an, et chez 39,9% supplémentaires après un an de plus. Un âge jeune, le sexe féminin, des concentrations plus faibles de TSH et plus élevées de T4 ainsi que l'absence d'anticorps anti-peroxydase étaient associés à une normalisation. Il est conseillé de tout d'abord surveiller une Hs, car la probabilité de réversibilité est élevée.

J Clin Endocrinol Metab. 2023, doi.org/10.1210/clinem/dgad623. Rédigé le 14.3.24_MK

Cascade de prescription

Inhibiteurs calciques-diurétiques

Les œdèmes des jambes sont un effet indésirable (EI) gênant des inhibiteurs calciques (ICa). Ils sont dus à une vasodilatation artériolaire, de sorte que les diurétiques sont peu efficaces. Pourtant, la «cascade ICa-diurétiques» est souvent prescrite. Dans une étude observationnelle, des ICa ont été prescrits à 39 347 sujets hypertendus de >65 ans sans insuffisance cardiaque. Chez 1866 (4,8%), un nouveau diurétique a été prescrit dans les trois mois. Ce groupe a été comparé à des contrôles appariés sans diurétique. Le critère d'évaluation visite aux urgences + hospitalisation + décès était significativement plus fréquent (1,2x) dans le groupe diurétique durant les trois mois suivants. Cette association rappelle que les cascades de prescription favorisent la polypharmacie et donc de nouveaux EI.

J Am Geriatr Soc. 2024, doi.org/10.1111/jgs.18683. Rédigé le 16.3.24_MK

CME

AOD: quand oui, quand non?

- Les anticoagulants oraux directs (AOD) présentent deux avantages par rapport aux antivitamines K (AVK): administration orale simple à dose fixe, pas de contrôles de routine de la coagulation.
- Bien que les AOD aient détrôné les AVK pour des indications importantes, leur efficacité n'est pas (encore) établie pour diverses situations. Seules des études randomisées contrôlées avec preuve de non-infériorité livrent la base pour préférer les AOD aux AVK.
- Les AOD utilisés en Suisse sont les inhibiteurs du facteur Xa apixaban (Eliquis®),

rivaroxaban (Xarelto®) et edoxaban (Lixiana®), ainsi que l'inhibiteur de la thrombine dabigatran (Pradaxa®, Dabigatran Sandoz®).

- **AOD oui:** Les indications incontestées pour l'utilisation des AOD au lieu des AVK sont la fibrillation auriculaire pour la prévention des événements emboliques ainsi que les thromboses veineuses / embolies pulmonaires.
- **Réduction des AOD:** En cas d'insuffisance rénale, la dose d'AOD doit être réduite. En cas de clairance de la créatinine <15 ml/l, les AOD ne doivent pas être utilisés.
- **Prudence avec les AOD:** Le métabolisme via le cytochrome P450 3A4 et la glycoprotéine P entraîne de nombreuses interactions qui doivent toujours être vérifiées au préalable. Exemples d'interactions pertinentes:

clarithromycine, antifongiques azolés, phénytoïne, carbamazépine, millepertuis.

- **AOD non:** Pas d'AOD, mais des AVK, en cas de valves cardiaques mécaniques, de fibrillation auriculaire due à une sténose mitrale et de syndrome des antiphospholipides.
- **AOD non:** Les AOD sont contre-indiqués pendant la grossesse et l'allaitement.
- **Incertitude pour les AOD:** L'efficacité / la sécurité des AOD n'ont pas encore été démontrées de manière convaincante en cas de thrombus ventriculaire gauche, de thromboses veineuses profondes sur cathéter, de thromboses intestinales et de thromboses veineuses cérébrales.

J Am Coll Cardiol. 2024, doi.org/10.1016/j.jacc.2023.10.038. Rédigé le 17.3.24_MK

Histoire de la médecine

Sir Anthony Epstein
(1921–2024)

Il est estimé que les virus sont responsables de 15–20% de tous les cancers. Les preuves de ce lien sont toutefois relativement récentes: les premières remontent aux travaux du Prof. Anthony Epstein au début des années 1960. Epstein a étudié la médecine à Cambridge, puis a fait son service militaire en Inde dans les troupes sanitaires de la Royal Army. De retour en Angleterre, il a travaillé comme pathologiste et virologue au Middlesex Hospital de Londres, puis à l'Université de Bristol, où il a dirigé le département de pathologie de 1969 à 1985. Epstein a commencé ses études scientifiques avec le virus du sarcome de Rous, dont l'effet inducteur de tumeurs était déjà connu à l'époque sur un modèle animal.

L'histoire du succès d'Epstein débute par une conférence de Denis Burkitt, un chirurgien irlandais qui travaillait en Ouganda et qui a fait part de ses observations sur la fréquence accrue de tumeurs cervicales étranges chez les enfants en Afrique centrale («lymphomes de Burkitt»). Epstein était convaincu que des virus étaient impliqués dans la survenue de ces tumeurs, mais ses expériences se sont avérées vaines pendant deux ans. Le hasard a permis une avancée décisive: le vol transportant un autre échantillon de tissu en provenance d'Ouganda a dû être détourné de Londres vers Manchester en raison du brouillard et l'échantillon n'est arrivé au laboratoire qu'avec un certain retard. Macroscopiquement, celui-ci semblait contaminé, mais Epstein a attribué la turbidité à une prolifération excessive de cellules tumorales. Un examen au microscope électronique – Epstein avait appris la technique correspondante lors d'un séjour de recherche au Rockefeller Institute de New York quelques années plus tôt – a permis de faire la découverte: la mise en évidence de structures virales de la famille de l'herpès. Les résultats ont été publiés dans *The Lancet* en 1964 et le virus a été baptisé Epstein-Barr Virus (EBV) du nom d'Epstein et de sa doctorante, Yvonne Barr. En 1977, l'EBV a été officiellement reconnu comme cancérigène. Son rôle dans la survenue de lymphomes non hodgkiniens – par exemple en lien avec le SIDA ou en tant que syndrome lymphoprolifératif post-transplantation – est désormais incontesté. Anthony Epstein est décédé en février dernier à Londres à l'âge de 102 ans.

www.nytimes.com/2024/03/06/science/anthony-epstein-dead.html

BMJ. 2024, doi.org/10.1136/bmj.q515.

Rédigé le 13.3.24_HU, sur indication du

Dr méd. Sabine Dingens, Zurich

Immunologie



Illustration by Bertsy Golic (DrawinScience) © Institut Pasteur

Le tabagisme altère la réponse immunitaire à long terme.

Tabagisme: effets à long terme
sur la réponse immunitaire

L'âge, le sexe et le bagage génétique sont des déterminants majeurs de la réponse immunitaire. Quels autres facteurs jouent aussi un rôle? C'est la question à laquelle tente de répondre le projet Milieu Intérieur – avec les données d'une cohorte de 1000 volontaires sains âgés de 20–69 ans (100 femmes et 100 hommes de chaque décennie).

À cet effet, des chercheurs de l'Institut Pasteur de Paris ont ajouté à des échantillons de sang divers pathogènes («agonistes immunitaires»): entre autres *Escherichia coli*, Influenza, *Candida*, qui stimulent surtout l'immunité innée, et activateurs de lymphocytes B/T (par ex. avec des superantigènes staphylococciques), qui agissent sur la réponse immunitaire acquise et les cellules mémoire. Après environ 24 heures, les concentrations de cytokines et chimiokines inflammatoires ont été mesurées, puis les résultats ont été mis en corrélation avec 136 variables: entre autres indice de masse corporelle (IMC), durée du sommeil, activité physique, statut vaccinal, etc. Trois facteurs se sont finalement distingués: statut tabagique, IMC et infection latente à cytomégalovirus.

Chez les fumeuses et fumeurs actifs, il s'est en outre avéré que les deux formes de réponse immunitaire – innée et acquise – sont altérées. Après l'arrêt du tabagisme, la réponse immunitaire innée et donc l'inflammation excessive se normalisent rapidement – mais les effets sur les cellules mémoires B et T persistent jusqu'à 15 ans après. Les différences entre les personnes fumeuses et non-fumeuses semblent avoir une origine épigénétique: concrètement, elles sont dues à une hypométhylation de l'ADN dans les segments de gènes correspondants, entraînant une transcription accrue. Exemple: le nombre d'années et la quantité de cigarettes consommées («paquets-années») sont négativement corrélés à la méthylation de l'ADN du gène de l'interleukine 2 – après stimulation de la réponse immunitaire acquise, les valeurs de cytokines augmentent en conséquence.

Nous disposons ainsi de premières données montrant que le tabagisme a des effets immunologiques à long terme sur les lymphocytes B et T, qui persistent encore des années après l'arrêt du tabac. Ces résultats ont des implications non seulement pour la prédisposition aux infections, mais aussi pour la carcinogenèse et le développement d'une auto-immunité.

Nature. 2024, doi.org/10.1038/s41586-023-06968-8.

Rédigé le 15.3.24_HU

Prise de position de la Société Suisse de Cytologie: mise à jour

Dépistage du cancer du col de l'utérus: quoi de neuf?

Cette mise à jour de la prise de position de la Société Suisse de Cytologie de 2019 présente de nouveaux éléments dans le débat «dépistage HPV primaire versus cytologie». Les réserves antérieures restent toutefois d'actualité.

Dr méd. Sophia Taylor^a; Dr méd. Jessica Barizzi^b; Dr méd. Ines Raineri^c; Dr méd. Massimo Bongiovanni^d; PD Dr méd. Pierre Mainil-Varlet^e

^a Service d'Histocytopathologie, Institut Central des Hôpitaux, Hôpital du Valais, Sion; ^b Istituto Cantonale di Patologia, Ente Ospedaliero Cantonale (EOC), Locarno; ^c Institut Arnaboldi AG, MEDISYN SA, Winterthur; ^d MEDISYN SA, Lausanne; ^e Cytopath – Unilabs, Carouge

Introduction

En 2019, après la publication des nouvelles recommandations de la Société Suisse de Gynécologie et Obstétrique (SSGO) [1], la Société Suisse de Cytologie (SSC) a publié une prise de position dans ce journal concernant l'utilisation des tests de détection du virus du papillome humain (HPV) en première intention pour le dépistage du cancer du col [2]. En août 2021, le Comité national d'experts du dépistage du cancer (Cancer Screening Committee), créé dans le cadre de la «Stratégie nationale contre le cancer», a émis des recommandations [3] relatives au dépistage du cancer du col de l'utérus, qui préconisaient le maintien de la cytologie comme outil de dépistage chez les femmes entre 21 et 29 ans, puis un test HPV primaire entre 30 et 70 ans (avec triage cytologique si nécessaire), et ce tous les trois ans. Il recommandait aussi la prise en charge des tests HPV par l'assurance-maladie de base dans le cadre du dépistage. Quelle est la situation aujourd'hui?

État des lieux actuel en Suisse

Selon les statistiques les plus récentes (2022), l'incidence du cancer du col utérin en Suisse reste très bas (4,93/100 000) de même que sa

mortalité (1,25/100 000) [4]. En comparaison internationale, la Suisse a l'incidence la plus faible de tous les pays occidentaux et parmi les plus faibles au niveau mondial [5].

Le dépistage du cancer du col en Suisse est toujours opportuniste, c'est-à-dire, sans système organisé: il repose sur la volonté des gynécologues ou des femmes, de proposer/demander un test de dépistage. Un dépistage cytologique est remboursé par l'assurance-maladie de base tous les trois ans. Les résultats de l'enquête 2017 sur la santé de l'Office fédéral de la statistique [6] ont montré des disparités marquées quant à la fréquence du dépistage: 60% des femmes avaient consulté une ou un gynécologue au cours des douze derniers mois, 22% entre un et trois ans plus tôt, et les 18% restantes, pas depuis plus de trois ans, voire pas du tout. On peut donc conclure que 18% des femmes en Suisse, peut-être plus, sont sous-dépistées.

En Suisse, la quasi-totalité des dépistages du cancer du col sont faits au moyen de la cytologie en milieu liquide («liquid-based cytology» [LBC]). Cette dernière existe depuis 25 ans et offre de multiples avantages par rapport au frottis conventionnel: par exemple, elle a une meilleure sensibilité, donne moins de résultats non valables/insatisfaisants, permet des analyses complémentaires (surtout la détection d'agents pathogènes comme les virus HPV, les virus herpès ou *Chlamydia*) à partir du même prélèvement, et donne une meilleure qualité de lecture. Cette dernière caractéristique facilite même une assistance informatique à la lecture, d'abord par analyse d'image, puis dernièrement par intelligence artificielle. La technologie cytol-

gique employée pour le dépistage du cancer du col a donc beaucoup évolué depuis son invention dans les années 1920, et continue à évoluer.

Le dépistage du cancer du col utilisant la LBC repose actuellement sur une lecture visuelle, assistée ou non, par du personnel bénéficiant d'une formation hautement spécialisée, les cytotechnicien-ne-s et cytopathologistes. La Suisse a un excellent niveau de compétences dans ce domaine.

Il serait donc téméraire d'extrapoler des données d'études faites avec des frottis conventionnels, dans des conditions de lecture et de contrôle qualité inconnues – ce qui est le cas d'une majorité des études démontrant la supériorité du test HPV par rapport à la cytologie, comme outil de dépistage – à la situation en Suisse.

Nouvelles données scientifiques

Aux Pays-Bas, où le dépistage est organisé, centralisé et soigneusement documenté, le changement d'une stratégie basée sur la cytologie à un dépistage HPV primaire a eu lieu en 2017 déjà. Il est donc intéressant de se pencher sur les publications concernant leurs résultats. Certains sont très positifs, comme un taux de détection augmenté des précancers («cervical intraepithelial neoplasia» [CIN] 3) et des cancers invasifs [7].

D'autres sont moins réjouissants, notamment une baisse de la participation au dépistage, attribuée initialement aux problèmes d'implémentation de la nouvelle stratégie, mais qui continue au fil des ans [8], malgré l'option de l'auto-prélèvement.

Cet article ne reflète pas nécessairement l'opinion de la rédaction du FMS. Le contenu relève de la responsabilité rédactionnelle de la société ou du groupe de travail signataire; dans le cas présent, il s'agit de la Société Suisse de Cytologie.

Les auteur-e-s néerlandais-e-s relèvent aussi un taux de diagnostics cliniquement anodins (\leq CIN1) 2,2 fois plus élevé avec le dépistage HPV primaire qu'avec le dépistage cytotologique, contre un taux de diagnostics cliniquement importants (CIN2+) seulement 1,3 fois plus élevé [7, 9]. Ceci souligne l'importance primordiale de la stratégie de triage des résultats positifs.

Pour tenter d'atteindre les femmes sous-dépistées, les Pays-Bas proposent des kits d'auto-prélèvement, cette stratégie ayant donné de bons résultats dans de multiples études. Implémenté au niveau national, l'auto-prélèvement a effectivement réussi dans ce sens: 30% des femmes de >30 ans qui ont choisi cette option n'avaient jamais fait de dépistage auparavant [10]. Cependant, le taux de positivité HPV ainsi que celui de détection des précancers, CIN2 et CIN3, sont plus faibles dans ces échantillons que dans les prélèvements effectués par des médecins [10], pour des raisons qui restent à éclaircir.

Par ailleurs, une petite étude menée en Suisse en 2017 [11] n'avait pas montré un taux de participation plus élevé chez les femmes à qui un auto-prélèvement a été proposé. Ces femmes étaient aussi plus réticentes à consulter une ou un gynécologue après un résultat HPV positif. Le rôle de l'auto-prélèvement dans le dépistage du cancer du col, notamment pour atteindre la population sous-dépistée et la fiabilité des résultats obtenus restent donc encore à préciser.

D'autres publications récentes attirent l'attention sur les carcinomes invasifs du col utérin qui testent négatifs avec un test HPV: jusqu'à 15,7% dans une étude récente [12]. Hors, certains sous-types rares de cancer du col ne sont pas liés à la présence d'HPV, donc de rares cancers HPV-négatifs sont à attendre, même avec un test HPV approuvé. Les cancers du col HPV-négatifs étant de moins bon pronostic que les cancers HPV-positifs [13], même s'ils sont beaucoup moins fréquents, il serait dommage d'adopter une stratégie de dépistage incapable de les détecter.

Ce qui est plus inquiétant, en termes de santé publique, est la proportion des carcinomes épidermoïdes (le type le plus fréquent) qui n'a pas été détectée par un test HPV lors du dépistage: jusqu'à 9,8% des cas dans l'étude déjà citée ci-dessus [12]. Une autre étude mentionne 22,9% [14]. Ceci est considérablement plus élevé que la proportion citée par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) [15]: 5-7%. Les chiffres OMS se réfèrent à des cas ayant été intensivement investigués en laboratoire par de multiples moyens, y compris séquençage, pour détecter la présence du génome viral; les études citées ici décrivent par contre des cohortes de dépis-

tage, où les échantillons sont testés une seule fois et avec un seul test, et reflètent donc la réalité quotidienne.

En conclusion

Nous avons tenté d'apporter ici quelques éléments nouveaux dans le débat «dépistage HPV primaire versus cytologie». Les réserves émises dans notre première prise de position en 2019 [2] sont toutefois toujours d'actualité. Nous les rappelons ici:

Toutes les études démontrant une supériorité du dépistage par test HPV le font dans une structure de dépistage organisé – notion reprise dans les recommandations européennes actuelles [16] – et non pas dans un contexte de dépistage opportuniste comme le nôtre, où l'avantage reste à prouver.

Il n'est pas conseillé d'utiliser les tests HPV comme stratégie de dépistage primaire, en gardant un intervalle de dépistage de trois ans. Il faut rallonger l'intervalle à cinq ans [16, 17]. Les tests HPV étant beaucoup plus sensibles que la cytologie – ils détectent la présence du virus, et non une éventuelle lésion liée à celui-ci –, ils génèrent plus de résultats positifs, et tous ces résultats nécessitent des investigations de triage supplémentaires pour identifier les lésions possiblement précancéreuses. Cette sensibilité élevée peut être contrebalancée par un intervalle plus long entre les tests de dépistage.

Le dépistage par test HPV n'est rentable, en termes de coût-efficacité, que si l'intervalle entre les dépistages est prolongé à cinq ans. Les tests HPV coûtant encore beaucoup plus cher que la LBC, si le dépistage n'est pas strictement limité à un test tous les cinq ans – ce qui est possible uniquement dans un système de dépistage organisé – les coûts vont augmenter. Les examens et investigations de triage auront, eux aussi, un coût, qui vient s'ajouter au prix du test.

Enfin, la non-participation au dépistage représente le défi le plus important, car la population non dépistée, ou qui ne participe plus au dépistage, est à risque de développer un cancer du col, qui de surcroît risque d'être diagnostiqué à un stade plus tardif. Que ce soit pour des raisons d'isolement social ou linguistique, des raisons culturelles, en raison d'un âge avancé, d'un handicap physique ou pour toute autre cause, le choix du test HPV comme outil de dépistage n'a que peu de chances d'influencer cette situation.

Pour citer des correspondant-e-s ayant répondu à notre première prise de position [18], dont des membres du GTCOL (Groupe de travail colposcopie de la SSGO): «... dans ce contexte [des réserves émises], les recommandations de la SSGO doivent être comprises comme expérimentales et flexibles, avec une

réévaluation ultérieure une fois que les réserves énoncées auront été levées.» Nous ne pouvons qu'espérer qu'elles le seront un jour.

Le dépistage du cancer du col en Suisse, tout opportuniste qu'il est, est excellent et peu coûteux. Les femmes y adhèrent facilement; les cancers du col sont rares. Tout changement à notre stratégie de dépistage actuelle ne peut être envisagé que s'il n'augmente pas les coûts de la santé et s'il protège encore mieux les femmes en Suisse contre le cancer du col.

Correspondance

Dr méd. Sophia Taylor
Service d'Histocytopathologie
Institut Central des Hôpitaux (ICHV)
Hôpital du Valais
Av. Grand-Champsec 86
CH-1950 Sion
sophia.taylor[at]hopitalvs.ch

Conflict of Interest Statement

ST est Présidente, JB et IR sont anciennes Présidentes de la Société Suisse de Cytologie (SSC). Les auteur-e-s ont déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts potentiels.

Références recommandées

- Raineri I, Bongiovanni M, Bode-Lesniewska B, Bode PK, Bubendorf L, Kilgus S, et al. Prévention du cancer du col de l'utérus: dépistage HPV en première intention versus cytologie. Forum Med Suisse. 2019;19(37-38):608-10.
- Cancer Screening Committee. Recommandations relatives au dépistage du cancer du col de l'utérus. 08.2021. Disponible sous: <https://cancerscreeningcommittee.ch/wp-content/uploads/2021/08/CSC-Synthese-des-recommandations-20210805.pdf>
- Aitken CA, van Agt HME, Siebers AG, van Kemenade FJ, Niesters HGM, Melchers WJG, et al. Introduction of primary screening using hrHPV DNA detection in the Dutch cervical cancer screening programme: a population-based cohort study. BMC Med. 2019;17(1):228.
- Netherlands Comprehensive Cancer Organization (IKNL). National monitoring of cervical cancer screening programme in the Netherlands 2021 [Internet]. 2022 Sep [consulté le 12.01.2024]. Disponible sous: https://iknl.nl/getmedia/39b7f680-d2f8-4467-b60f-ccdfe8324f0d/IKNL_monitor-BMHK-UK_2022.pdf
- Vasilyeva D, Tiscornia-Wasserman P, Gonzalez AA. Negative Roche cobas HPV testing in cases of biopsy-proven invasive cervical carcinoma, compared with Hybrid Capture 2 and liquid-based cytology. J Am Soc Cytopath. 2021;10(2):128-34.



Références

La liste complète des références est disponibles sur: <https://smf.swisshealthweb.ch/fr/article/doi/fms.2024.1409228150>.



Dr méd. Sophia Taylor
Service d'Histocytopathologie,
Institut Central des Hôpitaux,
Hôpital du Valais, Sion

Complication rare

Une infection avec pancytopénie lourde de conséquences

Dr méd. Valerie Will^a; Dr méd. Regula Fankhauser^a; Prof. Dr méd. Gregor Lindner^b^a Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Notfallmedizin, Bürgerspital Solothurn, Solothurn; ^b Universitäres Notfallzentrum, Inselspital Bern, Bern

Description du cas

Un patient de 79 ans s'est présenté en urgence en raison de douleurs abdominales basses progressives et d'une absence de miction depuis un jour. L'anamnèse du patient a révélé un cancer de la prostate résistant à la chimiothérapie et à la castration, avec métastases osseuses, hépatiques et pulmonaires. Dans le cadre de la métastatisation osseuse, une insuffisance de la moelle osseuse avec pancytopénie s'était développée.

Aux urgences, nous avons vu un patient hémodynamiquement stable, afébrile, avec un abdomen indolore. Devant une vessie pleine à l'échographie, nous avons conclu à une rétention urinaire et posé une sonde à demeure. Le patient présentait une hyponatrémie, qui a été interprétée dans le cadre d'une hypovolémie. Il a été hospitalisé pour être réhydraté.

Par la suite, l'état général du patient s'est détérioré. Il se plaignait d'un abattement croissant, de vomissements et de douleurs abdominales. Sur le plan clinique, le patient était fébrile (39,0 °C), tachycarde (109/min) et hypotendu (94/49 mm Hg), avec une vigilance réduite (Glasgow Coma Scale [GCS] 13); l'auscultation a révélé des râles crépitants à la base gauche du poumon. Les valeurs de laboratoire sont présentées dans le tableau 1.

En raison de la fièvre, des valeurs inflammatoires élevées et d'un score SOFA («sepsis-related organ failure assessment») de 5 points (vigilance, hypotension, hyperbilirubinémie, aggravation de la thrombocytopénie), nous avons conclu en premier lieu à un sepsis, avons prélevé des cultures d'urine et de sang et avons initié une antibiothérapie par céfépime du fait de la neutropénie. Face à l'hyponatrémie symptomatique avec baisse de la vigilance et vomissements, un traitement par 100 ml de solution de chlorure de sodium (NaCl) à 3% a été mis en place.

Question 1

Quelle affirmation concernant la clarification d'une hyponatrémie n'est pas correcte?

Tableau 1: Valeurs de laboratoire du patient

Paramètre	Unité	Plage de référence	Valeur
Hématologie			
Hémoglobine	g/l	137–165	81
Leucocytes	G/l	3,9–9,5	1,2
Granulocytes neutrophiles	G/l	1,5–5,7	0,4
Thrombocytes	G/l	140–360	20
Coagulation			
International Normalized Ratio (INR)		0,85–1,15	1,3
Temps de thromboplastine partielle activée (aPTT)	sec	25,4–36,9	30,3
Fibrinogène	g/l	2–3,93	5,65
Chimie			
Sodium	mmol/l	136–145	115
Potassium	mmol/l	3,6–5,1	4,2
Osmolalité	mmol/kg	270–295	247
Créatinine	μmol/l	64–104	61
Débit de filtration glomérulaire estimé (DFGe)	ml/min	>90	90
Bilirubine	μmol/l	<21	32
Aspartate aminotransférase (ASAT)	U/l	5–35	159
Alanine aminotransférase (ALAT)	U/l	<45	16
Phosphatase alcaline (PA)	U/l	40–150	60
Gamma-glutamyl-transférase (GGT)	U/l	12–64	58
Protéine C réactive	mg/l	<5,1	150,8
Diagnostic urinaire			
Sodium urinaire	mmol/l		131
Osmolalité urinaire	mmol/kg		581

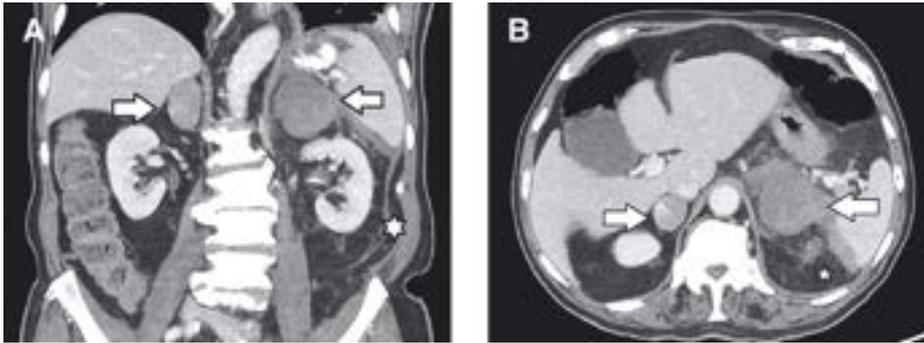


Figure 1: Tomodensitométrie de l'abdomen, coupe coronale (A) et transversale (B): masse surrénalienne gauche hétérogène (←) avec des trajets liquidiens en direction caudale (*), et masse surrénalienne droite d'environ 3 cm (→) avec des parties hyperdenses, au sens d'une hémorragie surrénalienne bilatérale.

- Le statut volémique doit être déterminé pour savoir s'il s'agit d'une forme hypo-, eu- ou hypervolémique.
- Il convient de déterminer l'osmolalité sérique et urinaire ainsi que le sodium urinaire.
- En cas d'osmolalité sérique élevée, il faut penser à une hyperglycémie.
- Un sodium urinaire élevé est compatible avec une hyponatrémie liée à un sepsis.
- La normovolémie est un critère diagnostique du syndrome de sécrétion inappropriée d'hormone antidiurétique (SIADH).

La détermination du statut volémique et les analyses urinaires font partie du bilan d'une hyponatrémie. Une osmolalité sérique élevée est indicative de substances osmotiquement actives, mais notre patient présentait une hyponatrémie hypo-osmolaire. Chez notre patient hypotendu, tachycarde et fébrile, nous avons supposé une hyponatrémie hypovolémique dans le cadre d'une infection. Les analyses urinaires ont montré un sodium urinaire augmenté, ce qui correspondrait plutôt à un SIADH. L'hypovolémie serait toutefois un critère d'exclusion, et il faudrait en outre exclure des causes telles qu'un dysfonctionnement thyroïdien ou une insuffisance surrénalienne (IS). Malgré les analyses urinaires, nous avons opté pour une expansion volémique et avons recherché un foyer infectieux. La recherche d'une infection dans l'urine était sans particularité. En raison de l'immunosuppression, nous avons décidé de réaliser une tomodensitométrie (TDM) du thorax, de l'abdomen et du bassin. Elle a révélé un épanchement pleural à la base gauche avec des dystélectasies adjacentes et un possible infiltrat, ce qui nous a amenés à conclure à un foyer pulmonaire. Au niveau abdominal, une anomalie des glandes surrénales a été constatée (fig. 1).

Question 2

Comment cette anomalie doit-elle être interprétée?

- Hémorragie surrénalienne (HS) bilatérale

- Métastases surrénaliennes
- Adénomes surrénaliens
- Carcinomes surrénaliens
- Surréalite auto-immune

L'anomalie a été interprétée comme étant le plus probablement une HS bilatérale d'origine para-infectieuse et liée à la thrombocytopénie. Des tumeurs doivent être envisagées dans le diagnostic différentiel, mais elles n'expliqueraient pas les trajets liquidiens et la survenue aiguë. En cas de surréalite auto-immune, les glandes surrénales seraient typiquement de taille normale ou atrophiées.

Question 3

En tenant compte de l'ensemble des résultats, quel est le diagnostic à retenir?

- Crise addisonienne (CA)
- IS secondaire
- Choc hémorragique
- Sepsis suffisamment expliqué par les anomalies constatées
- SIADH

En raison de l'hyponatrémie et de l'HS bilatérale, nous avons interprété l'hypotension, les vomissements et la baisse de la vigilance non seulement dans le cadre de l'infection, mais aussi dans le sens d'une CA débutante. En cas de pathologies surrénaliennes, il y a une IS primaire. Un choc hémorragique serait en principe possible, mais n'expliquerait pas l'hyponatrémie. Les analyses urinaires avec un sodium urinaire élevé ainsi que l'hypovolémie sont compatibles avec une IS, ce qui exclut le diagnostic de SIADH.

Question 4

Quelle mesure devrait être prise immédiatement en cas de suspicion de CA?

- Investigations diagnostiques approfondies et attente des résultats avant l'instauration d'un traitement
- Prélèvement sanguin immédiat pour déterminer le cortisol et l'adrénocorticotrophine

(ACTH) sériques ainsi que l'aldostérone/la rénine sériques, suivi de l'administration de 100 mg d'hydrocortisone par voie intraveineuse

- Comme pour b), mais administration de 125 mg de méthylprednisolone
- Administration de 30 mg d'hydrocortisone par jour
- Expansion volémique seule

Une CA requiert un traitement immédiat par hydrocortisone à la dose de 100 mg, poursuivi à raison de 200 mg par jour. Avant la première administration, un prélèvement sanguin doit être effectué pour déterminer le taux de cortisol et d'ACTH sériques, ainsi que l'aldostérone et la rénine sériques pour différencier une IS primaire d'une IS secondaire. La méthylprednisolone a une activité minéralocorticoïde moindre et n'est donc pas le premier choix. L'administration de 30 mg d'hydrocortisone correspond à une dose d'entretien usuelle. Une expansion volémique doit être effectuée en complément.

En raison de l'hémorragie active avec thrombocytopénie, notre patient a reçu une transfusion de concentrés plaquettaires et érythrocytaires ainsi que 3 × 500 mg d'acide tranexamique. La détermination des paramètres de la coagulation avait montré une discrète augmentation de l'«International Normalized Ratio» (INR) ainsi qu'une hyperfibrinogénémie. Nous avons interprété cette dernière comme une réaction de phase aiguë dans le cadre de l'infection et du cancer. L'état général et la vigilance du patient se sont nettement améliorés par la suite et le patient est resté stable sur le plan hémodynamique. Le sodium a augmenté et s'est finalement normalisé. La substitution intraveineuse par hydrocortisone a été remplacée par 20 mg de prednisolone et 0,1 mg de fludrocortisone.

Question 5

Quelle affirmation concernant le pronostic est correcte?

- Le traitement par hydrocortisone peut être arrêté progressivement.
- Une adaptation de la dose n'est plus nécessaire.
- En cas de stress aigu, comme une opération, la dose doit être augmentée.
- Une récupération surrénalienne est probable.
- Les affirmations a) et d) sont correctes.

Une récupération surrénalienne est improbable au vu de l'HS bilatérale et le patient requiert une substitution à vie par corticoïdes. Lors d'un stress dû à une infection, un traumatisme ou une opération, les besoins sont accrus et la posologie doit donc être augmentée.

Les valeurs inflammatoires ont régressé sous antibiothérapie, qui a donc été arrêtée après

Quel est votre diagnostic?

cinq jours. Les cultures d'urine et de sang n'ont montré aucune croissance. Un sepsis semblait plutôt improbable au vu de la récupération rapide et de l'absence de germes, d'autant plus que les paramètres SOFA pourraient aussi avoir été influencés par l'IS.

Discussion

L'HS est une cause rare d'IS primaire [1-3]. La destruction de la glande surrénale entraîne une diminution de la production de cortisol, d'aldostérone et d'androgènes [1-3]. L'IS secondaire, quant à elle, est en premier lieu due à une pathologie de l'hypophyse [1-3]. Nous nous intéressons ci-après à l'IS primaire. L'origine auto-immune, isolée ou dans le cadre d'un syndrome polyglandulaire auto-immun, représente la cause la plus fréquente d'IS primaire [2]. Parmi les autres causes figurent les maladies infiltratives telles que la sarcoïdose, l'amylose ou l'hémochromatose, les affections malignes telles que les métastases ou les tumeurs primaires des surrénales, les maladies infectieuses telles que la tuberculose ou les infections fongiques, ainsi que les causes génétiques [1-3].

Une CA peut notamment survenir en cas de destruction aiguë de la glande surrénale, comme dans le cas d'une HS, ou dans des situations de stress, telle qu'infections, opérations et traumatismes, en présence d'une IS non encore traitée [4]. La CA est définie comme une détérioration aiguë de l'état de santé avec au moins deux des symptômes/anomalies suivants: hypotension, nausées/vomissements, fatigue sévère, fièvre, somnolence, hyponatrémie ou hyperkaliémie et hypoglycémie [4]. Il y a en outre souvent une hypercalcémie, une anémie, une éosinophilie et une lymphocytose [1-3]. La CA est une urgence endocrinologique; elle requiert un traitement immédiat par 100 mg d'hydrocortisone par voie intraveineuse et une expansion volémique [5].

Avant la première administration, un prélèvement sanguin doit être effectué pour déterminer le cortisol et l'ACTH sériques afin de confirmer le diagnostic [5]. Un cortisol sérique bas <140 nmol/l ainsi qu'une augmentation réflexe de l'ACTH, supérieure à deux fois la norme, permettent de poser le diagnostic d'IS primaire [5]. Du fait de la fluctuation du cortisol en fonction du moment de la journée, il est préférable de mesurer le cortisol à jeun pour le diagnostic d'IS, ce qui n'est toutefois pas réalisable en cas de CA en raison de l'indication thérapeutique urgente. Le test de stimulation à l'ACTH, qui peut être effectué indépendamment du moment de la journée, est quant à lui notamment utilisé pour distinguer une IS primaire d'une IS secondaire [5].

Le traitement par hydrocortisone est administré à une dose de 200 mg par jour, soit en

continu, soit en bolus de 50 mg toutes les six heures [5]. Après stabilisation, il est possible de passer à un traitement de base avec un corticoïde (hydrocortisone ou prednisolone) et un minéralocorticoïde (fludrocortisone) [5].

Chez notre patient, la cause de la CA était une HS bilatérale. Les causes décrites de l'HS incluent les traumatismes [6, 7], les coagulopathies telles que la thrombocytopenie induite par l'héparine [6, 7], le lupus érythémateux disséminé [7] ou le COVID-19 [6, 7]; des HS ont également été décrites en lien avec un traitement anticoagulant [6], une «vaccine-induced thrombotic thrombocytopenia» [6], la grossesse [6, 7], un syndrome des antiphospholipides [6, 7], des tumeurs surrénaliennes [6, 7], des opérations abdominales [6], un cathétérisme veineux surrénalien [6] ou des infections [6, 7]. Une HS dans le cadre d'un sepsis est principalement associée à une infection méningococcique, mais peut aussi être provoquée par de nombreux autres germes tels que les streptocoques du groupe A, les pneumocoques, les rickettsies et le staphylocoque doré [8].

Il faut s'attendre à une IS dans la plupart des cas en raison de l'hémorragie étendue [6]. Des douleurs abdominales et des signes de CA sont des symptômes typiques [6]. La TDM permet de visualiser une hémorragie sous forme de masse surrénalienne ovale ou ronde de densité mixte ou élevée (50-90 unités Hounsfield) sans prise de contraste [6, 7]. De plus, il y a souvent une imbibition des tissus environnants et un hématome rétropéritonéal [6, 7]. Un traitement conservateur ainsi qu'une substitution de l'IS sont généralement suffisants [6, 7]. Chez les patientes et patients hémodynamiquement instables, l'embolisation endovasculaire est une option thérapeutique [6, 7]. En l'absence de possibilité d'embolisation ou en cas de suspicion de carcinome, il convient de procéder à une laparotomie exploratrice [6, 7].

Notre patient présentait plusieurs symptômes qui pouvaient être attribués à la fois à un sepsis et à une IS. Cependant, seule l'imagerie nous a permis de diagnostiquer une CA et de la traiter en conséquence. Le diagnostic initial de sepsis doit être remis en question compte tenu de l'évolution favorable, de l'absence de détection de germes et de l'influence possible exercée par les symptômes de l'IS sur les paramètres du score SOFA. Il est possible que l'irrigation sanguine accrue des surrénales dans le cadre de l'infection ainsi que la thrombocytopenie aient été suffisantes pour provoquer l'HS. Un dosage du cortisol et de l'ACTH sériques n'a pas été effectué pour ne pas retarder l'initiation du traitement. Cependant, compte tenu de l'HS bilatérale et de l'hyponatrémie, qui a pu être corrigée par l'administration d'hydrocortisone,

une IS doit être présumée. Ainsi, la difficulté concernant la CA ne réside pas dans le traitement, mais dans le fait de penser à une pathologie surrénalienne. Ou, comme l'a formulé C. Brosnan: «Addison's disease remains the unforgiving master of non-specificity and diagnosis» [9].

Réponses

Question 1: d. Question 2: a. Question 3: a. Question 4: b. Question 5: c.

Correspondance

Dr. med. Valerie Will
Buchi-Praxis
Weissensteinstrasse 31
CH-3360 Herzogenbuchsee
valerie[at]brunihus.ch

Remerciements

Nous remercions le Dr méd. Yassir El Baz pour l'interprétation et la mise à disposition des images radiologiques.

Ethics Statement

Un consentement éclairé écrit est disponible pour la publication.

Conflict of Interest Statement

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

Références

- 1 Betterle C, Presotto F, Furmaniak J. Epidemiology, pathogenesis, and diagnosis of Addison's disease in adults. *J Endocrinol Invest*. 2019;42(12):1407-33.
- 2 Bancos I, Hahner S, Tomlinson J, Arlt W. Diagnosis and management of adrenal insufficiency. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2015;3(3):216-26.
- 3 Barthel A, Benker G, Berens K, Diederich S, Manfras B, Gruber M, et al. An update on Addison's disease. *Exp Clin Endocrinol Diabetes* 2019;127(2-03):165-75.
- 4 Allolio B. Extensive expertise in endocrinology. *Adrenal crisis*. *Eur J Endocrinol*. 2015;172(3):R115-24.
- 5 Bornstein SR, Allolio B, Arlt W, Barthel A, Don-Wauchope A, Hammer GD, et al. Diagnosis and treatment of primary adrenal insufficiency: an endocrine society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab*. 2016;101(2):364-89.
- 6 Elhassan YS, Ronchi CL, Wijewickrama P, Baldeweg SE. Approach to the patient with adrenal hemorrhage. *J Clin Endocrinol Metab*. 2023;108(4):995-1006.
- 7 Badawy M, Gaballah AH, Ganeshan D, Abdelalziz A, Remer EM, Alsabbagh M, et al. Adrenal hemorrhage and hemorrhagic masses; diagnostic workup and imaging findings. *Br J Radiol*. 2021;94(1127):20210753.
- 8 Guarner J, Paddock CD, Bartlett J, Zaki SR. Adrenal gland hemorrhage in patients with fatal bacterial infections. *Mod Pathol*. 2008;21(9):1113-20.
- 9 Brosnan CM, Gowing NF. Addison's disease. *BMJ*. 1996;312(7038):1085-7.



Dr méd. Valerie Will
Klinik für Allgemeine Innere Medizin und
Notfallmedizin, Bürgerspital Solothurn,
Solothurn

Effet indésirable inhabituel

Candidémie sous inhibiteur du SGLT2

Christian Bischof^{a,b}, médecin diplômé; Prof. Dr méd. Andreas Werner Jehle^{b,c,d}; PD Dr méd. Stefan Zimmerli^e; Prof. Dr méd. Rami Sommerstein^{a,d,e}

^a Klinik für Infektiologie und Spitalhygiene, Hirslanden Zentralschweiz, Luzern; ^b Klinik für Innere Medizin, Hirslanden Klinik St. Anna, Luzern; ^c Klinik für Transplantationsimmunologie und Nephrologie, Universitätsspital Basel, Basel; ^d Fakultät für Medizin und Gesundheitswissenschaften, Universität Luzern, Luzern; ^e Universitätsklinik für Infektiologie, Universitätsspital Bern, Bern

Contexte

Les inhibiteurs du cotransporteur sodium-glucose de type 2 (SGLT2), une nouvelle classe d'anti-diabétiques de plus en plus utilisée, agissent en inhibant la réabsorption du glucose dépendante du sodium dans le tubule rénal proximal. Il en résulte une excrétion accrue de glucose dans l'urine. L'effet néphro- et cardioprotecteur est contrebalancé par des effets indésirables dus à la glycosurie accrue. Ainsi, les inhibiteurs du SGLT2 augmentent le risque de mycoses génitales, parfois compliquées.

Présentation du cas Anamnèse

Un patient de 72 ans s'est présenté aux urgences en raison d'une présyncope après une miction avec présence de sang dans les urines. Suite à des brûlures mictionnelles avec un jet urinaire affaibli, il avait été examiné onze jours auparavant par un urologue. L'échographie avait révélé un volume prostatique augmenté de 60 ml, avec un volume d'urine résiduelle de 215 ml sans ectasie des voies urinaires. Après la pose du diagnostic d'hyperplasie de la prostate, il s'est vu prescrire de la tamsulosine, ce qui a amélioré la miction. Le patient nous a également signalé une perte d'appétit, avec une perte de poids de 10 kg, soit 15% de son poids corporel, au cours des six derniers mois.

Ses antécédents médicaux pertinents incluaient un diabète de type 2 (DT2) insulino-dépendant, une maladie coronarienne et un tabagisme (50 paquets-années). À son admission, le patient prenait de l'insuline à longue durée d'action, de la metformine, de l'empagliflozine (inhibiteur du SGLT2) initiée huit mois auparavant, de l'acide acétylsalicylique et de la tamsulosine.

Examen clinique et résultats

Sur le plan clinique, le patient était fébrile (température 38,1 °C, pression artérielle 104/66 mm Hg,

fréquence cardiaque 91/min, saturation en oxygène [SO₂] 92%), avec un examen physique sans particularité. L'inspection génitale a montré que le patient était circoncis, le toucher rectal était indolore. Le test COVID était négatif et la radiographie du thorax était normale. Les analyses sanguines ont révélé une leucocytose de 16,2 G/l, une protéine C réactive (CRP) de 19,6 mg/l et une valeur élevée d'antigène spécifique de la prostate (PSA) de 7,01 µg/l (valeur normale <4 µg/l).

En raison d'un volume d'urine résiduelle important de 400 ml avec possiblement des caillots sanguins dans la vessie, une sonde transurétrale à demeure a été posée (fig. 1).

Une leucocyturie (66 leucocytes/champ), une hématurie (12 érythrocytes/champ), une glycosurie (+++) et des levures ont été détectées dans le sédiment urinaire. La culture d'urine a montré une croissance de *Candida glabrata* avec

106 UFC/ml (unités formant colonie par ml) (fig. 2).

Candida glabrata a également été détectée dans les deux paires d'hémocultures (aérobie et anaérobie, «time-to-positivity» 25–56 heures). Le test de résistance a montré une concentration minimale inhibitrice de 0,03 µg/ml pour l'anidulafungine. La sérologie a révélé une valeur limite de bêta-D-glucane de 4,0 pg/ml (valeur normale: <2,5 pg/ml), le dépistage du virus de l'immunodéficience humaine 1/2 s'est révélé négatif.

Diagnostic

Nous avons donc posé le diagnostic de candidémie à *Candida glabrata* communautaire. Face à une candidurie concomitante, nous avons évoqué une infection urogénitale ascendante comme source possible de la candidémie. Une prostatite a été envisagée comme diagnostic



Figure 1: Échographie de la vessie, coupe transversale du bas-ventre: volume d'urine résiduelle important (400 ml) avec mise en évidence d'une zone hyperéchogène dans la lumière, compatible avec des caillots sanguins.



Figure 2: Culture fongique; boîte de Petri avec milieu chromogène (transparent) et gélose Columbia CNA avec 5% de sang de mouton) (rouge). Détection de *Candida glabrata* (matériel provenant d'un autre patient; source de l'image: Bioanalytica AG Luzern).

différentiel. Il n'était toutefois pas clair pourquoi une infection fongique invasive s'était produite, ce qui est rare chez les personnes immunocompétentes. Par souci d'exhaustivité, il convient également de mentionner que le patient a été toute auto-manipulation de l'urètre.

Traitement et évolution

Nous avons initié un traitement antifongique par anidulafungine 200 mg par voie intraveineuse en dose de charge unique, suivie de 100 mg par voie intraveineuse une fois par jour. L'empagliflozine a été interrompue. L'évolution clinique et biologique a alors été réjouissante, avec une disparition rapide de la fièvre et une régression des valeurs inflammatoires. Les cultures de sang et d'urine prélevées par la suite sont restées négatives.

Nous avons recherché d'une part d'autres portes d'entrée possibles de l'infection fongique, d'autre part des maladies sous-jacentes induisant une immunosuppression, notamment compte tenu de la perte d'appétit et de poids. Il n'y avait aucun indice clinique en faveur d'une endophthalmie comme complication de la candidémie. Il n'y avait pas lieu de s'attendre à une candidose disséminée chronique chez un patient non neutropénique.

L'échographie abdominale et la tomodensitométrie (TDM) du thorax et de l'abdomen ont

révélé une prostate hypertrophiée sans autres anomalies, des reins normaux et des voies urinaires de calibre normal, sans concrétions ni autres pathologies; le foie et la rate étaient sans particularités. L'échocardiographie transthoracique, qui offrait de bonnes conditions d'éva-

luation, n'a pas révélé de végétation valvulaire. La consultation oto-rhino-laryngologique n'a pas fait apparaître d'anomalie notable. Une œsophago-gastro-duodénoscopie a montré une légère œsophagite de reflux; à l'iléo-coloscopie, une pandiverticulose à prédominance sigmoïdienne a été décrite, avec une coloscopie au demeurant normale. Enfin, une imagerie par résonance magnétique (IRM) de la prostate a été réalisée, décrivant une hyperplasie bénigne de la prostate sans lésions suspectes ni nécroses (fig. 3).

Le traitement intraveineux par anidulafungine a été arrêté après 14 jours et le patient a pu rentrer chez lui en bon état général. Dans le cadre d'une consultation ambulatoire d'infectiologie, le patient a également signalé une augmentation de l'appétit et du poids plusieurs semaines après l'arrêt du traitement antifongique. La prise de poids peut aussi être due à l'arrêt du traitement par l'empagliflozine, car les inhibiteurs du SGLT2 favorisent la perte de poids en raison de la glycosurie. La numération leucocytaire et la CRP s'étaient normalisées. Lors d'un contrôle urologique, le patient a en outre fait état d'une miction tout à fait satisfaisante.

Discussion

Nous avons traité un patient présentant une candidurie et une candidémie communautaires avec mise en évidence de *Candida glabrata*. En résumé, nous considérons que la candidémie était due à une infection urogénitale ascendante dans le cadre d'une constellation à risque associant DT2, trouble mictionnel obstructif et glycosurie sous inhibition du SGLT2. Les investigations n'ont pas révélé d'autres portes d'entrée, ni de colonisations secondaires, ni d'indices

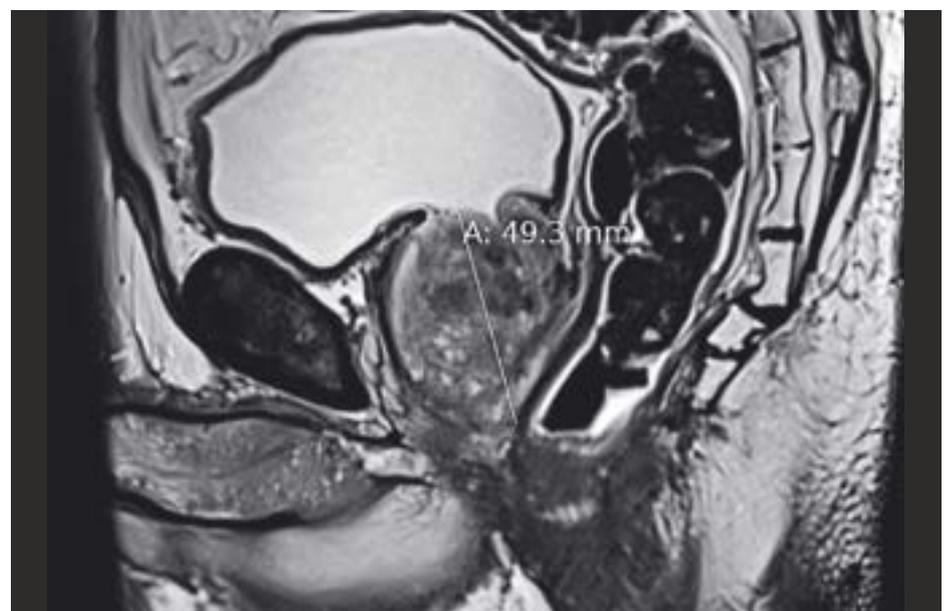


Figure 3: Imagerie par résonance magnétique de la prostate; coupe sagittale: mise en évidence d'une hyperplasie bénigne de la prostate sans lésions suspectes ou nécroses.

d'immunodéficience. En consultant la littérature, il apparaît que notre cas est exceptionnel.

Les sujets atteints de DT2 ont un risque accru de mycose génitale. Une étude de cohorte a décrit un risque relatif de vaginite de 1,81 (intervalle de confiance à 95% [IC 95%] 1,64–2,00) chez les femmes et de balanite de 2,85 (IC 95% 2,39–3,39) chez les hommes atteints de DT2 [1]. Le risque s'accroît encore sous traitement par inhibiteurs du SGLT2. Plusieurs articles de revue et méta-analyses ont montré que le risque d'infections fongiques de l'appareil génital était jusqu'à 6 fois plus élevé chez les personnes atteintes de DT2 sous inhibiteurs du SGLT2 par rapport au placebo [2–4]. Le fait que les hommes circoncis fassent partie du groupe présentant le risque le plus faible témoigne de l'efficacité des mesures d'hygiène préventives lors de la miction (rétraction du prépuce et nettoyage et séchage du gland chez les hommes, nettoyage du vagin vers l'anus chez les femmes) [5].

La candidurie est souvent l'expression d'une colonisation ou d'une contamination asymptomatique [6]. La prévalence des candiduries communautaires varie en fonction des caractéristiques des patientes et patients. Une étude transversale portant sur 100 000 échantillons d'urine de la population générale a montré que 0,1% des échantillons d'urine reçus en ambulatoire étaient colonisés par *Candida* spp. [7]. Dans une petite étude transversale, l'urine de 400 personnes atteintes de DT2 a été analysée. Une croissance de *Candida* spp. a été détectée dans 10% de toutes les cultures d'urine. Parmi ces personnes, 55% avaient une glycosurie [8]. Un cas rapporté dans la littérature portant sur un patient atteint de DT2 associe la prise d'empagliflozine à la survenue d'une cystite hémorragique avec détection de *Candida glabrata* [9]. Avec une excrétion non significative des échinocandines dans l'urine, il est remarquable que dans notre cas, le traitement par anidulafungine ait entraîné une négativation de la culture d'urine, avec des troubles urogénitaux régressifs. La concentration urinaire d'anidulafungine est <0,1% de la concentration plasmatique d'anidulafungine [10].

Si la candidurie s'accompagne d'une candidémie, il faut penser à deux mécanismes dans le cadre du diagnostic différentiel: premièrement, à une source extrarénale de *Candida* spp. avec une dissémination secondaire dans le système rénal; deuxièmement, à une infection urogénitale ascendante [6, 11]. Pour cette dernière, il existe relativement peu de données épidémiologiques. Dans une étude de cohorte, 20,8% des candidémies de personnes hospitalisées étaient d'origine urogénitale. *Candida glabrata* était l'espèce la plus fréquemment retrouvée dans les cultures. Il est intéressant de noter que ces personnes ne présentaient pas les facteurs

de risque généraux de candidémies (tels qu'antibiothérapie à large spectre, cathéter veineux central, neutropénie), mais avaient une rétention urinaire, un reflux vésico-urétéral et/ou un cathéter urinaire transurétral [12].

Les données relatives aux candidémies communautaires d'origine urogénitale sont encore plus rares. Dans la même étude, il s'est avéré que tous les cas où *Candida glabrata* avait été détecté présentaient des anomalies préexistantes du tractus urinaire (telles que concrétions, abcès ou parties nécrosées de la prostate). Il en va de même dans un article sur deux cas de candidémies communautaires chez des personnes atteintes de DT2 sous empagliflozine. Ici aussi, les deux patients présentaient des anomalies sous-jacentes du tractus urogénital: un calcul rénal obstructif et un abcès de la prostate d'une part, un diverticule vésical et une balanite xérotique oblitérante avec une sténose urétérale nécessitant une dilatation d'autre part [13].

Dans ce contexte, notre cas de candidémie communautaire avec une source urogénitale, sans signe d'anomalies anatomopathologiques pertinentes du tractus urogénital, semble exceptionnel. Ainsi, il faut partir du principe qu'une combinaison de DT2, de trouble mictionnel obstructif lié à une hyperplasie de la prostate et de glycosurie sous inhibiteur du SGLT2 a entraîné le développement d'une candidémie à *Candida glabrata*. Il reste à voir si l'incidence de tels cas augmentera avec l'utilisation croissante des inhibiteurs du SGLT2.

L'essentiel pour la pratique

- Les inhibiteurs du cotransporteur sodium-glucose de type 2 (SGLT2) augmentent le risque de mycoses génitales, qui peuvent être prévenues par des mesures d'hygiène simples.
- En cas d'anomalies urogénitales préexistantes, ils peuvent favoriser les infections urinaires ascendantes, allant jusqu'à la candidémie.
- Notre cas montre que sous inhibiteurs du SGLT2, même un trouble mictionnel obstructif peut être associé à une candidémie.

Correspondance

Christian Bischof
Allgemeine Innere Medizin
Spital Nidwalden
Ennetmooserstrasse 19
CH-6370 Stans
christian.bischof[at]spital-nidwalden.ch

Remerciements

Nous remercions Bioanalytica AG, Lucerne, pour les images microbiologiques, l'Institut de radiologie et de médecine nucléaire de la clinique Hirslanden St. Anna, Lucerne, pour les images radiologiques et le patient de nous avoir donné la possibilité de publier son cas.

Ethics Statement

Un consentement éclairé écrit est disponible pour la publication.

Conflict of Interest Statement

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

Références

- Hirji I, Andersson SW, Guo Z, Hammar N, Gomez-Camino A. Incidence of genital infection among patients with type 2 diabetes in the UK General Practice Research Database. *J Diabetes Complications*. 2012;26(6):501–5.
- Storgaard H, Gluud LL, Bennett C, Grøndahl MF, Christensen MB, Knop FK, Vilsbøll T. Benefits and harms of sodium-glucose co-transporter 2 inhibitors in patients with type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2016;11(11):e0166125.
- Zaccardi F, Webb DR, Htike ZZ, Youssef D, Khunti K, Davies MJ. Efficacy and safety of sodium-glucose co-transporter-2 inhibitors in type 2 diabetes mellitus: systematic review and network meta-analysis. *Diabetes Obes Metab*. 2016;18(8):783–94.
- Qiu M, Ding LL, Zhang M, Zhou HR. Safety of four SGLT2 inhibitors in three chronic diseases: a meta-analysis of large randomized trials of SGLT2 inhibitors. *Diab Vasc Dis Res*. 2021;18(2):14791641211011016.
- Engelhardt K, Ferguson M, Rosselli JL. Prevention and management of genital mycotic infections in the setting of sodium-glucose cotransporter 2 inhibitors. *Ann Pharmacother*. 2021;55(4):543–8.
- Odabasi Z, Mert A. *Candida* urinary tract infections in adults. *World J Urol*. 2020;38(11):2699–707.
- Colodner R, Nuri Y, Chazan B, Raz R. Community-acquired and hospital-acquired candiduria: comparison of prevalence and clinical characteristics. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*. 2008;27(4):301–5.
- Esmailzadeh A, Zarrinfar H, Fata A, Sen T. High prevalence of candiduria due to non-albicans *Candida* species among diabetic patients: a matter of concern? *J Clin Lab Anal*. 2018;32(4):e22343.
- Tran L, Thomas M, Harvey J, Sampath R, Rose R. 1700. A rare case of *Candida glabrata* hemorrhagic cystitis with empagliflozin use. *Open Forum Infect Dis*. 2019;6(Suppl2):S622–3.
- Denning DW. Echinocandin antifungal drugs. *Lancet*. 2003;362(9390):1142–51.
- Fisher JF, Kavanagh K, Sobel JD, Kauffman CA, Newman CA. *Candida* urinary tract infection: pathogenesis. *Clin Infect Dis*. 2011;52(Suppl6):S437–51.
- Elbaz M, Chikly A, Meilik R, Ben-Ami R. Frequency and clinical features of candida bloodstream infection originating in the urinary tract. *J Fungi (Basel)*. 2022;8(2):123.
- Bartolo C, Hall V, Friedman ND, Lanyon C, Fuller A, Morrissey CO, Athan E. Bittersweet: infective complications of drug-induced glycosuria in patients with diabetes mellitus on SGLT2-inhibitors: two case reports. *BMC Infect Dis*. 2021;21:284.



Christian Bischof, médecin diplômé
Klinik für Innere Medizin,
Hirslanden Klinik St. Anna, Luzern

Premier cas reporté

Complication rare d'une agénésie de la veine cave supérieure

Lisa E. Gamble^a, médecin diplômée; Pietro Ricciardi^a, médecin diplômé; Katharina Minkner Klahre^b, médecin diplômée;
Dr méd. Lukas Briner^a

Réseau Hospitalier Neuchâtelois (RHNe), Neuchâtel: ^a Service de chirurgie vasculaire; ^b Service de radiologie

Contexte

Les accès vasculaires par la veine jugulaire interne sont une procédure commune pour l'insertion d'une voie veineuse centrale, de stimulateurs ou défibrillateurs cardiaques, et de cathéters de dialyse permanents. Les anomalies vasculaires sont rares mais leur connaissance est importante et doit être considérée lorsqu'une mise en place d'un accès vasculaire s'avère inhabituellement difficile. En général, de tels anomalies sont reconnues avant ou durant la procédure.

Nous décrivons le premier cas reporté à notre connaissance d'une patiente avec une agénésie de la veine cave supérieure (VCS) non connue ayant mené à la cathétérisation de la veine mammaire interne. Cette complication a été découverte seulement à trois jours post-opératoire lors de l'hémodialyse. Nous discutons différentes anomalies de la VCS ainsi que de la manière d'éviter des complications similaires.

Rapport de cas

Anamnèse et examen clinique

Une femme de 35 ans, requérante d'asile d'origine somalienne vivant en Suisse depuis un mois, se présente au centre d'hémodialyse dans notre hôpital en raison d'une insuffisance rénale chronique nécessitant des hémodialyses. Elle est autrement asymptomatique.

La patiente est arrivée en Europe en 2019, accueillie dans un centre de requérants d'asile dans un état de déshydratation important menant à une péjoration de sa fonction rénale nécessitant des hémodialyses. Les documents détaillant sa prise en charge avant son arrivée en Suisse ne sont pas disponibles, mais elle nous



Figure 1: La radiographie post-opératoire montrant «un bon positionnement» du cathéter de dialyse.

rapporte un antécédent de pose de cathéter de dialyse tunnelisé droite de localisation exacte inconnue, retirée à cause de douleurs, et une fistule artério-veineuse droite, probablement huméro-céphalique, thrombosée, qui n'a jamais été utilisée. Elle était jusqu'à présent dialysée par un cathéter de dialyse tunnelisé sous-clavier gauche, posée il y a sept mois, et nous est adressée depuis la dialyse en raison d'une fuite au niveau du système artériel de ce cathéter. La patiente ne rapporte pas d'antécédents familiaux, notamment de malformations cardiaques.

Par ailleurs, elle est connue pour une hypertension traitée par amlodipine et candesartan, ainsi qu'une récente infection à SARS-CoV-2.

L'examen clinique retrouve une petite plaie ouverte sur le site de ponction sous-clavier avec visualisation du cathéter et fuite lors de la dialyse. Il n'y a pas de signe infectieux. Le reste de l'examen clinique est sans particularité.

Dans ce contexte l'indication du retrait du cathéter de dialyse à gauche et la pose d'un nouveau cathéter par ponction jugulaire interne droite est posée.



Figure 2: Angio-CT, coupe sagittale: cathéter placé dans la veine mammaire interne avec circulation collatérale superficielle visible.

Intervention

Un cathéter de dialyse est mis en place par un chirurgien vasculaire sous contrôle échographique et fluoroscopique par ponction de la veine jugulaire interne droite. Lors du placement du cathéter, une sténose au niveau de la VCS est suspectée à cause d'une difficulté de passer le cathéter associée à une aspiration et injection initialement difficile. Après repositionnement sous contrôle scopique, l'aspiration se fait sans résistance. Les images radiologiques peropératoires et la radiographie du thorax postopératoire sont satisfaisantes (fig. 1).

Évolution

Lors de la première session de dialyse, la patiente se plaint de douleurs thoraciques droites en parallèle avec des difficultés techniques de dialyse avec taux de recirculation élevé. Une deuxième radiographie du thorax de contrôle confirme le bon positionnement du cathéter. Les difficultés à effectuer l'hémodialyse, ainsi que les douleurs thoraciques de la patiente, persistent, menant à la suspicion d'une thrombose, raison pour laquelle un angio-CT est demandé.

Résultats

L'angio-CT (fig. 2 et 3) met en évidence l'absence de la VCS, inconnue auparavant, avec une circulation collatérale bien formée avec des veines azygos et héli-azygos dilatées ainsi que des nombreuses collatérales abdominales et des veines lombaires dilatées. Il n'y a pas d'autres anomalies ou malformations cardiaques visibles.

Le cathéter d'hémodialyse se trouve dans la veine mammaire interne droite.

Suite de prise en charge

Le cathéter est alors retiré et remplacé par un cathéter d'hémodialyse fémoral sans complication.

Discussion

Revue de la littérature

Le mauvais placement de cathéters d'accès veineux sont communs (environ 7% des cas) [1], particulièrement lorsqu'ils sont placés sans contrôle radiologique. Ils sont plus rarement dus à des anomalies vasculaires. Les anomalies de la VCS sont rares et asymptomatiques sauf quand ils sont associées à des malformations cardiaques congénitales [3, 4, 6]. Une anomalie devrait être considérée dans tous les cas de cathétérisation veineuse difficile.

Les variations congénitales de la VCS comprennent une persistance de la veine cave supérieure gauche (PVCSG) qui est communément associée à une maladie cardiaque congénitale (prévalence de 1,3-4,5%), mais peut être isolée (prévalence 0,3-0,5%) [2, 6, 7].

Dans 20% des cas, la VCS est absente et la PVCSG se draine dans le sinus coronaire, ou plus rarement dans l'oreillette gauche (8%). Cela affecte la cathétérisation du cœur droit, par exemple lors de la pose de stimulateurs, de défibrillateurs cardiaques et de cathéters de dialyse. Cependant, dans 80% des cas il existe une double VCS qui pourrait affecter des tentatives de cathétérisation gauche en fonction du site de drainage de la PVCSG [2, 3, 6, 7].

L'agénésie de la VCS et l'absence d'une PVCSG sont très rares avec peu de cas reportés [3-6]. Dans ce cas, les veines innomées drainent via la veine azygos dans la veine cave inférieure avec formation d'un réseau collatéral étendu y compris les veines intercostales, lombaires, mammaires internes, et épigastriques entre autres, déjà décrit dans le cas d'une obstruction de la VCS [3, 6, 8]. Évidemment, les accès vasculaires pour hémodialyse nécessitent une voie fémorale.

Notre patiente

L'angio-CT de notre patiente a montré une absence de la VCS avec une circulation collatérale typique, sans autres anomalies vasculaires. Il est intéressant de noter que la patiente était complètement asymptomatique et que la circulation collatérale, notamment au niveau abdominal, n'était pas visible à l'examen clinique.

Le diagnostic différentiel est d'une agénésie de la VCS versus thrombose ou sténose cicatricielle suite aux cathéters de dialyse posé dans le passé. L'angio-CT n'a pas trouvé de signe d'an-

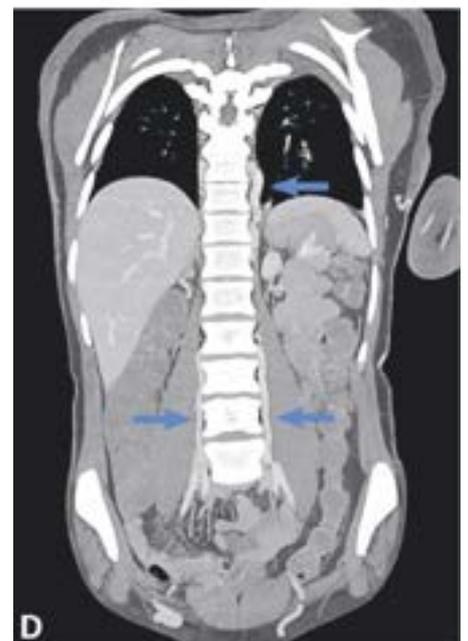
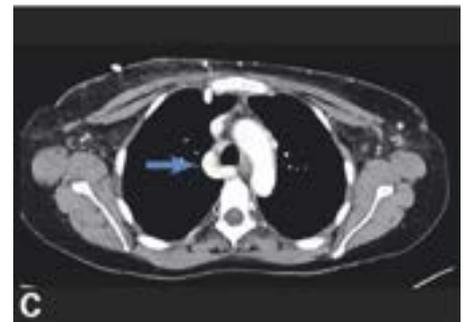
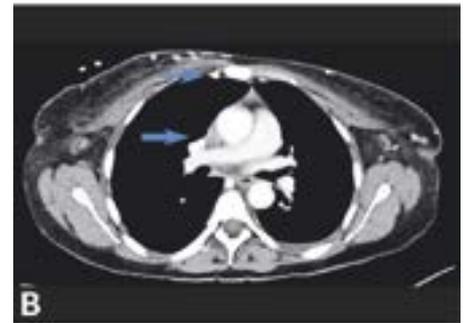
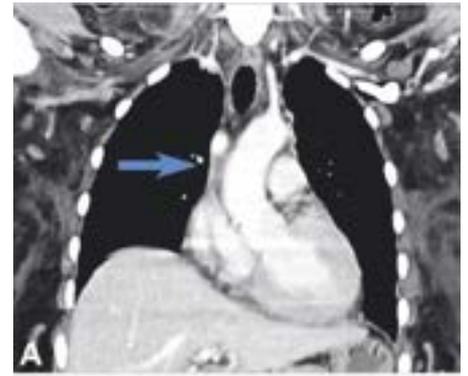


Figure 3: Angio-CT, coupes coronales (A, D) et axiales (B, C). A/B) Absence de la veine cave supérieure (flèches larges) avec cathéter dans la veine mammaire interne droite (flèche étroite). C/D) Circulation collatérale avec dilatation de la veine azygos, hémiazygos et lombaires (flèches).

Le cas particulier

cienne thrombose ou de fibrose, parlant plutôt en faveur d'une agénésie, mais une occlusion dans l'enfance ne laisse souvent pas de traces et ne peut être formellement exclue. Une angiographie peut être proposée avec tentative de recanalisation si une agénésie est infirmée.

Comme décrit précédemment notre patiente est arrivée avec un cathéter de dialyse sous-clavier gauche. Nous supposons que la pointe du cathéter était placée dans la veine azygos dilatée ce qui explique pourquoi le cathéter était fonctionnel malgré l'agénésie de la VCS. Le premier cathéter de dialyse droite, retiré à cause de douleurs, était probablement placé dans la veine mammaire interne ce qui expliquera les douleurs à l'utilisation.

Dans le cas de notre patiente, la veine mammaire interne droite a été cathétérisée par erreur car elle était dilatée et les imageries par la fluoroscopie peropératoire, ainsi que les deux radiographies thoraciques post-opératoires, ont montré un positionnement correct sur une incidence antéro-postérieure. Finalement, lorsque la patiente a présenté des douleurs thoraciques et des difficultés à effectuer l'hémodialyse faisant suspecter une thrombose ou sténose, l'angio-CT effectué a montré une agénésie de la VCS avec cathétérisation de la veine mammaire interne droite par le cathéter d'hémodialyse: une complication rare d'une anomalie encore plus rare.

L'essentiel pour la pratique

- Dans des cas d'accès vasculaire difficile, il est important de suspecter des anomalies vasculaires.
- Une imagerie latérale peropératoire ou une radiographie du thorax latérale postopératoire nous aurait avertis plus rapidement du mauvais placement du cathéter et devrait être effectué dans tous les cas difficiles.
- Un duplex peut donner des informations sur le flux des vaisseaux et faire suspecter une sténose ou occlusion avant la pose d'un cathéter. Ceci peut être utile pour éviter des angio-CT chez des personnes en dialyse, mais ne permet pas d'exclure toutes les anomalies vasculaires.
- L'angio-CT avec phase veineuse est le gold standard et devrait être demandé si un accès vasculaire est difficile afin d'exclure une anomalie vasculaire.

Correspondance

Lisa E. Gamble
Département de chirurgie générale
Hôpital de Sion (CHVR)
Avenue du Grand-Champsec 80
CH-1951 Sion
[lisaelizabeth.gamble\[at\]hopitalvs.ch](mailto:lisaelizabeth.gamble[at]hopitalvs.ch)

Remerciements

Nos remerciements vont au Dr méd. Guillaume Riitano, radiologue aux Réseau Hospitalier Neuchâtelois, pour les images.

Ethics Statement

Un consentement éclairé écrit est disponible pour la publication.

Conflict of Interest Statement

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

Références

- 1 Schummer W, Schummer C, Rose N, Niesen WD, Sakka SG. Mechanical complications and malposition of central venous cannulations by experienced operators. A prospective study of 1794 catheterizations in critically ill patients. *Intensive Care Med.* 2007;33(6):1055–9.
- 2 Gibson F, Bodenham A. Misplaced central venous catheters: applied anatomy and practical management. *Br J Anaesth.* 2013;110(3):333–46.
- 3 Minniti S, isentini S, Procacci C. Congenital anomalies of the venae cavae: embryological origin, imaging features and report of three new variants. *Eur Radiol.* 2002;12:2040–55.
- 4 Ylänen K, Poutanen T, Savikurki-Heikkilä P, Uotila J, Korppi M, Eerola A. Bilateral Absence of the Superior Vena Cava. *Case Rep Cardiol.* 2012;2012:461040.
- 5 Saunders RN, Richens DR, Morris GK. Bilateral Absence of the Superior Vena Cava. *Ann Thorac Surg.* 2001;71(6):2041–3.
- 6 Hutchison SJ, Merchant N. Caval Anatomy: Variants and Lesions. In: *Principles of Cardiac and Vascular Computed Tomography.* Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2014. p.529–39.
- 7 Demos TC, Posniak HV, Pierce KL, Olson MC, Muscato M. Venous anomalies of the thorax. *AJR Am J Roentgenol.* 2004;182(5):1139–50.
- 8 Azizi AH, Shafi I, Shah N, Rosenfield K, Schainfeld R, Sista A, Bashir R. Superior Vena Cava Syndrome. *JACC Cardiovasc Interv.* 2020;13(24):2896–910.



Lisa E. Gamble, médecine diplômée
Service de chirurgie vasculaire,
Réseau Hospitalier Neuchâtelois (RHNe),
Neuchâtel

En toute transparence

Erratum

Concernant: Huber LC, Krause M. Weekly Briefing. Swiss Med Forum. 2024;24(13-14):176-7.

Une erreur s'est malheureusement glissée dans l'article CME sur le paludisme du Weekly Briefing du 27 mars 2024. Dans le dernier point, la phrase «Ces médicaments ne conviennent pas pour le traitement» est incorrecte: l'atovaquone/proguanil est utilisée aussi bien pour la chimioprophylaxie que pour le traitement du paludisme. Nous remercions notre lectorat de nous avoir signalé cette erreur.

La correction a été effectuée dans le numéro en ligne (<https://smf.swisshealthweb.ch/fr/article/doi/fms.2024.1372309972>).

Nous nous excusons pour l'erreur présente dans la version imprimée.

Prof. Dr méd. Martin Krause

Annonce



ÉVÉNEMENTS

Swiss Health Web

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



Savoir où se passe quoi!

- Congrès
- Séminaires
- Formations continues et postgraduées



events.emh.ch

Powered by:
EMHMedia
SCHWEIZERISCHER ÄRZTEVERLAG
EDITIONS MEDICALES SUISSES

OFFRES ET DEMANDES D'EMPLOI

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

Insertionen

Inseratenannahme

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

Insertionspreise exkl. MWST

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

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

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

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

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

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

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

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

Alle Preise zuzüglich 8,1% MWST.

Annahmeschluss: 14 Tage vor Erscheinen

Mediadaten: www.saez.ch/stellenmarkt

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

Dernier délai: 14 jours avant parution



zeckenliga.ch

Liga für Zeckenranke Schweiz
Ligue suisse des maladies à tiques
Lega svizzera dei malati vittime delle zecche
Swiss league for patients with tick-borne diseases

Wir setzen uns für Präventionsarbeit sowie für die Betroffenen und Angehörigen ein.

Unterstützen Sie uns mit einer Spende.
PC-Konto: 30-674735-4. Vielen Dank.

Balgrist

Universitätsklinik

191094-16



Wir suchen

Assistenzärztin/Assistenzarzt für Fremdjahr (w/m/d) 60–100 %

Die Universitätsklinik Balgrist ist die führende orthopädische Klinik mit angegliedertem Zentrum für Paraplegie. Wir bieten jungen angehenden Hausärztinnen und Hausärzten die Möglichkeit, 6 bis 12 Monate einen Einblick in die ambulante Behandlung von orthopädischen und traumatologischen Patientinnen und Patienten zu bekommen.



Anforderungsprofil und Vorteile sind nur einen Scan entfernt.

Wir freuen uns auf Ihre komplette Online-Bewerbung.

Weitere Auskünfte

Für weitere Auskünfte steht Ihnen Yasmin Ramadani, Assistentin Med. Spitaldirektion, Telefon +41 44 386 30 04, gerne zur Verfügung.

Wir weisen darauf hin, dass für diese Stelle keine Assistenzärzte für eine orthopädische Ausbildung gesucht werden.

www.ksw.ch/karriere

CHEFÄRZTIN/CHEFARZT UND ZENTRUMSLEITUNG KINDER- UND JUGENDMEDIZIN

100%, Jobsharing möglich

188838-16

Infolge Pensionierung der bisherigen, langjährigen Stelleninhaberin suchen wir per 1. März 2025 oder nach Vereinbarung eine Chefarztin / einen Chefarzt und Zentrumsleiterin / Zentrumsleiter für die Kinder- und Jugendmedizin.

Im Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin werden jährlich rund 3'000 stationäre und über 50'000 ambulante Fälle von Kindern und Jugendlichen jeden Alters betreut. Die Allgemeinpädiatrie umfasst eine Station für Kinder- und Jugendliche einschliesslich Tagesklinik und stellt die ärztliche Versorgung auf der interdisziplinären Kindernotfallstation sicher. Unsere Neonatologie gewährleistet die spezialisierte Versorgung von Neu- und Frühgeborenen ab 28 SSW für die rund 5'000 Geburten in unserem Einzugsgebiet. Mit dem Sozialpädiatrischen Zentrum inklusive Therapiestation Psychosomatik und den rund 20 pädiatrischen Spezialistinnen und Spezialisten im Sprechstundenzentrum bieten wir für die Kinder und Jugendlichen der Region Zürich Nord eine umfassende und qualitativ hochstehende Versorgung an.

Das sind Ihre Aufgaben

- Personelle und finanzielle Führung und strategische Weiterentwicklung unseres Zentrums für Kinder- und Jugendmedizin
- Fachliche Leitung und Weiterentwicklung der Allgemeinpädiatrie
- Verantwortlich für die Aus-, Weiter- und Fortbildung der Ärztinnen und Ärzte, Studierenden und dem medizinischen Fachpersonal
- Personalmanagement und Förderung eines kooperativen Arbeitsumfelds zur Unterstützung der Mitarbeiterentwicklung und -motivation
- Aktive Mitarbeit im klinischen Alltag und im Hintergrunddienst Allgemeinpädiatrie
- Enge interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit mit anderen Bereichen des KSW, insbesondere dem interdisziplinären Notfallzentrum, mit den Niedergelassenen und anderen Kinderspitälern
- Co-Leitung der inter-institutionellen Kinderschutzgruppe Winterthur
- Interne und externe Repräsentation der Klinik inklusive der Teilnahme an wissenschaftlichen Aktivitäten, Vorträgen und Fachtagungen

Das qualifiziert Sie für diese Stelle

- Abgeschlossenes Medizinstudium mit Facharztanerkennung für Kinder- und Jugendmedizin, bei ausländischem Äquivalent mit Anerkennung in der Schweiz
- Habilitation wird vorausgesetzt
- Erfahrene Führungspersönlichkeit mit hoher Sozial- und Kommunikationskompetenz
- Klinisch orientierte Fachperson mit langjähriger Berufstätigkeit an einem Zentrumsspital, vertraut mit dem schweizerischen Gesundheitssystem
- Hohes Qualitätsbewusstsein und effizientes Ziel- und Zeitmanagement
- Freude an und Erfahrung mit vielseitigen Managementaufgaben wie Betriebsorganisation, Strategieentwicklung, finanzielle Planung und Steuerung, sowie proaktive Förderung und Weiterentwicklung der Mitarbeitenden

Das wird Sie besonders freuen

- Ein breites und anspruchsvolles Aufgabenspektrum mit der Kombination von klinischer Arbeit, Lehre, Weiterbildung und Managementaufgaben
- Die Zentrumsleiterin / der Zentrumsleiter des ZKJ ist in der erweiterten Geschäftsleitungskonferenz vertreten
- Das inspirierende Umfeld und die technisch hochstehende medizinische und räumliche Infrastruktur eines grossen Zentrumsspitals (Bezug Neubau 2022)
- Offenheit bezüglich eigenen Forschungsaktivitäten und Kooperationen mit anderen Spitälern
- Ein motiviertes und breit aufgestelltes Team mit hoher Fachkompetenz und einer ausgeprägten Teamkultur
- Eine von Wertschätzung und Teamgedanken geprägte Unternehmenskultur
- Gestaltungsspielraum und viele Möglichkeiten für Weiterentwicklung

Wünschen Sie weitere Auskünfte?

Prof. Dr. med. Traudel Saurenmann
Chefarztin / Zentrumsleiterin
Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin
Tel. +41 (0)52 266 28 21
traudel.saurenmann@ksw.ch

Prof. Dr. med. Corneli Sieber
CMO / Chefarzt
Klinischer Bereich A
Tel. +41 (0)52 266 23 01
corneli.sieber@ksw.ch

Wir freuen uns auf Ihre Online-Bewerbung auf:
www.ksw.ch/stellen



Das Kantonsspital Winterthur (KSW) ist ein öffentlich-rechtliches Zentrumsspital für den Grossraum Winterthur. Mit seinen knapp 4000 Mitarbeitenden und 500 Betten stellt das KSW eine umfassende medizinische Grundversorgung für eine Viertelmillion Einwohnerinnen und Einwohner sicher. Über sein Einzugsgebiet hinaus erbringt das KSW hochspezialisierte medizinische Leistungen für rund eine halbe Million Menschen.

KSW
Kantonsspital
Winterthur



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. L'HRC gère également deux cliniques de gériatrie et réadaptation, ainsi que deux permanences médicales, à Monthey et Vevey.

L'HRC attache une importance particulière à l'accueil du de la patient-e et à sa prise en charge tout au long de son parcours. Nos équipes ont à coeur de mettre leurs compétences au profit du de la patient-e et de ses proches.

Doté d'une unité de formation médicale et d'une unité de recherche clinique, l'HRC met à disposition de son personnel médical une plateforme de soutien à la formation médicale et de préparation à la relève, ainsi qu'un soutien à la recherche clinique et à l'évaluation des pratiques médicales.

Pour compléter l'équipe de la Direction médicale, nous cherchons notre futur:

Directeur adjoint à la Direction médicale H/F à 80%

Le rôle de la Direction médicale est de garantir la sécurité et la qualité des soins en s'assurant que les prestations médicales fournies au sein de l'institution soient adaptées aux besoins de la population, conformes aux standards et à la législation en vigueur, et en adéquation avec le plan d'action stratégique institutionnel. Elle veille à ce que la formation médicale postgrade et la recherche clinique soient de qualité et effectuées dans un environnement stimulant et engageant pour les médecins de demain. En étroite collaboration avec la Direction des soins et les Médecins chefs de service, elle construit des liens solides avec tous les partenaires du domaine socio-sanitaire.

A ce titre, votre mission sera de seconder et suppléer le Directeur médical en assumant des tâches stratégiques et opérationnelles, telles que:

- Mise en oeuvre de la politique médicale de l'hôpital;
- Processus d'amélioration de la qualité des soins et de l'efficience;
- Supervision des interactions entre les services cliniques;
- Promotion et développement de la formation et de la recherche;
- Processus d'interaction et d'amélioration des échanges avec les médecins installés et les partenaires de soins locorégionaux (RSHL, Fondation de Nant, HVS, CHUV).

Nous cherchons une personnalité ouverte, posée et intégrative. Clinicien-ne expérimenté-e, vous devez:

- Être titulaire d'un diplôme fédéral de médecin ou d'un diplôme délivré par un Etat membre de l'UE et reconnu par l'Office fédéral de la santé publique (MEBEKO) et d'un titre de spécialiste ISFM ou d'un titre jugé équivalent et reconnu (MEBEKO);
- Avoir une bonne connaissance des enjeux médicaux d'un hôpital de taille moyenne;
- Posséder une formation en management ou une expérience en gestion.

Entrée en fonction

Dès que possible

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.

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



L'hôpital fribourgeois (HFR) s'engage au quotidien pour la santé de la population. Actif sur plusieurs sites, il offre une gamme complète de soins stationnaires et ambulatoires de haute qualité, en plaçant le bien-être des patients au cœur de ses préoccupations. Engagement, solidarité et respect constituent les valeurs essentielles de ses 3600 collaboratrices et collaborateurs.

Le service de neurologie de l'hôpital fribourgeois (HFR) est composé de huit médecins spécialiste en neurologie FMH, renforcés par 2 assistants de rotation de la clinique de médecine interne. Le service couvre les différents aspects de la neurologie, en particulier avec une stroke unit accréditée, une activité de consultant dans les différents services de l'HFR ainsi qu'en ambulatoire (générale, neurovasculaire, neuroimmunologie, neuromusculaire, épilepsie, mouvement anormaux et mémoire avec une unité de neuropsychologie rattachée à l'unité de neurologie), un plateau neurophysiologique complet et un hôpital de jour pour les prises en charges diagnostiques et thérapeutiques en ambulatoire. L'équipe est basée à l'hôpital cantonal à Fribourg, mais à disposition pour tout le réseau de l'HFR avec environ 4000 consultations ambulatoires et plus de 2000 examens complémentaires/année. Il existe une étroite collaboration avec diverses spécialités de médecine interne y compris un service des urgences et des soins intensifs. Nous collaborons également avec la neurochirurgie et la neurorééducation de l'HFR, avec les cliniques de neurologie universitaires de Berne et Lausanne, et avec l'Université de Fribourg.

Dans le but d'assurer la qualité des soins ambulatoires et hospitaliers et d'assurer la participation à la formation pré- et post-grade en neurologie (clinique C), la direction médicale de l'hôpital fribourgeois recherche pour le service de neurologie de l'HFR Fribourg – Hôpital cantonal, un-e

Chef-fe de clinique ou chef-fe de clinique adjoint-e en neurologie (60%)

Contrat à durée déterminée d'une année, remplacement congé maternité

Votre mission

- participer à une prise en charge de qualité des patient-e-s dans la stroke unit et les unités d'hospitalisation
- participer aux consultations ambulatoires
- soutenir l'activité neurophysiologique (en particulier ENMG et/ou Doppler) de la consultation hospitalière et ambulatoire
- participer au service de piquet
- superviser les médecins-assistant-e-s en rotation et participer à leur formation
- participer aux études cliniques multicentriques ou développées localement
- participer à l'enseignement des étudiants de l'Université de Fribourg
- possibilité de faire un MD, PhD ou une habilitation

Votre profil

- titulaire FMH de spécialiste en neurologie (ou équivalent) ou en dernière année de formation en tant que neurologue
- au moins 3 années d'expérience en neurologie dans une clinique A
- certificat SSNC ou équivalent pour l'ENMG et/ou Doppler, au moins connaissances de base pour l'EEG
- maîtrise de la langue française (écrite et orale) et allemande (orale)
- personnalité dynamique, ouverte et collégiale
- intérêt pour la neurologie générale, l'enseignement et la recherche clinique

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

Renseignements: PD Dr A. Humm, médecin-chef, service de neurologie, HFR Fribourg – Hôpital cantonal, Tél. +41 026 306 22 35

Retrouvez cette annonce sur notre site www.h-fr.ch sous la rubrique emploi et postulez en ligne.

Réf. : HFR-M-241302

191244-16



Avec son offre unique de prestations – prévention, assurance, réadaptation –, la Suva propose à ses assurés une protection globale de la santé. La mission principale de la Clinique romande de réadaptation (CRR) de la Suva est la réadaptation des personnes accidentées. Outre les disciplines traditionnelles de la réadaptation neurologique et de l'appareil locomoteur, la CRR offre des prestations spécifiques en Suisse romande pour la réadaptation des patients para/tétraplégiques, la réadaptation des patients brûlés, l'orthopédie technique et la réadaptation professionnelle.

Dans le cadre du développement de l'activité de notre clinique basée à Sion (Valais), et afin de compléter nos équipes sur place, nous proposons les opportunités suivantes, pour une entrée en fonction dès que possible ou à convenir:

Médecin hospitalier ou chef-fe de clinique en psychiatrie

Taux d'activité dès 50%

- Titulaire d'un titre de spécialiste en psychiatrie et psychothérapie (ou en cours d'obtention, ayant réalisé toutes les années ISFM requises).
- **Contact:** Dr Ioan Cromec, Chef du service de psychiatrie de liaison: ioan.Cromec@crr-suva.ch.

Chef-fe de clinique en réadaptation neurologique

Taux d'activité de 80% à 100%

- Titulaire d'une spécialisation en neurologie ou en médecine physique et réadaptation (titre fédéral ou équivalent formellement reconnu), avec une expérience en réadaptation neurologique.
- **Contact:** Dr Jean-Luc Turlan, Chef du service de réadaptation en neurologie: Jean-Luc.Turlan@crr-suva.ch.

Chef-fe de clinique MPR

Taux d'activité de 80% à 100%

- Titulaire d'une spécialisation en médecine physique et réadaptation ou en médecine interne, ou en cours d'obtention.
- **Contact:** PD Dr François Luthi, MER, Chef du service de réadaptation de l'appareil locomoteur: Francois.Luthi@crr-suva.ch.

Notre offre

Nous proposons des postes aux missions variées, au sein d'un environnement de travail moderne. En plus des nombreux avantages sociaux (*place de parc, restaurant d'entreprise, installations sportives, participation à la caisse maladie, etc.*) et des possibilités de perfectionnement, vous évoluez dans un secteur pluridisciplinaire enrichissant et valorisant, **rejoignez-nous!**

Retrouvez nos offres détaillées sur crr-suva.ch/emplois (ou via le QR code ci-dessous), le service RH reste également à votre disposition pour tout complément d'information au +41 27 603 30 25.



Clinique romande de réadaptation
Av. Grand-Champsec 90 – 1951 Sion
T 027 603 30 30 | www.crr-suva.ch
info@crr-suva.ch

suva



swiss olympic MEDICAL CENTER

191392-16



© Rob Lewis

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

Daniel Albrecht, Ex-Skirennfahrer



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

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




190794-16

SHI
Homöopathie Schule

Die SHI Homöopathie Schule in Zug (gegründet 1993) bildet in einem vierjährigen Bildungsgang dipl. Homöopathinnen und Homöopathen hfnh aus. Sie ist Mitglied der Höheren Fachschule für Naturheilverfahren und Homöopathie (hfnh). Das EduQua-zertifizierte Unternehmen sucht auf das Schuljahr 2024/2025 eine / einen:

Dozentin/Dozenten

für das Fach:
Gynäkologie 36 Lektionen

Sie bringen mit
Fachdiplom; klinische Erfahrung; Freude am Unterrichten; Teamgeist; Erfahrung in der Erwachsenenbildung von Vorteil.

Wir bieten Ihnen
Ein innovatives und motiviertes Team; fortschrittliche Anstellungsbedingungen, ein zeitgemässes Honorar und moderne Infrastruktur.
Für detaillierte Informationen kontaktieren Sie Tel. 041 748 21 77.
Ihre Bewerbung mit Foto richten Sie bitte an:

SHI Homöopathie Schule AG
Steinhauserstrasse 51 • CH-6300 Zug • www.shi.ch



184016-16

medgate_

Chez nous, le cabinet médical est synonyme de télétravail.

Devenir praticien-ne en télémédecine et jouir d'une liberté inouïe.
medgate.ch/télétravail

Postulez dès maintenant!

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

Séminaires et événements

24.04.2024–26.04.2024

141. Deutscher Chirurgie Kongress (DCK 2024)

Vom 24. – 26. April 2024 erwarten Sie beim DCK 2024 im Congress Center Leipzig ein facettenreiches Programm aus den verschiedenen Fachbereichen der Chirurgie.

CCL – Congress Center Leipzig, Seehausener Allee 1, 04356 Leipzig, Deutschland
Kontakt: wikonect GmbH
dck@wikonect.de

26.04.2024–27.01.2024

Haemostasis in Critical Care

11. Interdisziplinärer Hämostaseologischer Intensivworkshop für OP und Intensivstation – Workshopreihe Perioperative Hämostaseologie

Kantonsspital St. Gallen, Rorschacher Strasse 226, 9016 St. Gallen, Schweiz
Kontakt: Jacqueline Fiore
jacqueline.fiore@zlmag.ch

26.04.2024–27.04.2024

Kärntner Internistentage «Innere Medizin am See» 2024

Hotel Werzer Astoria, 9210 Pörschach am Wörthersee, Österreich
Kontakt: Veranstaltungsleitung : MAW - Medizinische Ausstellungs- und Werbegesellschaft
maw@media.co.at

26.04.2024

RHYTHMOLOGIE – Update 2024

Lentos Kunstmuseum Linz, Doktor-Ernst-Koref-Promenade 1, 4020 Linz, Österreich
Kontakt: Information/Fachausstellung: ÄrzteZentrale Med.Info
azmedinfo@media.co.at

26.04.2024–27.04.2024

14. Kölner Heimdialysekongress des KfH

Heimdialyse-Expertise für die gesamte nephrologische Community

Köln Marriott Hotel, Johannisstraße 76-80, 50668 Köln, Deutschland
Kontakt: KfH Kuratorium für Dialyse und Nierentransplantation e.V.
info@kfh-dialyse.de

27.04.2024

3. Oberösterreichischer Rheumatag

Schlossmuseum Linz, Schlossberg 1, 4020 Linz, Österreich
Kontakt: Frau Sonja Chmella, Frau Nicole Lehner
maw@media.co.at

27.04.2024–01.05.2024

Kurs-Weiterbildung Palliativmedizin (Grundkurs) (40UE)

Anerkannte Weiterbildung nach dem Curriculum der Bundesärztekammer Voraussetzung zum Erwerb der Zusatzbezeichnung. Das Kursprogramm des Basiskurses umfasst 40 UE und ist Voraussetzung für die Teilnahme an den Fallseminaren einschließlich Supervision.

Congress Centrum Sylt, Friedrichstraße, 25980 Sylt, Deutschland
Kontakt: MD Horizonte GmbH
info@md-horizonte.de

27.04.2024–04.05.2024

Anästhesiologie Repetitorium (58 UE)

Das Repetitorium Anästhesiologie soll sowohl zur Vorbereitung auf die anästhesiologische Facharztprüfung als auch auf die Examina des European Diploma of Anaesthesiology der European Academy of Anaesthesiology dienen.

Congress Centrum Sylt, Friedrichstraße, 25980 Sylt, Deutschland
Kontakt: MD Horizonte GmbH
info@md-horizonte.de

27.04.2024–01.05.2024

Palliativ Fallseminar – Modul 3 (40UE)

Die Fallseminare einschließlich Supervision dienen der Übung, Vertiefung und Ergänzung der in der Kurs-Weiterbildung Palliativmedizin erworbenen Kenntnisse und Fähigkeiten. Es wird überwiegend problemorientiert und teilnehmerzentriert gearbeitet.

Congress Centrum Sylt, Friedrichstraße, 25980 Sylt, Deutschland
Kontakt: MD Horizonte GmbH
info@md-horizonte.de

27.04.2024

19. Kardiovaskuläres Symposium «Praxisrelevanz aktueller kardiovaskulärer Studien»

Schloss Wilhelminenberg, Savoyenstraße 2, 1160 Wien, Österreich
Kontakt: Informationen bei: ÄrzteZentrale Med.Info
azmedinfo@media.co.at

02.05.2024–03.05.2024

SBK Kongress 2024

Der Schweizer Pflegekongress wird am 2. und 3. Mai erneut spannende Inhalte anbieten. Einen ersten Einblick finden Sie bereits jetzt.

Kursaal Bern, Kornhausstrasse 3, 3013 Bern, Schweiz
Kontakt: Medworld AG
registration@medworld.ch

02.05.2024–03.05.2024

Ausbildung für Begutachtung – Modul 3

Die modular aufgebaute Gutachterausbildung, die mit einem Zertifikat abschliesst, gliedert sich in 5 Kurse zu je 2 Tagen. Das Modul 1 muss als Erstes und das Modul 5 als Letztes besucht werden. Weitere Informationen finden Sie auf unserer Website.

Hotel Arte, Olten, Riggenbachstrasse 10, 4600 Olten, Schweiz
Kontakt: Administrative Office Swiss Insurance Medicine
info@swiss-insurance-medicine.ch

02.05.2024–04.05.2024

31. ATHEROSKLEROSE Jahrestagung – AAS

Parkhotel Billroth – St. Gilgen, Billrothstraße 2, 5340 Sankt Gilgen, Österreich
Kontakt: Information/Anmeldung: ÄrzteZentrale Med.Info
azmedinfo@media.co.at

03.05.2024–04.05.2024

CCS: Conference on Challenges in Sarcoma 2024

The conference will include clinical scenarios presented by international sarcoma experts on the multidisciplinary management of soft tissue sarcoma. An interactive format enables the invited panellists to vote on controversial topics.

Kongresszentrum Einstein, Berneggstrasse, 9000 St. Gallen, Schweiz
Kontakt: PD Dr. med. C. Rothermundt, Dr.med Silvia Hofer
events.onkologie@kssg.ch

03.05.2024 | 09.00–17.30 Uhr

Psychotherapie bei Schlafstörungen

Schlafstörungen weisen hohe Prävalenzen von bis zu 30 % auf und treten komorbid mit einer Reihe von somatischen und psychiatrischen Gesundheitsstörungen

Seminarinsel, Konradstrasse 30, 4600 Olten, Schweiz
Kontakt: Chantal Engel
info@sgvt-sstcc.ch

03.05.2024–04.05.2024

LEBEN UND TOD –**«Halt braucht Wurzeln!»**

Fortbildung – Netzwerk – Messe

«Halt braucht Wurzeln!» – die 15. LEBEN UND TOD in Bremen beschäftigt sich in diesem Jahr mit dem Thema Resilienz & Selbstsorge in der Sterbe- und Trauerbegleitung.

60 Vorträge & Workshops; 130 Info- und Verkaufsstände

Messe Bremen, Findorffstraße 101,
28215 Bremen, Deutschland
Kontakt: Messe Bremen
info@leben-und-tod.de

03.05.2024–04.05.2024

BdP Pneumologischer Praxis-kongress 2024

BdP 2.0. – Vernetzen Sie sich mit uns! Praxisnahe und interaktive Fortbildung für das gesamte Praxisteam, sowie eine Mischung aus Symposien, Seminaren, Workshops, Themeninseln, Industrie. Gemeinsame Konzepte in Kooperation zwischen BdP, BAPP und VPAD.

Seminaris Campushotel Berlin, Takustraße 39,
14195 Berlin, Deutschland
Kontakt: wikonect GmbH
pneumopraxis@wikonect.de

04.05.2024–05.05.2024

26. Substitutions-Forum der Österreichischen Gesellschaft für arzneimittelgestützte Behandlung von Suchtkrankheit (ÖGABS)

Schlosshotel Mondsee, Schloßhof 1A,
5310 Mondsee, Österreich
Kontakt: Information/Veranstaltungsleitung: MAW –
Medizinische Ausstellungs- und Werbegesellschaft
maw@media.co.at

04.05.2024–11.05.2024

32. St. Galler Anästhesie Repetitorium

Vorbereitung auf das Schweizerische Fachexamen in Anästhesiologie der SSAPM und das Europäische Diplom für Anästhesiologie der ESA. Repetition des Basiswissens für Fachärzte.

«Säntis – das Hotel!», Schwägälp,
9107 Hundwil, Schweiz
Kontakt: Regula Jans
an.kurse@kssg.ch

08.05.2024–11.05.2024

Diabetes Kongress 2024

Motto: Diabetes. Umwelt. Leben. Perspektiven aus allen Blickwinkeln

City Cube Berlin, Messedamm 26,
14055 Berlin, Deutschland
Kontakt: m:con Mannheim
franziska.hess@mcon-mannheim.de

08.05.2024–11.05.2024

26. Arbeitstagung für Klinische Zytologie

Kongressregistratur:

cytokongress.ischl@cytology.at

Kongresshaus Bad Ischl, Kurhausstraße 8,
4820 Bad Ischl, Österreich
Kontakt: Information: MAW – Medizinische
Ausstellungs- und Werbegesellschaft
maw@media.co.at

09.05.2024–11.05.2024

22. Internationales Frühjahrs-Seminar Meran

Kurhaus Meran, 39012, Italien
Kontakt: Frau ina Gstrein
lki.za.vtz-office@tirol-kliniken.at

13.05.2024–16.05.2024

38. Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Hygiene, Mikrobiologie und Präventivmedizin (ÖGHMP)

Congress Salzburg, Auerspergstraße 6,
5020 Salzburg, Österreich
Kontakt: Tagungsbüro: ÖGHMP Sekretariat:
Frau Lisa Jandrinitsch
oeghmp@media.co.at

13.05.2024–17.05.2024

Aufblühen im klinischen Alltag – Freude und Sinn wieder in den Mittelpunkt der klinischen Praxis stellen

In dem Seminar wird in einem unterstützenden Rahmen geübt und vertieft, wie man dem ständigen Druck im praktischen Alltag begegnen kann ohne dabei auszubrennen, indem man sich achtsam und mitfühlend um sich selbst (self care) und andere kümmert.

Kloster Fischingen, 8376 Fischingen, Schweiz
Kontakt: Urs Zimmermann
urs@mitfuehlendemedizin.ch

15.05.2024 | 18.30–20.30 Uhr

Update allergologie pour médecins généralistes 2024

Aujourd'hui, nous vous proposons de continuer la tradition de webinaires en ligne sur des thèmes d'allergologie pour le praticien.

Online, Sennweidstrasse 46,
6312 Steinhausen, Schweiz
Kontakt: Medworld AG
registration@medworld.ch

16.05.2024 | 09.15–17.00 Uhr

Diagnostikkurs in medizinischer Parasitologie: Helminthen

Einblick in die Biologie und Epidemiologie, in Nachweismethoden und klinische Aspekte von Helminthen.

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

**Votre manifestation manque?**

Entrez-la sur events.emh.ch

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

events@emh.ch

FMH SERVICES

Insertionen aufzugeben auf www.fmhjob.ch 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 – 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 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 Viera 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 56 03 ou e-mail: drfwillemin@hin.ch.

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 lebhaftige 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.

TG – Praxisräume mit OP – In den interdisziplinären Ärztetagen 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, 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.

Zentralschweiz – Praxis für Neurologie zu übergeben – Für eine etablierte Einzelpraxis für Neurologie in der Region Zürich/Zentralschweiz suchen wir einen Nachfolger (m/w). Die Praxis liegt an ruhiger Lage im Ortskern einer bekannten Ortschaft, die regionaler Verkehrsknotenpunkt und entsprechend sehr gut erschlossen ist. Hohe und konstante Auslastung sowie bestehendes Zuweisernetz. Kanton mit Selbstdispensation. Möglichkeit, am nahegelegenen Spital als Konsiliararzt tätig zu sein. Praxiseinstieg im Angestelltenverhältnis möglich. Aktuell keine Höchstzahlen im entsprechenden Kanton für zugelassene Ärztinnen und Ärzte der Fachrichtung Neurologie. Haben wir Ihr Interesse geweckt? Wir freuen uns auf Ihre Kontaktaufnahme unter Ref. 241 1090: FMH Consulting Services AG, Herr Christoph Müller, E-Mail: christoph.mueller@fmhconsulting.ch, Tel. 041 244 60 60.

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 – Praxisraum Kreis 6 – Schöner Praxisraum zu vermieten auf Anfang Juli 2024 in zentraler Lage. Bei Interesse bitte Kontakt aufnehmen mit Frau Dr. phil. Zogg, Tel. 043 243 75 93.

ZH – Nachfolge Augenarztpraxis – Praxisnachfolge für gut eingeführte Augenarztpraxis mit elektronischer Patientenakte und ZSR-Direktverrechnung im Zentrum von Zürich gesucht. Kontakt unter Chiffre I-42582.

ZH – Voldigitalisierte 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.

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.

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

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.



«Ich bin selbständig in meiner eigenen Praxis tätig. Wie kann ich Geld sparen und den Einkauf optimieren?»

Melden Sie sich online für die Dienstleistung «Einkauf für Ärzte und Praxen» unter www.fmhservices.ch an. Sie profitieren von attraktiven Sonderkonditionen und verlängerten Zahlungsfristen.

«J'exerce en pratique privée. Comment puis-je économiser en optimisant mes achats?»

Inscrivez-vous en ligne sous www.fmhservices.ch et profitez de nos prix attractifs, conditions spéciales et délais de paiement prolongés.



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

CONSULTING

FMH Consulting Services AG

Burghöhe 1
6208 Oberkirch
Tel. 041 244 60 60

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

mail@fmhconsulting.ch
www.fmhconsulting.ch

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

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 familiäre 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, Unter-

stützung 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.

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

Ganze Schweiz – Facharzt / Assistenzarzt Allgemeine Innere Medizin/Allgemeinmedizin mit Russischkenntnissen gesucht – Ab sofort oder nach Absprache suchen wir ärztliche Verstärkung für unser Ärztezentrum mit 2 Praxen in Winterthur. Die Praxen sind modern ausgerüstet. Wir sind als Weiterbildungsstätte für 1 Jahr Allgemeine Innere Medizin anerkannt und bieten unseren Patienten eine breite Versorgung in Notfallmedizin, Kardiologie, Psychosomatik und allgemeiner Hausarztmedizin. Wir betreuen 4000 ukrainische Flüchtlinge, daher sind Russischkenntnisse bei uns sehr wichtig. Unseren Mitarbeitern bieten wir 6 Wochen Urlaub, eine deutlich überdurchschnittliche Entlohnung und ein spannendes Aufgabenfeld. Wir freuen uns darauf, Sie in unserem freundlichen Team begrüßen zu dürfen. Bitte senden Sie Ihre Bewerbung an: Notfallklinik Dr. Eismann, Bankstrasse 20, 8400 Winterthur, E-Mail: info@notfallklinik-eismann.ch.

LU – Fachärztin/Facharzt Allgemeine Innere Medizin 50–100% – Wir suchen zur Verstärkung unseres Ärzteteams in Wolhusen (von Luzern in 30 Minuten erreichbar) per sofort oder nach Vereinbarung eine/einen Fachärztin/Facharzt FMH für Allgemeine Innere Medizin. Wir bieten nebst einer neuen und topmodern eingerichteten Praxis (ROWA-Mediroboter, innovative cloud-basierte Software, digitales Röntgen, Ultraschall, Labor) auch attraktive Anstellungsbedingungen. Die Inhaber-geführte Hausarztpraxis punktet u.a. mit einem grossen Patientenstamm, einem topmotivierten/eingespielten Praxisteam und mit der unmittelbaren Nähe zu einer spezialärztlichen Praxis (Endokrinologie, Kardiologie) inklusive gemeinsame Benutzung der Aufenthaltsräume. Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung per E-Mail an: info@hausarztpraxis-thalman.ch. Unter Tel. 078 793 49 88 beantworten wir gerne allfällige Fragen.

LU – Facharzt Allgemeine Innere Medizin (m/w/d) 60–100% für Gruppenpraxis in Luzern-Löwenzentrum 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 bestens laufen-

des Ärztezentrum direkt am See im schönen und steuer-günstigen 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 – Fachärztin Gynäkologie und Geburtshilfe, 50–100% – Wir suchen eine/n Fachärztin Gynäkologie und Geburtshilfe, 50–100% für unsere erfolgreiche Praxis in St. Gallen. 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.

SG – Narkosearzt/-ärztin 50–80% – Privatklinik in der Ostschweiz sucht Narkosearzt/-ärztin 50–80%. Kontakt unter Chiffre I-42594.

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

SG – 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 Bieffer, Leitende Ärztin (Tel. +41 71 224 08 00, E-Mail: christiane.bieffer@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 Mandat 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 Kontaktauf-

nahme unter Ref. 241 0520: FMH Consulting Services AG, Herr Gregor Dietrich, Tel. 041 244 60 60, E-Mail: gregor.dietrich@fmhconsulting.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).

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.scholz@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 Konsiliararztendienste 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 Facharzt Ausbildung) 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 – FMH Rheumatologie - Praxisübergabe – Wir bieten die einzigartige Gelegenheit, an unserem erstklassigen Standort in Zürich als Rheumatologe tätig zu werden. Aufgrund der bevorstehenden Pensionierung unseres aktuellen Rheumatologen steht ein grosser Patientenstamm zur Übernahme bereit. Nutzen Sie die Chance, um sich in einer renommierten Praxis zu etablieren und hochqualifizierte Versorgung fortzusetzen. Wir freuen uns darauf, von Ihnen zu hören. Kontakt unter Chiffre I-42572.

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

ZH – Allgemeinärzt/-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 Fachärzten/-innen und bieten eine breite Grundversorgung in gut ausgestatteten modernen Praxisräumen in gut gelegenen 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 lebhaftige 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 Amitirigala: 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 angehenden Orthopäden/Traumatologen.

Die Räumlichkeiten sind zentral gelegen und ein paar Gehminuten vom Zürcher Hauptbahnhof entfernt. Besonders attraktiv sind die flexiblen Arbeitszeiten. Urlaubszeit ist 5 Wochen bei einem 100% Arbeitspensum und kann selbstverständlich abgesprochen werden. Wenn wir Ihr Interesse geweckt haben, melden Sie sich einfach unverbindlich. Wir freuen uns auf ein persönliches Kennenlernen mit Ihnen! Ihr Team des Permanence Medical Center Bewerbungen bitte an E-Mail: muxelbernhard@gmail.com.

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: selbstständige, 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.

www.fmhjob.ch

Conseil juridique

Simplement bien conseillé

Conseil
juridique pour
les médecins

Renseignements juridiques spécialisés
dans le domaine de la santé
**Evaluation claire de la situation et conseil
correspondant**

- Elaboration et négociation de contrats
- Conseil sur la forme juridique
- Droit du travail et autorisations

CONSULTING

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



En cas d'AVC, chaque minute compte

Étude Nouvelles connaissances dans le traitement de l'accident vasculaire cérébral (AVC): l'association d'une thrombolyse et d'une thrombectomie consécutive n'est judicieuse que si la thrombolyse est débutée très tôt après le début des symptômes. Le Prof. Dr Dr méd. Johannes Kaesmacher, du Stroke Research Center de l'Hôpital de l'Île, explique les résultats de son étude.

Propos recueillis par Leonie Dolder

Professeur Kaesmacher, le traitement de l'AVC fait actuellement l'objet d'une controverse parmi les spécialistes. Pouvez-vous l'expliquer brièvement?

La thrombolyse intraveineuse a longtemps été le seul traitement de reperfusion basé sur l'évidence en cas d'AVC ischémique [1]. Malheureusement, la thrombolyse seule n'était pas très efficace, en particulier pour les gros thrombi intracrâniens. L'association d'une thrombolyse intraveineuse et d'une thrombectomie endovasculaire est supérieure à la thrombolyse seule, comme cela a été démontré depuis 2015 dans de nombreuses études internationales avec une taille d'effet extrêmement élevée [2]. Comme le taux de recanalisation obtenu par la thrombectomie endovasculaire est très élevé, la question de l'intérêt de la thrombolyse intraveineuse préalable, dans la mesure où le traitement endovasculaire peut être effectué rapidement, s'est posée peu après la publication des résultats de ces nouvelles études.

Quelles nouvelles découvertes avez-vous faites dans l'étude internationale [3] menée sous la direction de l'Hôpital de l'Île et de l'Université de Berne?

L'hypothèse de notre étude était que l'effet de la thrombolyse intraveineuse diminue avec le temps. Cela avait déjà été démontré dans des études ayant comparé la thrombolyse intraveineuse à un traitement placebo [1]. Si les résultats ne sont donc pas fondamentalement surprenants, il reste à savoir comment cet effet temporel se produit exactement chez les patientes et patients faisant en plus l'objet d'une thrombectomie endovasculaire. Dans les études plus anciennes, une modification du risque hémorragique au fil du temps et la croissance de l'infarctus ont joué un rôle majeur pour la thrombolyse intraveineuse seule. Cela semble être moins le cas chez les patientes et patients subissant en plus une

thrombectomie endovasculaire. Des études supplémentaires sont donc nécessaires pour déterminer le mécanisme exact de la temporalité.

Qu'apportent à présent les résultats de votre étude à la pratique médicale?

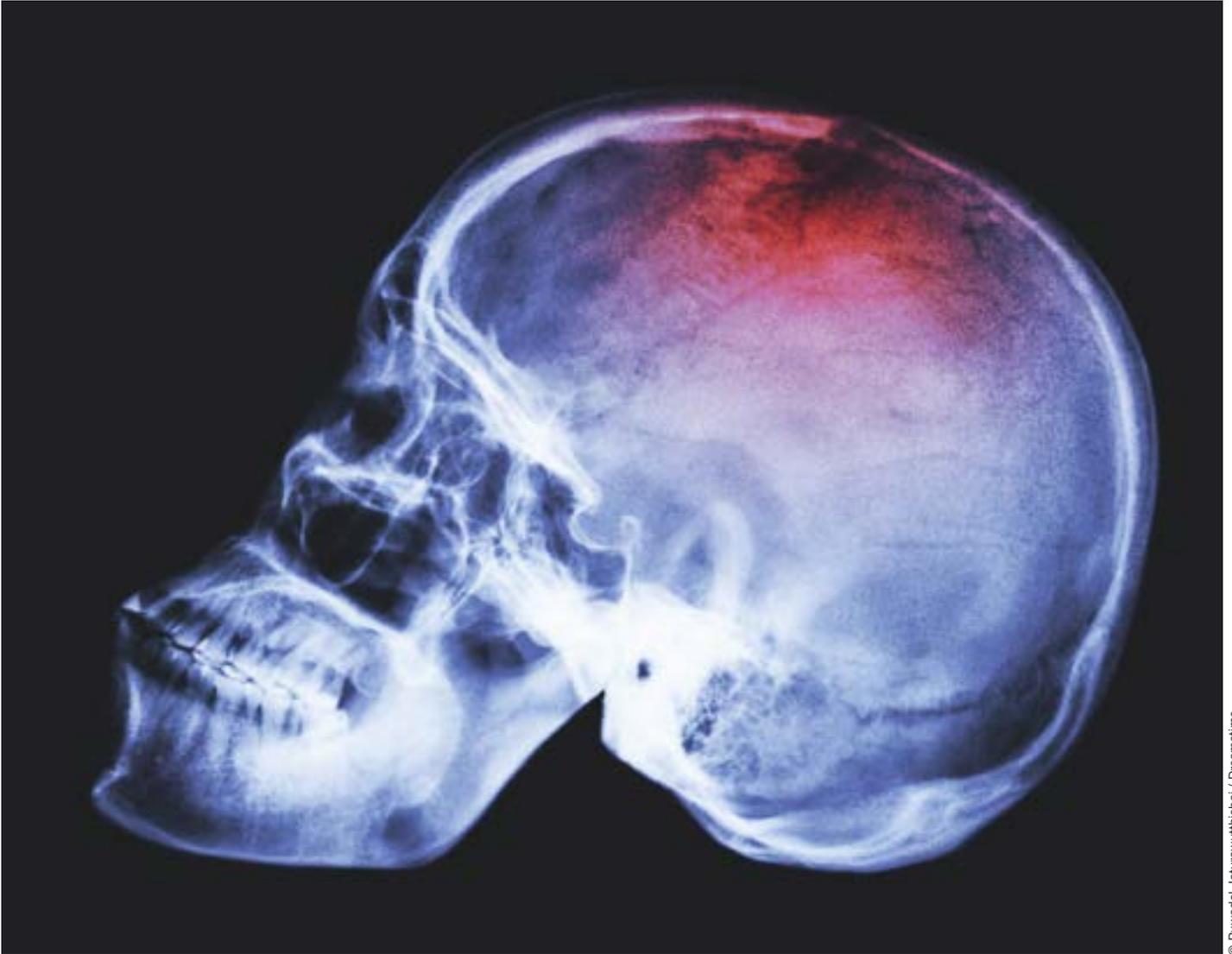
Les résultats de l'étude peuvent aider à évaluer les bénéfices individuels d'une thrombolyse supplémentaire avant la thrombectomie mécanique pour les patientes et patients amenés dans un centre où une thrombectomie endovasculaire directe peut être réalisée rapidement. Sur la base de l'interaction temporelle observée, nous pouvons dire de manière simplifiée que les patientes et patients admis très tôt après le début des symptômes profitent de la thrombolyse supplémentaire, alors que celles et ceux traités plutôt tardivement après le début des symptômes ne profitent pas de la thrombolyse supplémentaire, qui pourrait même être nuisible dans ce cas.

Ces résultats vont-ils changer la pratique?

La question de savoir si la pratique dans les grands centres internationaux va maintenant changer dépend essentiellement de la fiabilité perçue desdits résultats. Ceux-ci découlent d'une analyse d'interaction ou d'hétérogénéité, dans laquelle différents effets thérapeutiques sont examinés dans des sous-groupes. De nombreuses analyses de ce type sont caractérisées par des résultats faussement positifs, d'où la nécessité d'être prudent dans l'interprétation.

Que recommandez-vous aux hôpitaux traitants?

En tant que groupe d'auteurs, nous recommandons de tenir compte de ces résultats dans la prise de décision thérapeutique en situation aiguë. Cela signifie d'une part que l'on dispose de 2 heures et 20 minutes après l'apparition des symptômes



© Puwadol Jaturawutthichai / Dreamstime

Le facteur temps est décisif dans la thrombolyse intraveineuse.

pour administrer la thrombolyse malgré une thrombectomie endovasculaire immédiate. D'autre part, la probabilité d'effet négatif est faible si l'on renonce à la thrombolyse après 2 heures et 20 minutes. Ces résultats ne sont toutefois applicables que si les patientes et patients peuvent être admis directement dans un centre où la thrombectomie endovasculaire peut être immédiatement réalisée. Pour les patientes et patients transférés, une thrombolyse doit être systématiquement administrée, pour autant qu'il n'y ait pas de contre-indication.

Récemment en Europe, il était difficile de se procurer les thrombolytiques nécessaires pour traiter l'AVC ischémique. Ces médicaments devraient-ils être réservés aux victimes d'AVC dont il est prouvé qu'elles en bénéficieraient?

La situation concernant la pénurie de thrombolytiques s'est à nouveau améliorée entre-temps. Néanmoins, elle a illustré concrètement à quel point il est important de pouvoir estimer la taille d'effet d'un traitement sur la base de données randomisées. Nous pouvons aujourd'hui affirmer que la thrombolyse apporte un bénéfice supplémentaire aux patientes et patients pris en charge rapidement, mais que ce bénéfice est très discutable pour celles et ceux qui sont pris en charge tardivement.

En période de pénurie de médicaments, ces données peuvent donc clairement contribuer à favoriser l'accès au médicament aux patientes et patients appartenant au groupe pour qui l'effet bénéfique est solidement prouvé.



Références

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



Prof. Dr Dr méd. Johannes Kaesmacher

Chef de clinique en neuroradiologie, professeur associé à l'Université de Berne. Institut universitaire de neuroradiologie interventionnelle et diagnostique, Stroke Research Center, Hôpital de l'Île, Hôpital universitaire de Berne.

Au-delà des soins aux patients

Carrière Nombre de jeunes médecins sont dépités par la profession. Que pourraient-ils faire de leurs connaissances et compétences professionnelles? Quelle voie s'offre à eux quand la prise en charge des patients, l'essence même de la médecine, n'est plus à l'ordre du jour?

Jürg Unger

Les sondages de l'asmac et de la FMH menés auprès des jeunes médecins sont inquiétants: nombre d'entre eux songent à tourner le dos à la médecine. Cela n'est guère surprenant, la charge administrative croissante prenant le pas sur le temps consacré aux patientes et patients. La priorité absolue est donc donnée aux nouvelles approches qui réduisent la charge administrative. Est-ce qu'un dossier médical informatisé, simple et uniforme pour toute la Suisse, dont le fonctionnement serait enseigné pendant les études pour ensuite être utilisé dans tous les hôpitaux et cabinets médicaux, serait un pas dans la bonne direction? Pourrait-on automatiser davantage la documentation à l'aide de l'intelligence artificielle? Par ailleurs, les intéressés pourraient eux-mêmes réfléchir à la question de savoir si une discipline donnée implique plus ou moins d'administration.

Mettre à profit ses connaissances médicales

Dans un tout autre ordre d'idées, une personne peut décider de quitter la profession lorsqu'elle constate, au cours de stages universitaires ou plus tard dans la pratique professionnelle, qu'elle n'est pas très à l'aise au contact des patients. Cette situation peut faire naître des envies radicales de réorientation professionnelle. Toutefois, avant de se lancer dans un deuxième cursus ou dans une autre profession, il faut se demander si l'énorme investissement personnel et celui de la société dans les études de médecine ne pourraient pas être utilisés dans des tâches éloignées de la patientèle. En effet, dans certaines activités, les connaissances de la médecine et l'entraînement à la pensée médicale jouent un rôle central. Cependant, les entretiens menés par Coach my Career (www.vlss.ch/fr/) révèlent souvent le manque d'idées pour ces voies alternatives parmi les jeunes médecins. En 2016, la Harvard Business Review [1] a publié un article prometteur qui montrait comment les médecins pouvaient réussir leur carrière en dehors de la prise en charge des patients. Ce travail a démontré que les hôpitaux dirigés par des directeurs généraux médecins de profession sont, à bien des égards, meilleurs que ceux dirigés par des directeurs généraux issus d'autres horizons professionnels. Penser au statut de directeur général d'un hôpital comme objectif professionnel lointain est une réorientation professionnelle possible. Pour y parvenir, il faut disposer d'une solide formation en management et d'une expérience dans les différents domaines de la santé publique que sont, par exemple, les assurances-maladie, les offices cantonaux de la santé publique, l'OFSP, les entreprises pharmaceutiques ou les développeurs de logiciels médicaux.

Une réorientation possible dès l'hôpital

Il est possible de commencer une réorientation prudente à l'hôpital, en s'éloignant du travail avec la patientèle et en privilégiant d'autres tâches. Dans le contrôle médical ou le codage, les médecins sont très recherchés (et payés en conséquence). On trouve d'autres idées de parcours professionnels dans les CV des différents médecins qui ont déjà suivi cette voie et qui dirigent aujourd'hui ou ont dirigé des hôpitaux en Suisse. Pour celles et ceux qui souhaitent tenter l'aventure dans un monde professionnel encore plus éloigné du médical, les sociétés de conseil internationales offrent des perspectives, les capacités de réflexion et d'analyse médicales étant très recherchées chez McKinsey, Boston Consulting Group BCG et consorts.

La formation médicale nous qualifie en premier lieu pour une activité de qualité au contact de la patientèle. Si, à un moment donné, la proximité avec les patients ne nous convient plus, de nombreuses autres possibilités d'utiliser nos connaissances et notre savoir-faire s'offrent à nous. Les études présentent rarement ces choix, il faut donc les rechercher soi-même. Cette quête peut déboucher sur des alternatives gratifiantes mettant le savoir-faire médical à profit, même loin du travail avec les patients.



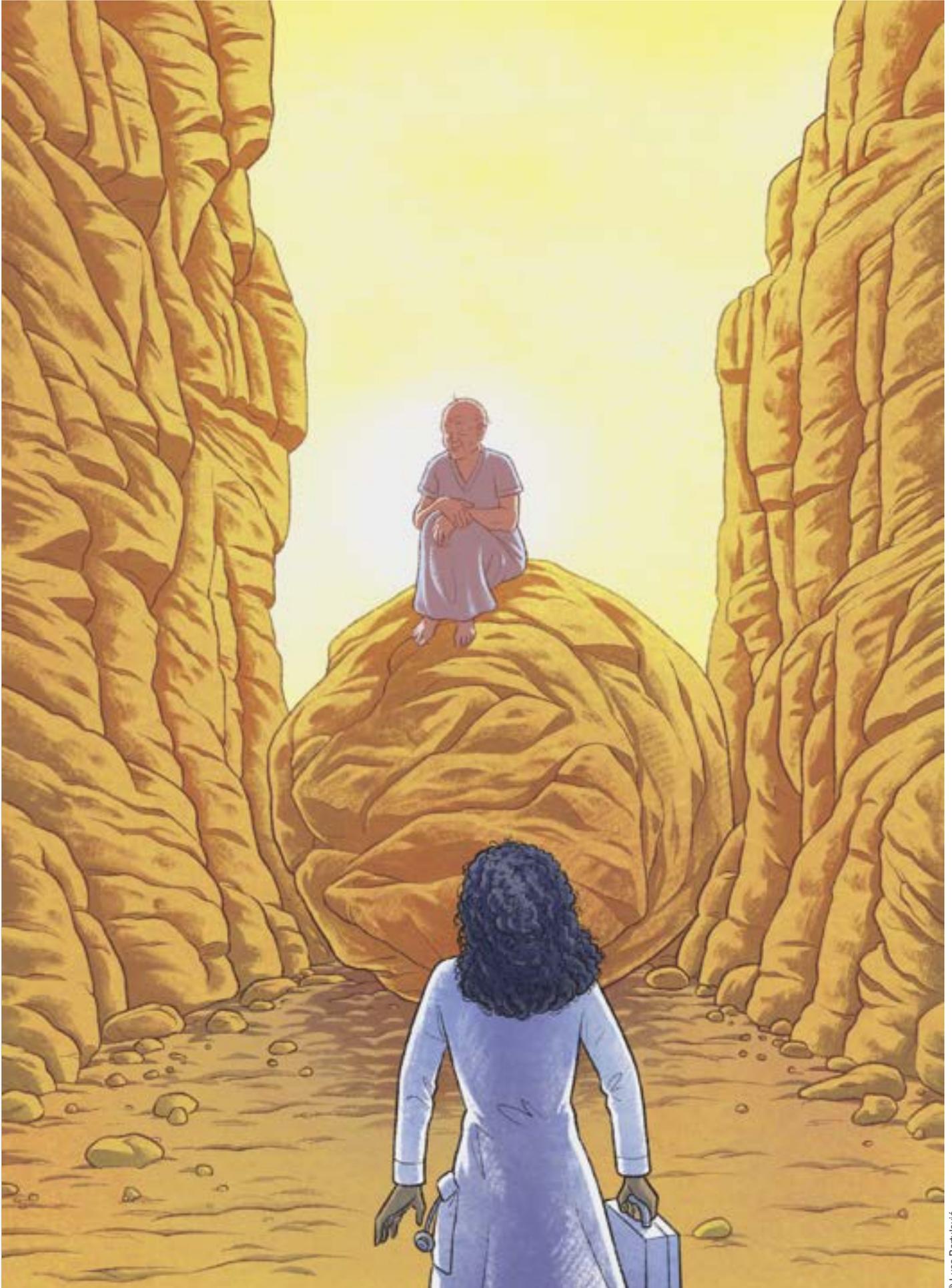
Références

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



Dr méd. Jürg Unger

L'initiateur de «Coach my Career» est souvent décrit comme un pédopsychiatre atypique. Sa devise: «Actions speak louder than words.» Il intervient régulièrement dans cette rubrique sur les questions de carrière.



Question de point de vue



Sarah Bourdely
Rédactrice junior au
Bulletin des médecins
suisses

«Essayez de fixer un point sur le mur et pensez à vos futures vacances», m'a conseillé l'ophtalmologue avant de se mettre à l'ouvrage sur mon œil droit. Alors que je tentais de me projeter mentalement sur une île, mon monde s'est littéralement déplacé de quelques centimètres sur le côté. «Oh, il est bien coincé», a-t-elle commenté après une première tentative infructueuse d'extraction du corps étranger. Deuxième essai. Une fois encore, la pression exercée sur mon globe oculaire a déplacé mon champ de vision. «Nous y voilà», s'est-elle exclamée, triomphante, en me montrant le coupable: une minuscule miette qui s'était enfoncée dans ma cornée.

J'ai souvent remarqué que les situations réelles sont bien plus inoffensives que celles imaginées.

Le soulagement se lisait sur nos deux visages. Pour elle, parce que la petite intervention était réussie. Pour moi, parce que j'avais passé tellement de temps à chercher des articles, des images et même des vidéos sur Internet sur les «corps étrangers dans l'œil», à en avoir le sang glacé. Une fois l'opération terminée, je ne pouvais m'empêcher de rire de moi-même. Aussi désagréable que soit l'idée de se faire piquer l'œil avec une aiguille, cette expérience n'est ni dramatique ni douloureuse. D'une part, les gouttes anesthésiantes et la lumière vive font que j'ai à peine vu l'aiguille s'approcher de moi et à peine perçu son impact sur ma cornée. D'autre part, j'ai pu constater que les situations réelles sont bien plus inoffensives que celles que l'on s' imagine.

L'attitude décontractée de mon ophtalmologue a également contribué à rendre mon expérience positive. Elle a commencé l'examen par une brève anamnèse et a effectué quelques tests pour mesurer mon acuité visuelle et la pression intraoculaire, et pour vérifier la mobilité de mes yeux. Portant des lunettes, j'étais déjà familiarisée à ces

examens de routine. Les premières tensions se sont rapidement évaporées. Après quoi, elle a versé un liquide fluorescent dans mon œil. Elle a observé l'œil «à problème» au biomicroscope. En voyant le corps étranger, elle a rapidement réagi de façon experte et a simplement commenté les résultats et la suite des opérations en disant: «Vous avez bien quelque chose dans l'œil. Je vais vous l'enlever.» Tout en confirmant mes pires craintes, elle a aussitôt ôté tout caractère dramatique à la situation et n'a pas cédé place à la panique.

Aussi désagréable que soit l'idée de se faire piquer l'œil avec une aiguille, cette expérience n'est ni dramatique ni douloureuse.

Depuis, j'ai passé le contrôle de suivi. Heureusement, ma cornée s'est complètement régénérée et mon petit «accident» n'a pas laissé l'ombre d'une trace. Cette expérience m'a quand même bouleversée. Car, en toute honnêteté, j'ai toujours pris mes yeux et leur bonne santé comme un bien acquis. Désormais, je cherche d'autant plus à apprécier tous les plaisirs visuels que le printemps nous offre. Je suis toujours étonnée de découvrir tant de nouveautés, même en des lieux que je pensais connaître par cœur. Je vous conseille vivement de tenter l'expérience.



PRÉSENTATION DE LIVRE

Éditions médicales suisses EMH



Wilhelm Felder, Kurt Schürmann

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

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

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



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

Sans calcul compliqué?

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

MAGNESIUM

Diasporal®

12 mmol*

Mg

Magnésium
une seule prise en
l'espace de 24 heures



La performance,
droit au but.

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

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



admis par les caisses-maladie⁴

* conformément à la recommandation posologique autorisée

Références

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

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