

# BULLETIN DES MÉDECINS SUISSES & SWISS MEDICAL FORUM

Numéro 23  
5 juin 2024



**12 Médecins cubains**  
Entre aide humanitaire et  
logique économique

16 **Spiritual Care**

Le pouvoir de la spiritualité  
dans les soins de santé

28 **Urs Stoffel**

Retour sur douze années  
au Comité central

42 **Médecine du trafic**

Aptitude à la conduite: ce que  
change le système progressif

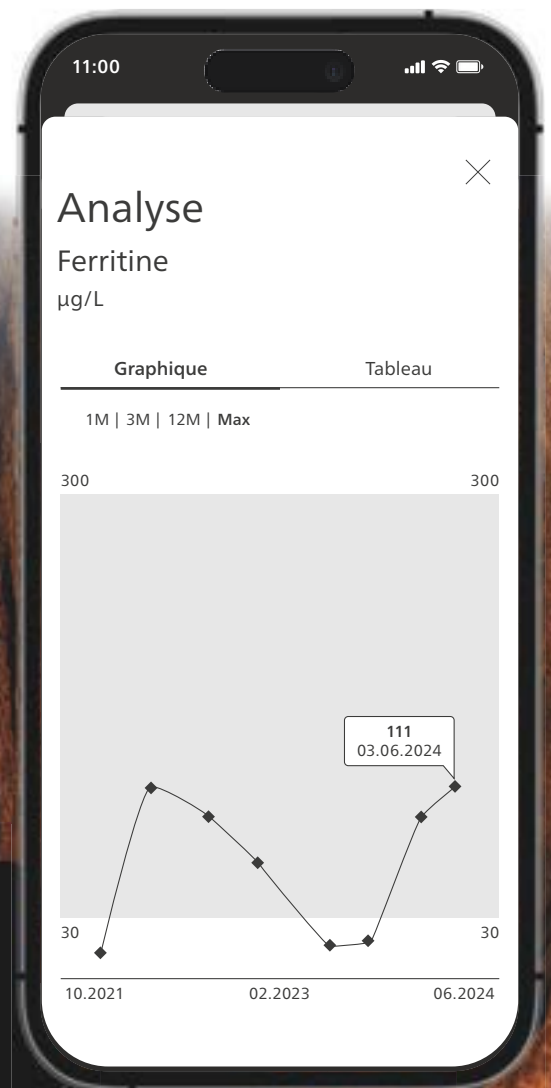
# My Viollier – L'App dédiée aux patients

## Connaissez vos valeurs

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

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

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



# La santé, un enjeu politique



**Magdalena Mühlemann**

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

Imaginez que vous deviez effectuer une opération sans anesthésiant ni gants... Une vision d'horreur pour nous – souvent une réalité à Cuba. Dans l'article en une, page 12, Wolf-Dieter Vogel dépeint l'état du système de santé socialiste de l'île comme catastrophique. De nombreux médicaments sont uniquement disponibles sur le marché noir. Les médecins cubains, bien formés, s'exportent quant à eux à tout-va. Depuis les années 1960, ils interviennent par brigades entières dans les zones sinistrées à l'échelle du globe. Une offre qu'ils ne peuvent pas refuser, car l'État a besoin de devises. S'agit-il de «travail forcé», comme l'avance l'organisation de défense des droits de l'homme Cuban Prisoners Defenders? Ou faut-il plutôt y voir une opportunité d'améliorer son salaire par rapport aux conditions cubaines et d'élargir ses horizons? Certains travailleurs détachés profitent également de leur mission pour émigrer.

En Suisse, sous la pression de la population, les milieux politiques exigent l'accès illimité à une prise en charge globale, avec une qualité maximale et des coûts supportables. Ils oublient toutefois qu'il faut pour cela offrir des conditions d'exercice les plus attractives possibles aux fournisseurs de prestations, avec des incitatifs permettant de garantir les soins et de favoriser des prestations de qualité avec une rémunération adéquate, explique Urs Stoffel, responsable

du département Médecine et tarifs ambulatoires de la FMH, dans l'analyse de la semaine en page 26. Le tarif médical TARMED, devenu obsolète et inadapté, doit être remplacé par un nouveau système tarifaire ambulatoire qui reflète les prestations médicales variées et complexes de la manière la plus exacte possible, sans lacunes ni doublons. Depuis 2019, le tarif à la prestation TARDOC est en attente d'approbation auprès du Conseil fédéral, et la demande d'approbation des forfaits ambulatoires l'est depuis décembre 2023. Les politiques sont maintenant appelés à prendre enfin une décision.

Dès 2016, le Conseil fédéral a introduit le modèle progressif d'évaluation de l'aptitude à la conduite. Le but: harmoniser et assurer la qualité des examens de médecine du trafic effectués sur mandat des offices de la circulation routière. Les médecins ont la possibilité d'acquérir, sur quatre niveaux de qualification, les compétences qui leur permettent d'attester l'aptitude à la conduite dans le trafic routier de différents groupes de personnes. Vous en apprendrez plus à ce sujet dans le Highlight du Swiss Medical Forum de Kristina Keller et al. en page 42.

Annonce



## ÉVÉNEMENTS

Swiss Health Web

### Savoir où se passe quoi!

- Congrès
- Séminaires
- Formations continues et postgraduées

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

events.emh.ch



# Laitea®

Huile de lavande (Silexan®)

## Laitea® indique le chemin en cas d'anxiété et d'agitation!

Seul anxiolytique  
à base de plantes  
dans la LS<sup>3</sup>

- Effet anxiolytique comparable à celui du lorazépam et de la paroxétine<sup>1,2</sup>
- Une fois par jour<sup>3</sup>
- Non sédatif<sup>4</sup>
- Aisément associable aux contraceptifs<sup>5,6</sup>
- Contient l'huile de lavande Silexan®



Admis aux caisses

Gélule  
1 fois par jour

**Information professionnelle abrégée Laitea®:** C: 1 capsule contient 80 mg d'huile de lavande (Silexan®). I: En cas d'anxiété et d'agitation. P: Les adultes de plus de 18 ans prennent 1 capsule par jour. CI: Hypersensibilité à l'huile de lavande, grossesse, l'allaitement, insuffisance hépatique, personnes moins de 18 ans et patients présentant une intolérance héréditaire au fructose. EI: Fréquent: Eructations, nausées et réactions cutanées allergiques. Rare: Céphalées. Très rare: Fatigue. IA: Aucune connue. P: 14, 28 et 56 capsules. CV: D, admis aux caisses (LS) avec Limitatio consulter [www.spezialitaetenliste.ch](http://www.spezialitaetenliste.ch) TA: Schwabe Pharma AG, Küssnacht am Rigi. Pour de plus amples informations, consulter [www.swissmedicinfo.ch](http://www.swissmedicinfo.ch)

**Références:** 1. Woelk H, Schläfke S. A multi-center, double-blind, randomised study of the Lavenderoil preparation Silexan in comparison to Lorazepam for generalized anxiety disorder. *Phytomedicine* 2010; 17:94-99. 2. Kasper et al. Lavender oil preparation Silexan is effective in generalized anxiety disorder--a randomized, double-blind comparison to placebo and paroxetine. *Int J Neuropsychopharmacol.* 2014 Jun;17(6):859-69. 3. [www.swissmedicinfo.ch](http://www.swissmedicinfo.ch) 4. Mueller WE, Schuwald A, Noeldner M, Kasper S, Friedland K. Pharmacological Bases of the therapeutic use of Silexan (Lasea®). *Psychopharmakotherapie* 2015; 22: 3-14. 5. Heger-Mahn D1, Pabst G, Diemel A, Schläfke S, Klipping C. No interacting influence of lavender oil preparation silexan on oral contraception using an ethinyl estradiol/levonorgestrel combination. *Drugs R D.* 2014 Dec;14(4):265-72. 6. Doroshynko O, Rokitta D, Zadayan G, Klement S, Schläfke S, Diemel A, Gramatté T, Lück H, Fuhr U. Drug cocktail interaction study on the effect of the orally administered lavender oil preparation Silexan on cytochrome P450 enzymes in healthy volunteers. *Drug Metab Dispos* 2013; 41:987-993. 05/2023

Toutes les références peuvent être demandées à Schwabe Pharma.



Schwabe  
Pharma AG

From Nature. For Health.

## Zoom sur



12

## Cuba au chevet du monde

**Internationalisme médical** L'état insulaire aurait envoyé des contingents de médecins dans 39 pays pendant la pandémie de Covid-19. Ces détachements ne sont pas seulement l'expression d'une aide humanitaire, ils sont également importants sur le plan économique pour le pays, qui perçoit ainsi des milliards de dollars américains par an. Wolf-Dieter Vogel constate que ces interventions sont toutefois controversées.

Wolf-Dieter Vogel



16

## Le pouvoir de la spiritualité

**Spiritual Care** Le traitement moderne des douleurs chroniques englobe les aspects physiques, mais également psychologiques et sociaux. Les spécialistes plaident pour une meilleure prise en compte des convictions et des pratiques spirituelles des patientes et patients.

Simon Koechlin



64

## Une course contre la montre

**Numérisation** La numérisation se généralise dans de nombreux domaines, mais le secteur de la santé est à la traîne. Alors que les solutions numériques font gagner les banques et agences de voyage en efficacité, les services médicaux se battent contre un potentiel inexploité. Il est impératif de réaliser des économies de coûts et de temps grâce à la digitalisation, explique Jörg Goldhahn.

Jörg Goldhahn

Annonce



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

Paul Klee et  
August Macke –  
Imprimés d'art



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

## Sommaire

3	<b>Éditorial de Magdalena Mühlemann</b> La santé, un enjeu politique	33	<b>FMH Actuel</b> Label «responsable practice FMH»
8	<b>CONTENU ÉDITORIAL</b>	35	<b>Nouvelles du corps médical</b>
8	<b>Actualités</b>	36	<b>ORGANISATIONS</b>
8	<b>À la page</b> Pour les cheffes de demain	36	<b>Hôpital cantonal des Grisons</b> Deux cantons, deux sites, un hôpital
12	<b>À la une</b> Cuba au chevet du monde	39	<b>SWISS MEDICAL FORUM</b>
16	<b>Article de fond</b> Le pouvoir de la spiritualité	40	<b>Weekly Briefing de Lars C. Huber et Martin Krause</b>
21	<b>Forum</b> En quête d'une théorie économique adaptée au système de santé	42	<b>Highlight</b> Actualité sur le système progressif des évaluations de l'aptitude à la conduite
22	<b>Communications</b>	46	<b>Quel est votre diagnostic?</b> Quand le diagnostic ne saute pas aux yeux
62	<b>Savoir</b> Retirer l'embolie	50	<b>Le cas particulier</b> Méningo-encéphalite à Francisella tularensis
64	<b>Cabinet malin</b> Une course contre la montre	54	<b>Forum</b> Courrier à la rédaction
66	<b>Le mot de la fin de Jean Martin</b> La santé des aînées au prétoire	55	<b>SERVICES</b>
25	<b>FMH</b>	55	<b>Offres et demandes d'emploi</b>
26	<b>Analyse de la semaine du Comité central</b> À quelles attentes un système tarifaire ambulatoire doit-il répondre?	58	<b>FMH Services</b>
28	<b>FMH Actuel</b> Retour sur douze années au Comité central	67	<b>Séminaires et événements</b>

## Impressum

**Bulletin des médecins suisses**

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

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

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

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

**Swiss Medical Forum – Forum Médical Suisse**

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

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

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

ISSN: version imprimée: 1424-4977 / version électronique: 1424-4985. Paraît le mercredi.

© EMH Éditions médicales suisses SA (EMH), 2022. Le Forum Médical Suisse est une publication en accès libre (open access) des EMH sous la licence CC BY-NC-ND 4.0, qui accorde aux utilisateurs le droit illimité de reproduire, distribuer et communiquer l'œuvre au public sous les conditions suivantes: (1) le nom de l'auteur doit être mentionné, (2) l'œuvre ne doit pas être utilisée à des fins commerciales et (3) l'œuvre ne doit en aucun cas être adaptée ou modifiée. L'utilisation commerciale n'est permise qu'avec l'autorisation explicite et préalable des EMH et sur la base d'un accord écrit.

**Maison d'édition:** EMH Éditions médicales suisses SA, Farnsburgerstrasse 8, 4132 Muttenz, Tél. +41 61 467 85 55, [www.emh.ch/fr](http://www.emh.ch/fr)

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

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

**Rubrique FMH Services:** FMH Consulting Services, Office de placement, case postale 246, 6208 Oberkirch, tél. +41 41 925 00 77, [mail@fmhjob.ch](mailto:mail@fmhjob.ch), [www.fmhjob.ch](http://www.fmhjob.ch)

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

**Autres abonnements:** Service à la clientèle EMH, [abo@emh.ch](mailto:abo@emh.ch), +41 61 467 85 45

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

**Concept créatif:** Agence Guido Von Deschwanden

**Production:** Vogt-Schild Druck AG, [www.vsdruk.ch](http://www.vsdruk.ch)

**Photos:** toutes les photos sont mises à disposition, sauf indication contraire. Photo de couverture: © HE&AD

# BAUCHGEFÜHL UND KOPFSACHE?

Psychosomatik:  
Sowohl-als-auch!

Das Verständnis der komplexen Körper-Psyche-Interaktion ist Kern der Psychosomatik und erfordert spezifische Kompetenzen.

In unserem Zertifikatsstudiengang vermitteln wir klinisch tätigen Ärzt:innen jeder Fachrichtung Grundlagen der psychosomatischen und psychosozialen Medizin. Gemeinsam erarbeiten wir Fertigkeiten der Gesprächsführung und reflektieren die Beziehung zwischen Patient:innen und Ärzt:innen.

Mehr Informationen zum nächsten Studiengang: [www.ihm-institut.ch](http://www.ihm-institut.ch)



Scanne diesen Code ein, um auf unsere Seite zu gelangen und melde dich noch heute an. Wir freuen uns auf dich!



Les membres fondateurs de l'association des médecins-chefes.

## À la page

# Pour les cheffes de demain

**Association des médecins-chefes** Maki Kashiwagi et Daniela Zeller ont initié la création de l'Association des médecins-chefes (Cmws). Cette nouvelle section de Medical Women Switzerland (mws) a pour objectif de défendre les intérêts des médecins-chefes. L'association met l'accent sur le réseautage, l'égalité des chances et les possibilités de carrière.

Propos recueillis par Dominique Fischer

**La série d'événements intitulée «Comment devenir médecin-chef», que vous avez initiée, a précédé la création de la Cmws. Pourquoi de telles manifestations sont-elles nécessaires?**

Maki Kashiwagi: Avec cette série, nous souhaitons montrer qu'il existe des personnalités totalement différentes parmi les femmes médecins-chefes, afin que chacune des participantes puisse trouver un «modèle». Nous montrons qu'il n'y a pas de chemin prédéfini pour atteindre l'objectif «médecin-chef», à condition d'avoir la volonté et la passion du métier. De cette manière, nous pouvons encourager à viser cet objectif.

**En quoi consiste un tel événement?**

Maki Kashiwagi: Dans une sorte de conversation informelle, sur un canapé, les médecins-chefes ne font pas de discours, mais racontent leur parcours de manière intime. Elles

parlent librement des écueils qu'elles ont rencontrés et des leçons qu'elles en ont tirées. Il s'agit de transmettre des expériences précieuses. Nous voulons que les participantes soient inspirées.

Daniela Zeller: Les participantes apprennent ce qui est important pour ces femmes. Et il s'agit de faire tomber les barrières. Lors de ces soirées, tout peut être questionné.

**Il semble donc important de mettre en avant différents modèles. Pensez-vous qu'il s'agit aussi de créer une sorte de normalité?**

Maki Kashiwagi: Absolument. Selon les statistiques de la FMH, environ 18% des postes de chef sont occupés par des femmes. Devenir médecin-chef n'est donc pas une «normalité». Nous souhaitons contribuer à cette normalisation par le biais de manifestations comme celles-ci.



### Madame Zeller, vous êtes spécialiste en chirurgie, un domaine typiquement masculin. Qu'est-ce qui a changé dans la formation et la carrière des femmes en médecine?

Daniela Zeller: Autrefois, il était inhabituel que les femmes choisissent des spécialités axées sur la chirurgie, il était recommandé de choisir des disciplines comme la médecine de famille ou la pédiatrie, car elles étaient considérées comme plus «adaptées aux femmes». Aujourd'hui, il y a plus de femmes en chirurgie et elles accèdent à des postes à responsabilité. Les choses ont changé, mais il reste encore beaucoup à faire.

### Pensez-vous que les femmes ont besoin d'une aide différente de celle des hommes?

Daniela Zeller: Oui, je pense que les femmes ont souvent moins confiance en elles en raison d'une socialisation séculaire et qu'elles devraient donc être encouragées de manière ciblée. Personnellement, je m'engage en toute connaissance de cause pour la promotion des femmes, car je sais ce que l'on ressent en travaillant dans un domaine masculin.

### Que peut faire le corps médical pour soutenir les médecins-chefes?

Maki Kashiwagi: Il pourrait s'engager pour que la répartition des salaires et l'attribution des postes haut placés soient plus transparentes. Les hommes et les femmes devraient être soutenus de la même manière au niveau de la direction. En outre, il faut visibiliser davantage des exemples qui montrent à la relève féminine qu'un poste de cheffe est à leur portée.

### Un mois à peine s'est écoulé depuis la création de la section des médecins-chefes. Quels objectifs avez-vous atteints?

Maki Kashiwagi: Nous avons attiré l'attention sur les Cmws, mais aussi sur les mws en général, grâce à des retours positifs. Aujourd'hui, vous nous interviewez. En outre, nous avons gagné environ 200 followers sur nos différents réseaux sociaux. Pour la Cmws, c'est maintenant que tout commence vraiment.

### Que souhaitez-vous pour l'avenir de l'association des médecins-chefes? Avez-vous des projets en cours?

Daniela Zeller: Que la Cmws devienne une voix importante sur le plan de la politique professionnelle et dans l'opinion publique, et que la position des médecins-chefes soient renforcées par ce regroupement.



**Dre méd. Maki Kashiwagi**

Spécialiste indépendante en gynécologie et obstétrique, gynosenne AG, coprésidente de la mws



**Dre méd. Daniela Zeller**

Spécialiste indépendante en chirurgie, Zeller-Chirurgie, coprésidente de la mws

### Quoi de neuf?

## L'IBRA élit son nouveau président



Prof. Dr méd.  
Victor  
Valderrabano

**Swiss OrthoCenter** Le Prof. Dr méd. Victor Valderrabano a été élu nouveau président de l'International Bone Research Association (IBRA). Spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologique du membre inférieur, il dirige depuis 2015 le Swiss OrthoCenter de la Schmerzklinik de Bâle. Ses domaines d'expertise comprennent la chirurgie reconstructive, l'orthopédie du sport, la chirurgie de l'arthrose des membres inférieurs ainsi que la chirurgie du pied et de la cheville, rapporte l'IBRA. Après avoir obtenu son doctorat en médecine humaine à l'Université de Zurich, il a validé un second doctorat en biomécanique et recherche sur l'arthrose à l'Université de Calgary (CA). Victor Valderrabano a suivi sa formation orthopédique à Davos, Bâle et Calgary. En 2009, il a été nommé professeur ordinaire d'orthopédie et de chirurgie traumatique à l'Université de Bâle. De 2009 à 2014, il a été président du service d'orthopédie de l'Hôpital universitaire de Bâle. Il a également occupé la fonction de président de la Société germano-suisse-autrichienne de traumatologie orthopédique (GOTS) et de la Société suisse de chirurgie du pied et de la cheville (SFAS). Actuellement, il est président de la fondation de recherche de l'European Foot & Ankle Society (EFAS).

## L'Université de Bâle nomme une nouvelle professeure



Prof. Dre méd.  
Nina Khanna  
Gremmelmaier

**Bâle** La Prof. Dre méd. Nina Khanna Gremmelmaier a été nommée professeure clinique d'inféctiologie, spécialisée dans les infections bactériennes, à la Faculté de médecine de l'Université de Bâle (UNIBAS). Cette nomination coïncide avec celle de médecin-chefesse en inféctiologie à l'Hôpital universitaire de Bâle (USB). Elle prendra ses fonctions le 1<sup>er</sup> juin 2024 et dirigera la clinique conjointement avec la Prof. Dre méd. Sarah Tschudin Sutter. Nina Khanna Gremmelmaier est professeure titulaire, médecin adjointe à la clinique d'inféctiologie et d'hygiène hospitalière de l'USB et, depuis 2013, directrice de groupe de recherche au département de biomédecine. Elle a étudié la médecine humaine à Fribourg et à Bâle. Elle s'est formée à l'Hôpital cantonal de Baden ainsi qu'à la clinique universitaire et à l'Université de Würzburg (DE). Depuis 2008, elle est spécialiste en médecine interne et depuis 2010 en inféctiologie. Ses recherches portent sur l'amélioration de la compréhension des infections difficiles à traiter, y compris celles résistantes aux antibiotiques, et sur la mise en œuvre de nouvelles stratégies thérapeutiques.

## Au cœur de la science

## Leucémie: nouvelle option de traitement

**Thérapie ciblée** À l'Université de Bâle, des scientifiques ont développé une approche contre le cancer du sang. Ils décrivent dans la revue *Nature* comment éliminer de manière ciblée toutes les cellules sanguines d'une personne malade tout en construisant un nouveau système sanguin. Tout d'abord, des anticorps spécifiques auxquels est couplée une toxine cellulaire reconnaîtraient et détruiraient toutes les cellules sanguines du corps à l'aide d'une molécule de surface. Parallèlement, la personne traitée recevrait une transplantation de nouvelles cellules souches sanguines saines provenant d'un donneur compatible. Afin que les conjugués anticorps-médicaments ne reconnaissent et n'attaquent pas les nouvelles cellules sanguines, une petite modification de la molécule de surface est introduite par des méthodes de génie génétique. Ce procédé est qualifié de «shielding» et agit comme bouclier contre le traitement anticancéreux. Les patients dont l'état de santé ne permet pas de suivre une chimiothérapie pour une transplantation de cellules souches pourraient également en bénéficier.

doi: 10.1038/s41586-024-07456-3

## Maladie d'Alzheimer: le sport inefficace?

**Neurologie** Le sport a généralement un effet stimulant sur la mémoire humaine. Ce n'est pas le cas chez les personnes ayant une prédisposition génétique à la maladie d'Alzheimer, comme l'indique l'Université de Genève. Pour leur étude, les scientifiques ont demandé à 50 personnes âgées de 18 à 25 ans de regarder une série d'images, puis de se reposer ou de faire du vélo pendant 30 minutes et de restituer ensuite l'ordre des images. Environ la moitié des participants étaient porteurs de la mutation génétique APOE, qui augmente de trois à douze fois le risque de maladie d'Alzheimer. Le groupe à risque a montré de moins bonnes performances de mémoire que le groupe de contrôle, aussi bien après le vélo qu'après la phase de repos, selon la revue spécialisée *Cerebral Cortex*. Les chercheurs ne déconseillent toutefois pas le sport: bouger reste bénéfique pour la santé physique et neuronale.

doi: 10.1093/cercor/bhae205

## Divers

## Aider les jeunes face au cancer



© David Munoz Gonzalez / Dreamstime

L'objectif est de créer une application mobile utilisable dans toute l'Europe.

**Cybersanté** 30 institutions de 16 pays européens se sont fixé pour objectif d'améliorer la qualité de vie et le suivi des jeunes atteints de cancer. Avec la participation de l'Université de Lucerne (UNILU), le projet communautaire européen «e-QuoL» vise à mettre à leur disposition des outils de cybersanté spécialement conçus pour eux et avec eux, afin de les aider à gérer leur santé.

«L'objectif est de développer un outil de cybersanté utilisable dans toute l'Europe sous forme d'application mobile, qui offre aux personnes concernées une multitude d'aides concrètes», explique la Prof. Dre Gisela Michel, responsable du projet «e-QuoL» à l'UNILU. Les informations personnalisées de l'application

doivent aider les personnes concernées à mieux intégrer le suivi médical dans leur vie et ainsi à améliorer leur santé et leur qualité de vie. De nombreux survivants de cancers de l'enfance, de l'adolescence et du jeune âge adulte ne sont pas conscients des risques de séquelles tardives. Un site Internet est en développement et devrait permettre aux proches de jeunes personnes touchées de s'informer activement et d'apporter ainsi un soutien supplémentaire aux personnes concernées.

Le projet de l'Université de Lucerne, qui durera jusqu'à fin 2027, est soutenu par le Secrétariat d'État à la formation, à la recherche et à l'innovation (SEFRI) à hauteur d'environ un million de francs.

## En chiffres

## La MIG cherche sa relève



D'ici 10 ans, 44% de la main-d'œuvre en médecine interne générale pourrait manquer, comme le montre une étude sur la workforce de la Société Suisse de Médecine Interne Générale (SSMIG).

Extrapolé à partir des données des 2030 participants à l'enquête, le taux d'occupation des 6232 membres actifs de la SSMIG correspondait en 2023 à 5237 équivalents temps plein.



%

D'ici 2033, 37% d'entre eux prendront leur retraite, 10% prévoient de réduire leur charge de travail, 2% d'augmenter leur temps de travail et 53% de rester dans la profession avec le même temps de travail.

© GraphicStock / Dreamstime; Sharpnose / Dreamstime

## Personnalité de la semaine

## Elle combat le sida au niveau mondial



**Prof. Dre méd.  
Alexandra Calmy**  
Responsable de l'unité  
VIH aux HUG

**VIH** Depuis l'année dernière, la Prof Dre méd. Alexandra Calmy s'est fait connaître au-delà de la communauté médicale. La responsable de l'unité VIH des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) a accompagné le traitement d'un patient chez lequel aucun virus VIH n'a pu être détecté après une transplantation de moelle osseuse. Le «patient genevois» est la sixième personne au monde à être guérie du VIH après une transplantation de cellules souches. En Suisse, c'est une première.

L'engagement de l'infectiologue dans la recherche sur le VIH l'a menée à la tête de l'antenne européenne de la Société internationale sur le sida (IAS). Pour la chercheuse, être nommée par l'association mondiale des experts du VIH est «un grand honneur»: «Je suis fière de servir une organisation qui incarne des qualités telles que l'ouverture d'esprit, la rigueur scientifique et les initiatives communautaires», déclare-t-elle.

Avec 16 000 membres dans plus de 196 pays et un comité de direction composé d'une vingtaine de personnes, l'IAS travaille à différents niveaux pour apporter une réponse globale aux défis de la lutte contre la redou-

table maladie immunodéficitaire. Le VIH représente toujours une menace pour la santé publique et le bien-être individuel, indique Alexandra Calmy: «Dans le cadre de ma pratique clinique, je suis encore trop souvent confrontée à des personnes dont le diagnostic VIH est posé très tardivement, menaçant ainsi gravement leur santé. Réduire la mortalité liée au VIH reste un défi en 2024.» En outre, la stigmatisation liée au VIH et la criminalisation de certaines pratiques sexuelles dans divers pays a également un impact majeur sur l'accès aux traitements et aux mesures de prévention, souligne la chercheuse.

Elle espère que la rémission ou même la guérison du VIH ne sera plus de l'ordre de l'exceptionnalisme, a-t-elle déclaré lors de l'annonce de la guérison du patient genevois l'année dernière. Pour la communauté scientifique, il s'agit de «développer des traitements antiviraux ajustés aux besoins à travers toutes les catégories d'âge accessibles et de tester des stratégies de guérison fonctionnelle». Selon l'infectiologue, cela aura un impact positif sur la promotion des approches de santé intégrées.



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

## Repéré



© Rawpixelimages / Dreamstime

**Calories et grossesse** Porter un bébé est énergivore. Des biologistes dirigés par l'Université Monash (Australie) ont étudié les dépenses caloriques liées à la grossesse chez l'humain et l'animal. Résultat: seuls 4% de l'énergie dépensée va au fœtus. La majeure partie est absorbée par le corps de la mère. Ainsi, selon l'étude parue dans Science, la femme enceinte puise environ 96% des 50 000 calories nécessaires pendant la grossesse.

# Cuba au chevet du monde

**Internationalisme médical** L'état insulaire aurait envoyé des contingents de médecins dans 39 pays pendant la pandémie de Covid-19. Ces détachements ne sont pas seulement l'expression d'une aide humanitaire, ils sont également importants sur le plan économique pour le pays, qui perçoit ainsi des milliards de dollars américains par an. Wolf-Dieter Vogel constate que ces interventions sont toutefois controversées.

Wolf-Dieter Vogel



L'aide venue d'outre-mer a provoqué l'étonnement lorsqu'en mars 2020, un groupe de médecins cubains est arrivé en Italie pour soutenir le pays dans sa lutte contre le Covid. C'était l'époque où la Lombardie enregistrait quotidiennement des décès liés au virus. Le système de santé s'effondrait, les hôpitaux étaient débordés et le personnel médical spécialisé faisait défaut. Les 53 spécialistes de l'île socialiste devaient combler cette lacune. Les photos qui les montraient arborant les drapeaux cubains et italiens ont alors fait le tour du monde.

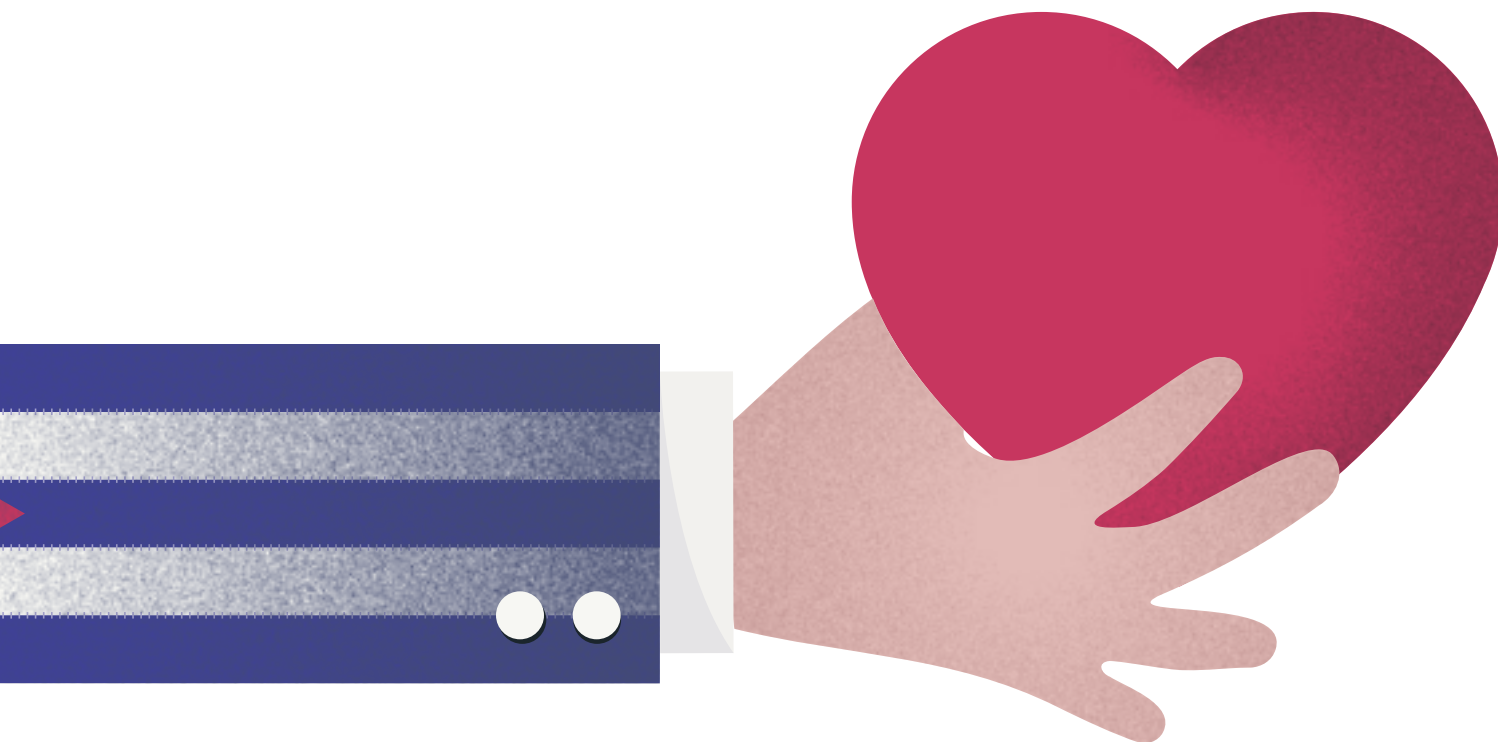
## Urgentistes, chirurgiens, orthopédistes, gynécologues et radiologues: 25 688 médecins travaillent actuellement dans 63 pays.

Cette mission de médecins cubains avait suscité une attention particulière en Europe. Rien que durant la pandémie, l'état insulaire a envoyé 57 «brigades médicales» dans 39 pays. Au total, 3875 épidémiologistes et infirmiers se sont rendus dans des pays d'Amérique latine, d'Afrique et d'Europe, ainsi qu'au Moyen-Orient. Selon le gouvernement, ils auraient traité plus de 550 000 personnes.

## L'OMS rend hommage à Cuba

Les médecins faisaient partie de la «Brigade Henry Reeve». Ce contingent de médecins a été créé en 2005 pour venir en aide à la population de la Nouvelle-Orléans touchée par l'ouragan Katrina. Mais le gouvernement américain, qui impose un embargo économique contre Cuba depuis plus de 60 ans, a décliné l'offre. Depuis, les unités formées pour intervenir rapidement en cas de catastrophe ou d'épidémie ont toutefois été actives dans de nombreuses autres régions du monde. Elles ont aidé après des tremblements de terre en Chine, en Haïti, au Pakistan, et également après les inondations survenues au Mexique. Elles ont participé à des coopérations avec l'ONU dans la lutte contre le virus Ebola au Sierra Leone, en Guinée et au Libéria. Elles sont aussi venues à la rescousse après le tremblement de terre de 2023 en Turquie. En 2017, le contingent a reçu le prix commémoratif Lee Jong Wook pour la santé publique de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

La Brigade Henry Reeve est une unité spéciale au sein de la coopération médicale de l'état insulaire. Selon l'ambassade de Cuba en Suisse, 605 700 travailleurs du secteur de la santé ont été déployés dans 165 pays au cours des six dernières décennies. Dès le début des années 1960, peu après la révolution, le chef d'État Fidel Castro envoyait la première «armée de blouses blanches» – nom qu'il donnait aux brigades – dans l'Algérie devenue indépendante. Des missions



Les brigades médicales cubaines sont la principale source de devises, devant le tourisme et les transferts d'argent des membres de la famille émigrés.

ont suivi dans des pays subsahariens et en Amérique latine, en coopération avec l'Union soviétique. Les brigades sont également intervenues lors de la catastrophe nucléaire de Tchernobyl. Parmi les grands engagements, on compte en outre le programme «Mais Médicos» mené avec le gouvernement de gauche brésilien de 2013 à 2018, ainsi que les missions continues au Venezuela. Dans les deux cas, ce sont principalement des médecins généralistes qui ont participé aux missions.

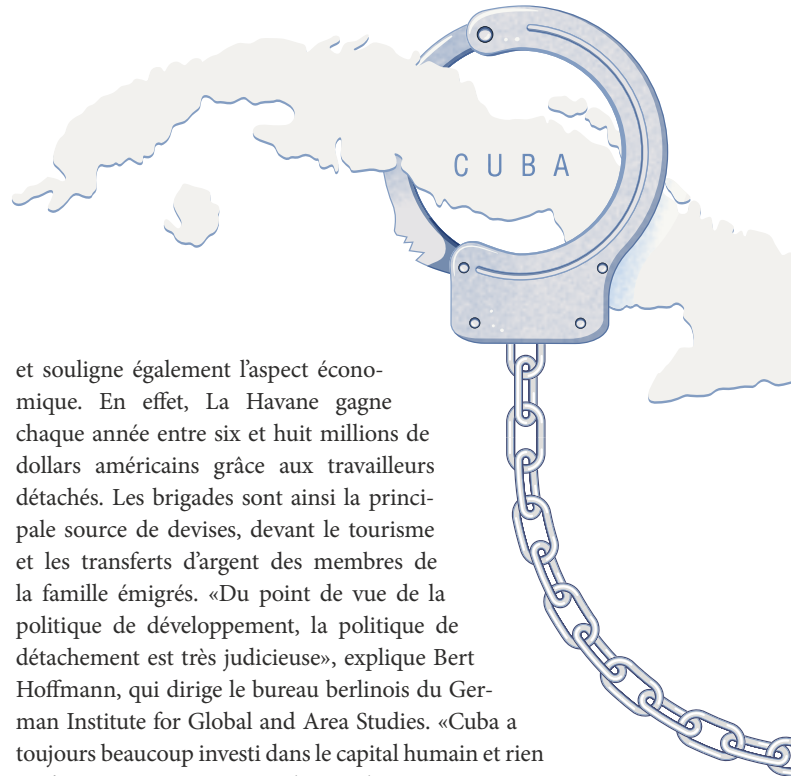
### Le détachement est un choix politique

Actuellement, 25 688 médecins travaillent dans 63 pays. 273 d'entre eux travaillent en Calabre, dont des médecins généralistes spécialisés dans les urgences, des chirurgiens, des orthopédistes, des gynécologues et des radiologues. Il n'est pas rare que des considérations politiques entrent en ligne de compte pour le détachement, comme au Brésil et au Venezuela. Mais l'intervention actuelle en Italie montre que ce n'est pas toujours le cas: la coopération a été convenue avec Roberto Ochiutto, président de la région de Calabre et membre du parti de droite Forza Italia.

### Beaucoup étudieraient justement la médecine pour avoir la possibilité de sortir de Cuba.

Pour John M. Kirk, professeur canadien d'études latino-américaines, les brigades sont tout d'abord l'expression d'un concept humanitaire issu de la révolution. «Partager ce que l'on a, fait partie de l'identité politique et culturelle», explique le scientifique, qui a mené une vaste étude sur ce détachement de personnel.

Le politologue allemand Bert Hoffmann est lui aussi favorable aux brigades



et souligne également l'aspect économique. En effet, La Havane gagne chaque année entre six et huit millions de dollars américains grâce aux travailleurs détachés. Les brigades sont ainsi la principale source de devises, devant le tourisme et les transferts d'argent des membres de la famille émigrés. «Du point de vue de la politique de développement, la politique de détachement est très judicieuse», explique Bert Hoffmann, qui dirige le bureau berlinois du German Institute for Global and Area Studies. «Cuba a toujours beaucoup investi dans le capital humain et rien ne s'oppose à ce que ce capital soit valorisé.»

L'exportation de médecins est toutefois controversée. Les médecins décident-ils librement de partir à l'étranger? Le débat est très idéologique. John M. Kirk explique que les 270 personnes interrogées seraient toutes parties volontairement, l'organisation de défense des droits de l'homme Cuban Prisoners Defenders (CPD) affirme quant à elle que 75% des personnes qu'elle a interrogées auraient été contraintes à partir. «Ils ne partent pas de leur plein gré mais ne sont pas non plus forcés de le faire», résume Adriana Fonte, médecin et publiciste. Les spécialistes sont sélectionnés par une agence gouvernementale. Refuser l'offre est mal vu, décrit la Cubaine, dont le père a participé à une mission. «L'ensemble du système de santé étant aux mains de l'État, un refus peut avoir des conséquences négatives sur l'avenir professionnel.»

Qui s'oppose aux autorités sanitaires doit émigrer pour pouvoir continuer à travailler dans le domaine médical.

### Les chiffres sont passés sous silence

Les incitations financières poussent également de nombreuses personnes à choisir la mission. Un médecin gagne entre 21 et 56 dollars américains par mois à Cuba et nettement plus à l'étranger. Néanmoins, cela ne représente qu'une petite partie de ce que le gouvernement cubain reçoit du pays bénéficiaire. «Le pourcentage dépend des conditions du contrat en question», explique Marcos Aurelio Díaz Maranges, troisième secrétaire de l'ambassade cubaine en Suisse. «Il n'existe pas de règle unique.»



Les médecins qui travaillent au Qatar, par exemple, reçoivent la plus grande partie des recettes. Dans d'autres cas, c'est moins.

La plupart du temps, ceux qui partent gagnent au maximum 30% de l'argent reçu par La Havane. Le gouvernement ne communique pas sur les chiffres exacts. Prisoners Defenders affirme qu'un médecin gagne en moyenne

525 dollars américains tandis que le gouvernement en encaisse 3500. En raison des bas



salaires, des départs prétendument involontaires et des lieux d'affectation dangereux, l'organisation parle de «travail forcé». Concernant le Venezuela, CPD cite Dayli Coro, un médecin qui devait y soigner les blessés des gangs criminels dans un quartier dangereux. «Ils te menacent d'une arme en t'intimant de les sauver», raconte-t-elle. «S'il meurt, tu meurs aussi.» Par ailleurs, les personnes détachées n'auraient pratiquement aucune liberté de mouvement. Nelido Gonzalez, chirurgien, était en revanche satisfait de ses conditions de travail à Sao Tomé-et-Principe. Il aurait beaucoup appris pour la suite de sa carrière, confirme-t-il.

Le gouvernement américain se joint aux accusations de Prisoners Defenders et le Conseil des droits de l'homme des Nations Unies à Genève s'est récemment penché sur le thème du travail forcé. Dans une réponse adressée à l'organe des Nations Unies en janvier de cette année, La Havane qualifie les accusations de «campagne calomnieuse» de Washington contre la «coopération médicale historique et internationalement reconnue offerte par Cuba». La médecin Adriana Fonte estime que les termes d'esclavage ou de travail forcé sont exagérés: «Les personnes qui gagnent 30 dollars américains à Cuba et 300 à l'étranger ne sont naturellement pas insatisfaites.» Beaucoup étudieraient justement la médecine pour avoir la possibilité de sortir de Cuba, explique-t-elle. Bien que les professionnels ne reçoivent qu'une partie de leur salaire, la participation à une brigade reste économiquement très attractive.

Il est toutefois inquiétant de constater que seule une fraction de l'argent est dépensée pour les hôpitaux, les formations médicales ou les médicaments. Selon les analyses

économiques du Havana Consulting Group faites sur la base des chiffres de l'Office national des statistiques cubain, 1,75 milliard de dollars américains seulement ont bénéficié au système de santé, alors que plus de 27 milliards de dollars américains ont été investis dans les hôtels. Díaz Maranges, représentant de l'ambassade, rejette cette analyse: les recettes que les bénéficiaires versent à l'entreprise publique compétente «Servicios Médicos Cubanos» sont utilisées pour financer le système de santé. Adriana Fonte explique que la plus grande partie de l'argent n'arrive pas là, mais finit dans les caisses de l'entreprise Gaesa, contrôlée par les militaires et impliquée dans différents domaines, du tourisme à la téléphonie. «Le grand problème, c'est l'absence de transparence», critique-t-elle.

### Des médicaments sur le marché noir

Le système de santé cubain a longtemps été considéré comme un modèle. Les soins de santé devaient être gratuits, équitables et universellement accessibles à tous. Tel était le credo de Fidel Castro qui, après la révolution de 1959, a fait développer intensivement la recherche médicale, la formation et les infrastructures. Le résultat se ressent aujourd'hui encore: avec 85 médecins pour 100 000 habitants, la densité est toujours très élevée et la mortalité infantile inférieure à celle des États-Unis. En revanche, en raison de la crise économique, la mauvaise gestion et l'embargo américain, les soins de santé sont dans un état catastrophique. De nombreux médicaments ne sont disponibles qu'au marché noir, et il n'est de facto pas question de soins gratuits. Les personnes qui ont besoin d'une opération doivent souvent apporter des gants, des médicaments et des seringues pour l'anesthésie.

De nombreux médecins sont donc désespérés. Les conditions de travail insupportables et les salaires extrêmement bas les poussent à chercher un emploi dans le tourisme, beaucoup plus lucratif. Ou bien ils essaient d'émigrer, et un certain nombre d'entre eux profitent de leur participation à des brigades internationales. Ainsi, selon le journal gouvernemental cubain Granma, près de 10% des 8471 médecins ayant travaillé au Brésil ne sont pas revenus à Cuba. Selon la plateforme indépendante Proyecto Inventario, ils seraient même plus de 20%. Une mesure du gouvernement américain a également conduit les médecins à tourner le dos à leur pays: entre 2006 et 2017, Washington a permis aux médecins cubains et à leur famille en mission à l'étranger d'immigrer aux États-Unis sans formalités administratives. Pour endiguer cette fuite des cerveaux, le gouvernement de La Havane a adopté une réglementation toujours en vigueur aujourd'hui, selon laquelle les «déserteurs» ne peuvent plus retourner sur l'île pendant huit ans.

Bien que Washington ait retiré sa mesure, les autorités de l'immigration américaines continueraient à agir selon ce modèle, critique Díaz Maranges. «L'objectif n'est pas de couvrir les besoins aux États-Unis, mais de nuire à tout prix au système de santé et à l'économie de Cuba.» Cependant, malgré la situation précaire de son pays, les soins médicaux et les brigades sont restés une priorité, souligne le diplomate. «Nous faisons tout pour maintenir la formation des médecins et répondre aux exigences toujours plus élevées sur l'île et ailleurs.» Et naturellement pour garantir l'afflux de devises.

# Le pouvoir de la spiritualité

**Spiritual Care** Le traitement moderne des douleurs chroniques englobe les aspects physiques, mais également psychologiques et sociaux. Les spécialistes plaident pour une meilleure prise en compte des convictions et des pratiques spirituelles des patientes et patients.

Simon Koechlin

Les douleurs chroniques sont très répandues. Selon une étude [1], environ 16% de la population adulte suisse souffrent de douleurs depuis au moins six mois. Les causes, la fréquence d'apparition et l'intensité sont variables, mais bien souvent la douleur affecte fortement la qualité de vie et engendre des conséquences psychiques.

La prise en charge moderne de la douleur est donc multimodale ou biopsychosociale. Outre la lutte classique

contre les souffrances physiques, elle comprend des thérapies psychologiques, sociales et de médecine complémentaire. L'intégration d'aspects spirituels, à savoir les convictions, les expériences et les pratiques qui donnent du sens à la vie d'une personne, est encore négligée. «Il peut s'agir de pratiques religieuses ou non religieuses, de prières ou de connexion à la nature», explique le Prof. Dr théol. Simon Peng-Keller de la chaire de Spiritual Care à l'Université de Zurich.



La prise en charge moderne de la douleur est multimodale ou biopsychosociale.



Il y a 40 ans, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) recommandait déjà de prendre en compte les aspects spirituels dans la lutte contre la douleur [2]. Plusieurs raisons plaident en faveur d'une telle intégration, explique Simon Peng-Keller, ce sujet étant important pour de nombreuses personnes souffrant de douleurs chroniques. Lors d'études menées par lui-même et son équipe dans le cadre du Programme national de recherche «Soins de santé» (PNR 74), environ 60% des patientes et patients interrogés souffrant de douleurs ont indiqué souhaiter que les aspects spirituels soient pris en compte dans le traitement [3].

### Importance thérapeutique

Une telle prise en compte peut en outre influencer la relation médecin-patient. «Si le sujet est abordé avec délicatesse et intégré dans la thérapie, il peut renforcer la relation de confiance», souligne Simon Peng-Keller. Plus encore: selon le chercheur, il est prouvé empiriquement que la dimension spirituelle est pertinente pour la thérapie d'une partie des patientes et des patients [4-6]. «Elle peut avoir une influence sur la gestion de la maladie, sur le vécu de la douleur ou même sur le processus de guérison, si guérison il y a.»

Toutefois, souligne Simon Peng-Keller, cette influence peut être positive ou négative. «La spiritualité constitue une ressource pour certaines personnes. Pour d'autres, elle représente un poids.» Certaines patientes et certains patients pensent que leur maladie et leur souffrance sont une punition divine. L'objectif du Spiritual Care est d'identifier les ressources spirituelles, de les renforcer là où elles existent et de les intégrer dans la thérapie.

Les médecins sont tout à fait conscients de l'importance du sujet, confirme Simon Peng-Keller. «Mais nos études [7]

ont également révélé qu'ils se sentent insuffisamment préparés pour intégrer des thèmes spirituels dans le traitement et se montrent donc prudents.» Son équipe a donc élaboré, en collaboration avec plus de 40 expertes et experts, un guide destiné aux professionnels de santé [8].

«Le guide montre comment réussir concrètement à prendre en compte la dimension spirituelle dans le traitement», explique la Dre méd. Karin Hasenfratz. Elle travaille comme généraliste à Winterthur et dirige les études sur le

### Une entrée en matière indirecte est souvent appropriée, l'éventail des questions possibles étant très large.

Spiritual Care dans le traitement de la douleur, en tant que post-doctorante auprès de Simon Peng-Keller. Le guide contient des questions libellées concrètes qu'un médecin peut poser lors d'une consultation.

### Trouver la bonne approche

«Il s'agit tout d'abord de découvrir si une patiente ou un patient souhaite parler de sujets spirituels», indique Karin Hasenfratz. Selon la spécialiste, une entrée en matière plutôt indirecte est souvent appropriée, l'éventail des questions possibles étant très large. Un exemple: qu'est-ce qui vous pèse? Qu'est-ce qui vous donne de la force? Où pouvez-vous vous ressourcer? Y a-t-il quelque chose qui donne un sens à votre vie? Ou encore: y a-t-il des moments où vous pouvez oublier toutes vos difficultés et douleurs?



Les réponses à ces questions ne révèlent pas toujours que les questions spirituelles ou de sens sont au premier plan pour le patient ou la patiente. «Il se peut aussi qu'un problème biomédical, comme une nausée, soit plus important pour la personne – ou encore les aspects sociaux», explique Karin Hasenfratz.

Pour les patientes et patients souffrant de douleurs chroniques, les questions liées au sens de la vie deviennent importantes à un moment ou à un autre. Bien souvent, ces personnes sont très affectées par le fait de ne plus pouvoir participer à de nombreuses situations de la vie, explique la Dre méd. Andrea Berendes, médecin adjointe au centre de soins palliatifs/de la douleur à l'Hôpital cantonal de Saint-Gall. Il en résulte une perte de sens ou de valeur. «Nous essayons alors d'élaborer de petits objectifs sur la base des choses qui sont importantes pour la personne – et les composantes spirituelles peuvent alors être utilisées comme des ressources.»

## À l'exception des soins palliatifs et de la gériatrie, l'intégration de la spiritualité en médecine en est encore à ses balbutiements.

Elle se souvient bien d'un patient qui, après un traitement contre le cancer, souffrait d'une polyneuropathie très douloureuse et handicapante au niveau des pieds. «Cet homme aimait passer du temps dans la nature et pouvait y puiser des forces. Il ne pouvait plus se rendre dans ce lieu qui était si important pour lui», explique Andrea Berendes. Le traitement s'est déroulé sur plusieurs niveaux: «Nous avons regardé ce qu'il était possible de faire avec des médicaments et de la physiothérapie. Nous travaillons avec des facteurs psychologiques dans le sens d'un changement de mentalité. Nous avons donc trouvé pour le patient un lieu similaire dans la nature, mais plus facile d'accès. Il a ainsi pu retrouver une ressource importante.»

### D'autres cultures, d'autres mœurs

Le Dr méd. René Hefti, ancien médecin-chef et aujourd'hui consultant médical à la clinique SGM à Langenthal, a fait des expériences similaires. Il a adopté un modèle de Spiritual Care global et dirige en outre l'Institut de recherche sur la spiritualité et la santé, qui étudie scientifiquement l'interaction entre la médecine et la spiritualité. Chez les personnes souffrant de douleurs chroniques, il est illusoire de penser pouvoir éliminer tous les symptômes. «Il s'agit donc de développer des perspectives. Si la spiritualité est importante pour un patient ou une patiente, elle peut aider.»

La manière dépend du contexte personnel. «Je connais des patientes et des patients très reconnaissants de pouvoir tout simplement parler de sujets spirituels ou de leur foi. Et pour certains, le fait d'être encouragés à utiliser les ressources qu'ils avaient autrefois et qui sommeillent encore en eux les aide à se sentir mieux.» Il s'étonne par exemple toujours de voir combien de personnes se souviennent encore des versets de leur confirmation. «Les individus peuvent puiser de la force dans ces versets.»

## Offres de formation en Spiritual Care

Il existe en Suisse plusieurs formations de base et continue sur le thème du Spiritual Care. Les universités de Berne et de Zurich proposent un CAS (Certificate of Advanced Studies) Spiritual Care [10] et [11]. À l'Université de Bâle, les professionnels intéressés peuvent même obtenir un MAS (Master of Advanced Studies) en Spiritual Care. Les offres s'adressent aux médecins, aux psychologues, aux aumôniers et au personnel soignant.

L'intégration de thèmes spirituels chez les patientes et patients issus d'autres cultures et régions linguistiques constitue en revanche un défi. «Les thèmes spirituels nous touchent émotionnellement, c'est pourquoi il est difficile, même pour un interprète, de rendre les nuances nécessaires», explique Andrea Berendes. Sans oublier que d'autres cultures signifient d'autres mœurs: une fois, l'une de ses patientes a dit avoir été maudite ou ensorcelée par un proche. «Lorsque, dans une culture, on attribue de tels pouvoirs à certaines personnes, il est très difficile de changer les choses.»

Pour Simon Peng-Keller, l'intégration de thèmes spirituels avec les personnes d'autres cultures et un sujet délicat. «Les personnes issues de l'immigration ont tendance à se focaliser davantage sur les soins biomédicaux», affirme-t-il. «Lorsqu'on aborde les aspects psychiques ou spirituels, ils ont rapidement l'impression qu'on veut les priver des 'bons' soins médicaux.»

## «Il peut s'agir de pratiques religieuses ou non religieuses, de prières ou de connexion à la nature», explique le Prof. Dr théol. Simon Peng-Keller.

### Une chance dans le traitement holistique

René Hefti dirige les cours de Spiritual Care pour les étudiantes et les étudiants en médecine à l'Université de Bâle. Savoir quel rapport les personnes de confession musulmane, hindoue ou bouddhiste entretiennent avec la maladie est une question qui revient régulièrement, explique-t-il. Il constate que l'intérêt et l'ouverture d'esprit pour le sujet sont présents chez les médecins. Selon une étude menée par René Hefti, les médecins de famille ressentent que la religiosité aide leurs patients à surmonter maladies et douleurs, mais également que leur foi favorise les sentiments de peur et de culpabilité, renforçant par là-même la souffrance [9]. Malgré tout, explique René Hefti, à l'exception des soins palliatifs et de la gériatrie, l'intégration de la spiritualité en médecine en est encore à ses balbutiements. «Il faut continuer à sensibiliser et à faire connaître le sujet au grand public.»



# Le Fer ? CSL Vifor.

- Développé et produit en Suisse
- Au bénéfice de plus de 70 ans d'expérience
- Sécurité d'approvisionnement éprouvée



Découvrez notre production :  
[swiss-made-iron.ch](http://swiss-made-iron.ch)



**CSL Vifor**

Vifor Pharma Switzerland AG, CH-1752 Villars-sur-Glâne

## Article de fond

En parallèle, il faut davantage de recherche, indique Simon Peng-Keller. Karin Hasenfratz et lui ont lancé une étude de suivi des recherches menées dans le cadre du PNR 74. «En collaboration avec des médecins expérimentés, nous étudions comment notre guide peut être intégré de manière structurée dans les consultations avec des patients souffrant de douleurs chroniques», explique Karin Hasenfratz. Notre objectif est de collecter des expériences, de découvrir ce qui est réalisable et ce qui ne l'est pas, comment cela est perçu par les patients – et éventuellement préparer le terrain pour une étude d'intervention.»

Tous les experts interrogés indiquent que l'intégration de la spiritualité n'est pas fondamentalement nouvelle dans le traitement. «Il s'agit d'une extension ou d'un perfectionnement du concept de traitement multimodal de la douleur», explique Simon Peng-Keller. «La dimension spirituelle est l'une des chances que peut offrir un traitement holistique», ajoute Andrea Berendes. René Hefti est d'avis que la spiritualité devrait être intégrée dans toutes les disciplines médicales, la dimension spirituelle faisant fondamentalement partie de l'être humain.

**Références**

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

Annonce



**CŒUR DE LA TOUR**  
FONDATION POUR LA RECHERCHE  
CARDIOVASCULAIRE

The « Cœur de la Tour » Foundation announces:

## THE CARDIOVASCULAR RESEARCH PRIZE

This annual prize initiated in 2006, aims at rewarding a clinical research project, published or accepted for publication in a peer-reviewed journal in 2023/2024. Ten thousand Swiss francs will be attributed to the first author of the chosen publication.

Candidates should be working in Switzerland in the field of clinical cardiovascular medicine or be Swiss nationals working abroad for their postgraduate training. Only clinical research publications (as opposed to laboratory or preclinical work) will be considered.

Manuscripts should be submitted before the 31st of October 2024. Each candidate may submit only one manuscript. The evaluation of submissions will be made by a 6-member jury. The laureate will be notified in January 2025 and will be invited to give a short oral presentation of his work during the monthly meeting of the Cardiovascular Dept. of the Hôpital de la Tour in spring 2025 in Geneva.

**Address for submission:**

Dre Tomoe Stampfli, Chairwoman of the Jury  
Fondation Cœur de la Tour  
Av. Maillard 1 - 1217 Meyrin

[info@coeurdelatour.ch](mailto:info@coeurdelatour.ch)



© Tudor Vintileu / Dreamstime

L'hôpital requiert d'autres principes économiques qu'une usine de construction automobile.

## En quête d'une théorie économique adaptée au système de santé

**Critique de livre** Quel rôle l'économie doit-elle jouer en médecine? Le deuxième volet de la série de publications «Von der Aufgabe, auf der Seite des Lebens zu stehen» de l'Hippokratische Gesellschaft Schweiz se penche sur la question. Johannes Irsiegler l'a passé en revue pour nous.

**M**algré des conséquences clairement négatives, l'économisation de la santé publique se poursuit et ses exigences déterminent toujours plus notre quotidien de médecin. Voilà la thématique traitée par la publication «Von der Aufgabe, auf der Seite des Lebens zu stehen – Beiträge zur Ökonomisierung der Medizin, Teil 1» de l'Hippokratische Gesellschaft Schweiz.

### Quel financement est nécessaire?

Au cœur de la revue, une interview de Mascha Madörin, économiste bâloise de la santé. Elle explique pourquoi la question initiale et sous-jacente en matière de politique de santé ne devrait pas être celle des économies réalisables par le système de santé, mais plutôt celle du

niveau de financement nécessaire «en vue de garantir un travail de qualité, d'assurer des soins de base humains, et de faire bénéficier à tous d'une égalité d'accès aux apports et progrès de la médecine». Madame Madörin montre que la hausse constante des coûts de santé n'est pas liée à un manque d'efficacité du personnel, comme l'affirment les politiques. Le secteur de la santé se caractérise en effet par son important besoin de ressources en personnel. La masse salariale forme donc la plus grosse partie des coûts. Et il est difficile de la réduire si nous voulons maintenir une qualité élevée. L'hôpital n'est pas une usine de construction automobile où le progrès technique permet de produire plus en moins de temps. On ne peut par exemple, malgré les

constants progrès médico-techniques, faire les soins «plus vite». L'augmentation des coûts de santé est donc un problème politique. Et ce postulat devrait désormais être à la base de toute discussion relative au système de santé.

Ces dernières années, ce sont soit les idées néolibérales de privatisation, de dérégulation et d'optimisation des profits qui dominent, soit une intervention étatique top-down en matière de politique de santé, qui a par exemple abouti à l'introduction des forfaits par cas. Cependant, «il n'est pas possible de calculer un forfait pour le temps passé au cas par cas», car le traitement et les soins sont toujours, outre les applications médico-techniques, une rencontre entre des personnes. Cela encouragerait les propensions à «supprimer autant que possible les décisions démocratiques relatives au système de santé, à éviter les débats politiques compliqués et... à établir ainsi une gestion technocratique et bureaucratique top-down dans le système de santé». De telles interventions politiques suppriment tout contrôle démocratique sur la santé publique.

Madame Madörin plaide donc en faveur d'une théorie économique adaptée à notre système de santé. Dans sa théorie d'une «médecine de soins», elle propose des pistes qui devraient absolument être discutées plus largement.

### L'économie au service de la médecine

Le deuxième texte de la publication, «Ärzte Kodex – Medizin vor Ökonomie», publié en 2017 par la Société allemande de médecine interne, tire des conclusions similaires à celle de Madame Madörin. Il souligne que l'économie doit servir la médecine et ne saurait primer sur les décisions médicales. Le 8 juillet 2021, la Société suisse de médecine interne générale (SSMIG) publiait une prise de position dans ce sens.

Nous nous devons de préserver et protéger l'excellence de notre système de santé et ne pas le mettre en danger par des théories économiques et politiques erronées.

*Dr méd. Johannes Irsiegler, Zurich*



**Von der Aufgabe, auf der Seite des Lebens zu stehen – Beiträge zur Ökonomisierung der Medizin, Teil 1**  
Hippokratische Gesellschaft Schweiz. Simach: IPHG; 2023  
La publication peut être commandée à [hgs.ch\[at\]gmx.ch](mailto:hgs.ch[at]gmx.ch) ou auprès de l'Hippokratische Gesellschaft Schweiz, Wingertweg 3, 7215 Fanas.

# Communications

## Le plein d'informations grâce au nouvel abonnement SHW Beta

La plateforme numérique de connaissances Swiss Health Web propose des contenus pertinents et fiables dans le domaine médical. Afin d'offrir à nos utilisatrices et utilisateurs des contenus d'une qualité encore plus élevée, nous lançons à partir du mois de juin le nouvel abonnement SHW Beta, avec les fonctionnalités inédites suivantes:

- **Dossiers:** articles fondés et études approfondies sur des sujets médicaux spécifiques
- **Academy:** vidéos pédagogiques d'experts médicaux de premier plan
- **Archives complètes:** accès numérique à tous les numéros des journaux avec fonction filtre
- **Communauté:** possibilité de commenter les articles et se connecter à la communauté SHW
- **Intégration de l'IA (à venir):** assistance virtuelle qui crée des dossiers personnalisés et facilite le travail quotidien

Les fonctions suivantes, déjà connues, ne sont désormais disponibles qu'avec un abonnement:

- **E-paper des journaux spécialisés**
- **Directives EbM basées sur des preuves**
- **Contenus personnalisés**

**Offre de bienvenue:** au mois de juin, l'abonnement annuel est au prix de 200 francs seulement au lieu de 220 francs. Profitez dès maintenant de l'abonnement SHW Beta à tarif spécial! Notre assistance se tient à votre disposition pour toute question ou feedback sur le Swiss Health Web ou le nouvel abonnement SHW Beta: [info-shw\[at\]swisshealthweb.ch](mailto:info-shw[at]swisshealthweb.ch)

**N.B.: Les personnes qui n'ont pas d'adresse de facturation en Suisse ne peuvent pour l'instant pas souscrire d'abonnement SHW Beta.**

Elles peuvent en revanche opter pour l'abonnement SHW Free, avec les limitations correspondantes. Nous étudions actuellement d'autres options pour les adresses de facturation à l'étranger.

Lien vers l'abonnement: <https://t.ly/bX3h5>



## Examen de spécialiste

### Examen en vue de l'obtention de la formation approfondie en endocrinologie-diabétologie pédiatrique à adjoindre au titre de spécialiste en pédiatrie

#### Date

Jeudi 28.11.2024  
09h00 – 11h30 examen écrit (en anglais)  
13h00 – 18h00 examen oral (1 heure par candidat/e)

#### Lieu

Hôpital de l'Enfance, Chemin de Montétan 16, 1004 Lausanne

#### Délai d'inscription

1<sup>er</sup> août 2024

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

### Examen de spécialiste en vue de l'obtention du titre de spécialiste en génétique médicale

#### Date

Vendredi 22 novembre 2024

#### Lieu

HUG – Hôpitaux universitaires de Genève

#### Délai d'inscription

30 septembre 2024

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

### Examen de spécialiste en vue de l'obtention du titre de spécialiste en endocrinologie/diabétologie

#### Date

Vendredi 8 novembre 2024  
8h30 – 12h30: examen écrit /  
14h – 17h: examens oraux

#### Lieu

Examen écrit: UNIGE – Faculté de médecine

– Centre médical universitaire (CMU), Bâtiment B – 4<sup>e</sup> étage – salle B04.2222, Avenue de Champel 7, 1211 Genève 4; à confirmer.

Examens oraux : le lieu sera annoncé avec l'invitation écrite.

#### Délai d'inscription

20 septembre 2024

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

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

#### Date / Lieu

Première partie (examen écrit)  
Vendredi 8 novembre 2024 lors du 24<sup>e</sup> Congrès de l'Union des Sociétés Suisses des Maladies Vasculaires, à Bâle

#### Deuxième partie (examen oral et pratique)

Vendredi 22 novembre 2024 à l'HFPR – Hôpital Cantonal, Fribourg

#### Délai d'inscription

1<sup>er</sup> septembre 2024

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

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

#### Date

Jeudi 14 novembre 2024 de 9h45 à 15h00

#### Lieu

MCH Messe Schweiz (Bâle) AG, Messeplatz, 4058 Bâle

#### Délai d'inscription

6 septembre 2024

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



# Le Fer ? CSL Vifor.

- Développé et produit en Suisse
- Au bénéfice de plus de 70 ans d'expérience
- Sécurité d'approvisionnement éprouvée



Découvrez notre production :  
[swiss-made-iron.ch](http://swiss-made-iron.ch)



**CSL Vifor**

Vifor Pharma Switzerland AG, CH-1752 Villars-sur-Glâne

# Communications

## Examen de spécialiste

**Examen en vue de l'obtention de la formation approfondie en pathologie moléculaire à adjoindre au titre de spécialiste en pathologie**

**Date**  
13.05.2025

**Lieu**  
Institute of Pathology  
University of Bern  
Murtenstrasse 31  
3008 Berne

**Délai d'inscription**  
18.03.2025

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

**Examen en vue de l'obtention de la formation approfondie en psychiatrie et psychothérapie forensique à adjoindre au titre de spécialiste en psychiatrie et psychothérapie**

**Date**  
Vendredi 22 novembre 2024

**Lieu**  
Universitäre Psychiatrische Kliniken (UPK),  
Klinik für Forensische Psychiatrie, Wilhelm  
Klein-Strasse 27, 4012 Bâle

**Délai d'inscription**  
27 septembre 2024

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

**Examen en vue de l'obtention de la formation approfondie en cytopathologie à adjoindre au titre de spécialiste en pathologie**

**Date**  
5 novembre 2024

**Lieu**  
Institut de Pathologie, Université de Berne

**Délai d'inscription**  
Toutes les places sont déjà occupées,  
prochaine date: printemps 2025

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

Annonce

Explorer.  
S'informer.

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



Profitez de services exclusifs:

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

**SWISS  
HEALTH  
WEB BETA**

POWERED BY:  
**EMHMedia**  
SCHWEIZERISCHER ARZTEVERLAG  
EDITIONS MEDICALES SUISSES



# FMH



26

## À quelles attentes un système tarifaire ambulatoire doit-il répondre?

**Tarifs ambulatoires** À l'approche des votations fédérales sur plusieurs objets de politique de la santé, les tarifs ambulatoires suscitent une attention croissante. Cette semaine, nous avons donc décidé de nous pencher sur les différentes attentes des forces en présence, de les comparer et de voir quelles conséquences cela implique.

Urs Stoffel



28

## Retour sur douze années au Comité central

**Bilan et perspectives** Après douze ans passés au Comité central de la FMH, Urs Stoffel ne se représentera pas lors des élections générales du 6 juin prochain. L'occasion pour ce pilier de la politique professionnelle de dresser un bilan et de jeter un regard vers l'avenir.

Propos recueillis par Charlotte Schweizer



33

## Label «responsable practice FMH»

**Code de déontologie** Le label «responsable practice FMH» permet aux institutions de santé de confirmer qu'elles s'engagent à respecter les obligations et les règles éthiques inscrites dans le Code de déontologie de la FMH.

Stefanie Hostettler, Esther Kraft



© Oksun70 / Dreamstime

Un système tarifaire adéquat doit représenter toutes les prestations médicales de la manière la plus exacte possible, sans lacunes ni doublons.

## À quelles attentes un système tarifaire ambulatoire doit-il répondre?

**Tarifs ambulatoires** À l'approche des votations fédérales sur plusieurs objets de politique de la santé, les tarifs ambulatoires suscitent une attention croissante. Cette semaine, nous avons donc décidé de nous pencher sur les différentes attentes des forces en présence, de les comparer et de voir quelles conséquences cela implique.



**Urs Stoffel**  
Dr méd., responsable du  
département Médecine  
et tarifs ambulatoires

Deux initiatives sur lesquelles la population suisse est appelée à se prononcer le 9 juin prochain, *l'initiative d'allègement des primes* et *l'initiative pour un frein aux coûts*, font l'objet d'âpres discussions depuis plusieurs semaines. Dans ce contexte, *les tarifs ambulatoires*, et en particulier le tarif médical ambulatoire, reviennent sans cesse au centre des débats. Dans les médias, ces discussions sont régulièrement alimentées par des

déclarations parfois tapageuses (le tarif serait un «magasin en libre service», dans lequel puisent des «profiteurs»), dénonçant des tarifs médicaux «trop élevés» et une utilisation «abusive» du système de tarification TARMED, en vigueur dans le domaine ambulatoire. Ce que l'on oublie cependant de dire, c'est qu'un nouveau tarif à la prestation, approprié et conforme à la loi (art. 43 LAMal et art. 59c OAMal), assorti d'une convention de neutralité des coûts, est entre les mains du

Conseil fédéral depuis 2020 déjà: le TAR-DOC. Et depuis décembre 2023, le Conseil fédéral a également entre ses mains une demande d'approbation pour un système de forfaits ambulatoires.

Chaque acteur, politicien et journaliste y va de sa propre solution pour remplacer le tarif médical ambulatoire TARMED, désespérément obsolète et plus du tout adapté, par un nouveau système de tarification ambulatoire. Toute cette agitation a même conduit dernièrement la Commission de la sécurité sociale

## L'objectif des patients est une amélioration rapide de leur état de santé.

et de la santé publique du Conseil des États à demander au Conseil fédéral d'intervenir à nouveau dans le TARMED et de limiter la durée des prestations pouvant être facturées au cours d'une journée.

Mais quel est le nombre d'heures acceptable? 8 heures? 10 heures? Ou alors 13? Que se passe-t-il si des prestations sont fournies en dehors d'une journée de travail «normale» de 8h à 17h? Quid des urgences pour les cabinets médicaux? Ces derniers doivent-ils tout simplement fermer leurs portes à 18h au plus tard? Cette proposition maladroite et non conforme à la loi entraînerait probablement plus de problèmes de mise en œuvre et de nouvelles charges administratives qu'elle ne contribuerait à améliorer la situation.

Ci-après, nous allons tenter d'identifier et de poser un regard critique sur les différentes attentes à l'égard d'un système tarifaire ambulatoire et sur les différentes perspectives afin d'y voir plus clair dans ce débat.

### Pour les patients

Pour les patients, le tarif médical est avant tout un moyen d'atteindre une fin. Leur intérêt réside dans une rémunération suffisante des prestations médicales, de manière à ce qu'elles soient fournies avec une qualité élevée, par des médecins agissant dans leur intérêt et pour leur bien, sans leur refuser des prestations ni les réduire. Les patients veulent que leur situation soit clarifiée le plus vite et le plus précisément possible et que leurs maux soient pris au sérieux, afin que leur état de santé s'améliore rapidement. Ils partent du principe que les meilleurs moyens diagnostiques et thérapeutiques de la médecine moderne sont utilisés à cet effet. Un accès illimité à ces prestations est une condition fondamentale.

### Pour les assurés

Pour les assurés «en bonne santé», principalement, l'intérêt réside sans aucun doute dans une prime par tête la plus basse possible. Conscients qu'ils peuvent aussi devenir des patients, les assurés partent toutefois du principe qu'avec cette prime, ils ont aussi «acheté» un accès illimité à toutes les prestations de santé. Une fois qu'ils sont devenus des patients, donc bénéficiaires de prestations, leurs intérêts se déplacent alors très rapidement.

### Pour les assureurs

Pour les assureurs, la priorité consiste à offrir les meilleures prestations aux prix les plus bas. Ils considèrent que cela va de pair avec des objectifs de qualité élevés, bien entendu sans impact sur les coûts. Pour eux, les augmentations de coûts sont principalement dues à des augmentations de volumes par les fournisseurs de prestations. Il ne faut cependant pas oublier qu'un tarif doit également servir à garantir les soins, ce qui est clairement stipulé à l'art. 43, al. 6, LAMal, parmi les principes de tarification.

### Pour les milieux politiques

Pour les milieux politiques, la pression exercée par la population, les médias et les assureurs en vue de conditions garantissant un accès illimité à une prise en charge globale, avec une qualité maximale et des coûts supportables, est au premier plan. Ce faisant, ils omettent cependant un principe fondamental de l'économie d'entreprise, à savoir l'importance d'offrir des conditions d'exercice les plus attractives possibles aux fournisseurs de prestations, avec des incitatifs permettant de garantir les soins et de favoriser des prestations de qualité avec une rémunération adéquate.

Au lieu de cela, l'attractivité de la profession médicale et la garantie des soins sont mises en péril par des moyens inappropriés tels que la diminution de l'offre et les baisses constantes des tarifs.

### Pour les fournisseurs de prestations

Pour les médecins, il est important que le système tarifaire soit approprié, qu'il garantisse une rémunération adéquate et reflète l'ensemble des prestations de manière différenciée et équitable. Compte tenu de l'évolution rapide de la médecine, un tel système tarifaire doit être adapté en permanence, en tenant compte des critères économiques (compensation du renchérissement, augmentation des coûts) lors de la tarification.

D'un autre côté, le corps médical doit aussi agir de manière responsable en faveur

d'une médecine efficiente et adéquate et éviter les prestations inutiles (principe de la «smarter medicine»).

### Les conséquences

La priorité absolue d'un système tarifaire adéquat est de représenter la diversité et la complexité des prestations médicales de la manière la plus exacte possible, sans lacunes ni doublons. Sa nomenclature doit être développée indépendamment de la rémunération, ce qui peut tout à fait se faire de manière judicieuse, et personne ne le conteste, par la combinaison d'un tarif à la prestation et d'un tarif forfaitaire. Et sans jamais perdre de vue la garantie des soins.

Il est donc primordial d'établir en tout premier une nomenclature homogène, équilibrée et coordonnée de toutes les prestations existant actuellement dans le domaine médical ambulatoire. Ensuite seulement il est possible de regrouper certaines prestations individuelles dans des ensembles de prestations homogènes, qui peuvent alors être définis comme des forfaits et venir remplacer les prestations individuelles concernées. Le processus inverse, consistant à définir d'abord des forfaits selon des groupes de coûts (similaires), plutôt que selon des critères médicaux,

## Les assurés veulent des primes les plus basses possibles et les assureurs, la meilleure qualité au meilleur prix.

puis de tarifier les prestations restantes à titre individuel, n'est à nos yeux pas judicieux, car il ne tient pas compte de l'homogénéité médicale des forfaits, qui doit impérativement être respectée. Pour enfin remplacer le TARMED, il faut des décisions positives; au Conseil fédéral de montrer dans les prochains jours qu'il est prêt à favoriser des solutions et à prendre ses responsabilités.

Après avoir fait le tour des positions et perspectives des différents acteurs, on comprend mieux pourquoi il est si compliqué de mettre sur pied un tarif médical de cette envergure. Et les différentes positions qui existent au sein du corps médical n'ont même pas été abordées. Vous en apprendrez plus sur ce formidable champ de tension, agrémenté d'anecdotes un peu plus personnelles, dans l'entretien avec Urs Stoffel en page 28.

# Retour sur douze années au Comité central

**Bilan et perspectives** Après douze ans passés au Comité central de la FMH, Urs Stoffel ne se représentera pas lors des élections générales du 6 juin prochain. L'occasion pour ce pilier de la politique professionnelle de dresser un bilan et de jeter un regard vers l'avenir.

**Propos recueillis par Charlotte Schweizer**  
Experte en communication, FMH

**U**rs Stoffel, chirurgien de profession et médecin agréé jusqu'à récemment, a été président de la Société des médecins du canton de Zurich (AGZ) de 2002 à 2014. En 2006, il a cofondé la Conférence des sociétés cantonales de médecine qu'il a coprésidé jusqu'en 2011. En 2012, il rejoint le Comité central de la FMH, où il est d'abord responsable du département Numérisation / eHealth. En 2015, il reprend le département Médecine et tarifs ambulatoires, particulièrement exposé sur le plan politique. Acteur incontournable de la politique professionnelle, Urs Stoffel s'apprête à quitter le Comité central après douze années intenses à la FMH. Dans l'entretien qu'il a accordé à Charlotte Schweizer, il revient sur les hauts et les bas rencontrés et partage ses projets d'avenir.

**Urs Stoffel, vous avez été membre du Comité central de la FMH pendant douze ans. Avec le recul, comment décririez-vous cette période?**

En un mot, des montagnes russes. Ces douze années ont été très intenses. Elles ont été marquées par des hauts et des bas, par la pression et l'agitation. Dans ce travail, nous dépendons très fortement de décisions extérieures, ce qui signifie que nous devons énormément réagir au lieu d'agir. Nous devons faire preuve de souplesse et d'agilité pour nous adapter très vite aux situations les plus diverses. En tant que chirurgien, j'étais heureusement habitué à cela depuis longtemps. Dans l'ensemble, cela a été une période exaltante et aussi très satisfaisante, malgré des défis de taille. Avec le recul, je ne regrette rien. Chaque jour a amené de nouveaux défis, ce qui rendait le travail très varié et passionnant.

**Triste et heureux à la fois, donc?**

Il y a des choses qui vont beaucoup me manquer, c'est certain. Il va falloir prendre congé, en particulier de mon équipe. Notre collaboration restera gravée dans ma mémoire. D'un autre côté, dans cette fonction, on ne peut jamais faire de pause, il y a sans cesse quelque chose de nouveau qui arrive. C'est beaucoup de sacrifices sur le plan privé. Parce qu'il y a toujours quelque chose à faire, parce que nous devons réagir rapidement et de manière flexible pour faire entendre la voix des médecins. Il y a des moments où l'on se dit que ce serait bien d'avoir un peu plus de temps.

**Qu'est-ce qui vous manquera le plus?**

Sans aucun doute la collaboration avec mon équipe à Olten. Et bien sûr aussi au Comité central. Et avec l'ensemble du Secrétariat général également, avec toutes les collaboratrices et tous les collaborateurs et les collègues. Mais en particulier mon équipe ici à Olten, je pense que c'est la meilleure équipe que l'on puisse souhaiter. En douze ans, je n'ai pratiquement connu aucun changement. Cela soude une équipe. Et sans équipe, rien n'est possible. Le défi de créer quelque chose ensemble est passionnant. Cela va assurément me manquer. Au Comité central également, nous avons bénéficié d'une bonne continuité au cours de ces douze années. Nous nous sommes toujours très bien entendus.

**Y a-t-il quelque chose qui ne vous manquera pas du tout?**

Vous savez, quand on est sur le départ, on peut se permettre de dire certaines choses, au risque peut-être de choquer. Les séances avec le conseiller fédéral Alain Berset ne me manqueront pas, c'est certain! Elles ont rarement été

constructives et sources de confiance. De nouvelles exigences étaient sans cesse à l'ordre du jour. Nous avons aussi reçu beaucoup de critiques de sa part sur notre politique professionnelle. Il était rarement question de collaboration. Presque à chaque fois, on ressortait en secouant la tête. Avec l'OFSP, c'était différent. Il y avait régulièrement de bonnes expériences qui en ressortaient, on sentait une réelle volonté de travailler ensemble.

**«On ne peut pas concevoir de tarif médical sans la participation des sociétés de discipline.»**

**On a l'impression que les conditions de travail des médecins se durcissent toujours plus.**

C'est un métier particulièrement difficile. À l'époque de ma formation postgraduée, le principal problème c'étaient les heures de travail, un nombre d'heures phénoménal. Aujourd'hui, ce sont les tâches administratives qui ont massivement augmenté et qui sont au premier plan. Les heures de travail sont toujours élevées, évidemment, on ne peut pas choisir ce métier si l'on veut travailler de 9h à 17h. Mais ce qui devient de plus en plus difficile, ce sont les conditions qui entourent l'exercice libéral de la profession. Dans le secteur privé, on essaie la plupart du temps de favoriser des conditions de travail attrayantes. Dans le secteur de la santé, c'est tout le contraire. Si on continue sans cesse à imposer de nouvelles contraintes administratives, les personnes qui ont déjà 30 ou 40 ans de métier derrière elles finiront par se dire que c'en est



Urs Stoffel revient sur les douze dernières années. Sa conclusion: «Avec le recul, je ne regrette rien.»

trop et quitteront la profession. C'est là que nous aurons un gros problème. Dans le secteur de la santé, de nombreux fournisseurs de prestations sont des baby-boomers et partiront donc bientôt à la retraite. Parallèlement, en tant que personnes âgées, ils deviennent aussi les principaux bénéficiaires des prestations médicales. En cas de pénurie de main-d'œuvre qualifiée, le problème est donc bien plus grave que dans n'importe quel autre secteur. Si nous ne parvenons pas à faire en sorte que les médecins de premier recours, mais aussi les spécialistes, travaillent au-delà de 65 ans, nous ne pourrons plus garantir la couverture médicale. Et cela sera très, très compliqué.

**Est-ce que cela rend aussi le travail du Comité central plus difficile? Les membres de la FMH voient que les conditions d'exercice se durcissent, mais ils ne voient pas ce qui se serait passé si la FMH n'avait rien fait.**

C'est très juste, et je peux tout à fait le comprendre. Quand on travaille du matin au soir dans un cabinet et qu'on apprend par les médias qu'il y a encore une nouvelle condition qu'on va devoir respecter, on peut tout à fait se demander ce que fait la FMH. Après tout, nous payons

des cotisations. Ce que nous faisons au Comité central est peu visible, mais surtout, ce que nous évitons et empêchons est peu visible. Mais j'en étais déjà conscient après douze ans en tant que président de l'AGZ. On peut aussi comparer cela à la présence d'une armée; la prévention d'une guerre est aussi un succès. C'est-à-dire de tout faire pour préserver une situation et éviter qu'elle ne se détériore. C'est un travail de longue haleine, qui n'est guère visible de l'extérieur. Ce n'est pas très glorieux, j'en conviens, mais il faut savoir vivre avec.

**Quel a été, selon vous, votre plus grand succès pendant votre mandat au Comité central?**

Quand je regarde en arrière, je vois deux événements marquants. Après l'échec de la proposition tarifaire de 2016, personne n'a vraiment cru que le corps médical parviendrait à mettre sur pied un nouveau tarif médical ambulatoire avec les assureurs. Le fait que nous ayons tout de même réussi à présenter un nouveau tarif ambulatoire en 2019, du moins avec une partie des partenaires tarifaires, est certainement l'un de nos plus grands succès. En 2016, on parlait du principe que si l'État n'intervenait pas maintenant, il n'y aurait plus jamais de tarif tel que

prévu par la LAMal, créé conjointement par les fournisseurs de prestations et les assureurs. Lorsqu'en 2020, nous avons également réuni à nos côtés une majorité des assureurs grâce à SWICA, beaucoup ont dit que c'était incroyable et totalement inattendu. Cela a été une belle réussite rendue possible par toute mon équipe, avec le Comité central et toutes les personnes impliquées. Savoir se relever après une chute, c'est ça la clé du succès.

**«En politique professionnelle, nous dépendons fortement de décisions extérieures et devons réagir rapidement.»**

**Et le deuxième événement?**

C'était il y a peu, avec la publication de l'arrêt du Tribunal fédéral sur les fameuses procédures d'économicité. Il était très difficile de trouver un consensus avec les assureurs. Nous avons longtemps travaillé dans ce sens et nous nous sommes battus pour obtenir des évaluations équitables. Et finalement, nous venons d'obtenir un succès qui fera date, à savoir la confirma-



© www.urs-stoffel.ch

Par la suite, Urs Stoffel aimerait à nouveau plus se consacrer à la photographie.

tion que les analyses individuelles sont obligatoires. C'est ce que nous demandions depuis des années, et qui est maintenant confirmé au plus haut niveau par le Tribunal fédéral. En cas d'anomalie statistique, c'était jusqu'ici aux médecins de prouver que leur activité respectait le principe d'économicité. Or la méthode de sélection fournit uniquement un résultat statistique, elle ne suffit pas pour prouver le caractère non économique. Désormais, il faudra le vérifier de manière ciblée, au moyen d'une analyse individuelle, et ce sera à l'assureur de prouver qu'il y a bien polypragmasie. Après tant d'années, nous avons enfin réussi à obtenir qu'il fallait des preuves concrètes et que les bases statistiques ne suffisaient pas pour condamner les médecins. Je suis très heureux que nous ayons persévéré dans l'adaptation de la convention, contrairement à toutes les voix critiques qui disaient que nous devions la résilier.

#### **Ici aussi, la persévérance est la clé du succès. Quel a été votre moment ou votre revers le plus difficile au sein du Comité central de la FMH?**

C'est sans aucun doute la votation générale perdue en 2016, et l'échec du tarif ambulatoire (projet TARVISION), qui a été rejeté en même temps par les assureurs, donc par les répondants des coûts. C'était une très grosse défaite, où nous n'avons pendant un moment pas su comment continuer ni quoi faire. Il faut dire que j'ai dû reprendre le département des tarifs ambulatoires quasiment du jour au lendemain et que j'ai dirigé pendant deux ans un double

département, à savoir eHealth et les tarifs ambulatoires, à la suite du décès soudain de mon prédécesseur, Ernst Gähler. Suite à cet événement tragique, nous avons tenu une réunion de crise pour savoir qui pourrait reprendre les ta-

#### **«Avec le recul, je ne regrette rien. Chaque jour a amené de nouveaux défis, et c'est ce qui rendait le travail passionnant.»**

rifs ambulatoires. J'avais un certain avantage, car je ne suis pas devenu médecin par la voie directe et que je m'y connaissais un peu avec les chiffres. De plus, j'avais mené pendant des années les négociations tarifaires pour l'AGZ et j'avais aussi eu un mandat de la FMH, avant mon arrivée au Comité central, pour la mise en œuvre et l'introduction du TARMED en 2004.

#### **Pourquoi la révision tarifaire prend-elle autant de temps, pourquoi est-ce si compliqué?**

Il faut concilier de très nombreux intérêts divergents, parfois contradictoires. Et l'État met plus de bâtons dans les roues qu'il n'aide à trouver une solution.

#### **Y a-t-il quelque chose que le corps médical pourrait améliorer selon vous?**

À l'époque, lors du premier projet de révision TARVISION, j'ai sous-estimé l'implication de

la base. Les sociétés de discipline médicale et les sociétés cantonales de médecine n'avaient pas été assez impliquées. C'est ma principale conclusion. J'aurais peut-être dû être plus ferme et dire que cette version n'était pas encore aboutie. J'ai repris le département en 2015, et en 2016 nous avons perdu la votation générale. Mais nous avons appris de cette erreur et avons essayé de faire mieux, et je pense que nous y sommes parvenus. J'en profite pour exprimer toute ma gratitude à mon équipe, qui n'a jamais baissé les bras et qui s'est relevée pour repartir de plus belle. Après une aussi grande défaite, il faut savoir persévérer et ne pas se laisser décourager.

#### **Une défaite, c'est donc une nouvelle occasion de réussir?**

Le constat que la base n'avait pas été assez impliquée nous a amenés à nous dire, au moment de démarrer le nouveau projet, que nous devions vraiment impliquer les sociétés de discipline médicale dès le tout début. Nous avons même convenu que chacune d'elles devait confirmer par écrit qu'elle avait pu s'exprimer et que la solution lui convenait. Nous avons créé un organe décisionnel suprême, un «cockpit», où les médecins prennent pour les médecins des décisions controversées et où tout le monde est représenté, deux fois même, une fois via la discipline et une fois via la société cantonale. Rétrospectivement, c'était une excellente approche. C'est la seule raison qui fait que nous ayons réussi à plusieurs reprises à faire approuver le tarif TARDOC pratiquement à l'unanimité par l'Assemblée des délégués et la Chambre médicale. Un grand bravo à tous les membres du cockpit! Il y a eu beaucoup, beaucoup de réunions, des décisions difficiles, parfois contre sa propre base; tout le monde a dû faire des compromis, c'était très, très difficile, alors «chapeau»! Le fait que la décision n'ait pas été prise ex cathedra, mais au sein même de l'organisation, est la clé du succès. À mon avis, c'est exactement ce qu'il se passe maintenant avec les forfaits. Les forfaits ont été développés à l'aide de données sans l'implication de la base, qui n'a même pas été consultée. Or il faut passer par ce processus long et difficile de recherche d'un consensus. Il faut aller recueillir les différents intérêts, rassembler l'expertise spécifique; cela prend du temps. C'est précisément pour ça que cela n'a pas été fait pour les forfaits.

#### **Quand vous regardez les douze dernières années, y a-t-il quelque chose que vous feriez différemment aujourd'hui?**

Cette question me fait penser à un événement qui s'est produit dans ma jeunesse. C'est en effet une question que l'on se pose régulièrement, non seulement en politique professionnelle, mais aussi dans la vie en général: «si c'était à re-

faire, est-ce que je ferais autrement?» C'est une question vieille comme le monde. À 16 ans, j'ai eu l'occasion d'assister à la première de la pièce «Biographie: un jeu» de Max Frisch. C'est exactement de cela qu'il s'agit: un homme a la possibilité de tout revivre et de décider s'il ferait les choses différemment. Et à la fin, il n'a rien changé. Absolument rien. À l'époque déjà, cela m'avait totalement fasciné et je n'ai cessé de me poser cette question. Est-ce que, avec le recul, on prendrait tout à coup un autre chemin? Aujourd'hui encore, je trouve la pièce de Max Frisch brillante. Et je ne suis effectivement pas certain que je ferais quelque chose de différent. Quand on sait comment ça s'est passé, il y a certes de mauvaises choses qu'on aurait pu éviter, mais il y a aussi des choses qui ne seraient pas arrivées, et qui sont tout aussi importantes dans notre vie. Alors, est-ce qu'on ferait vrai-

### «Nous restons attachés à l'exigence que le TARDOC soit enfin introduit et le TARMED, totalement dépassé, enfin remplacé.»

ment autrement, c'est une grande question.

Lorsque j'ai passé l'examen fédéral, nous avons eu l'énorme privilège d'entendre Max Frisch prononcer la laudatio lors de la cérémonie de remise des diplômes. Nous étions tous assis là, fiers d'avoir réussi. Le monde nous appartient, pensions-nous. Max Frisch a commencé son discours par ces mots: «Je vous félicite pour ce grand succès. Mais tant que c'est l'université qui vous impose des épreuves, c'est que vous êtes encore jeunes. Les vraies épreuves, c'est la vie qui vous les imposera.» Les grands défis sont encore à venir. Avec ces mots, il nous a brutalement ramenés à la réalité et nous a appris l'humilité. Je ne l'ai jamais oublié. C'était un discours unique, qui a ensuite été publié dans la NZZ.

### Oseriez-vous faire un pronostic sur le tarif avec lequel les prestations médicales seront facturées en 2030?

D'après ce que je vois aujourd'hui, la facturation se fera avec des forfaits médicalement homogènes, combinés au tarif à la prestation TARDOC. Le tarif à la prestation n'aura pas totalement disparu, même si beaucoup pourraient l'espérer. Pour que les prestations médicales ambulatoires soient représentées de manière appropriée, homogène sur le plan médical, adéquate et conforme aux principes de l'économie d'entreprise, il faut les deux, à savoir une structure tarifaire de base, différenciée et aussi compacte que possible pour les presta-

tions individuelles. Pour cela, il est nécessaire d'établir une liste de l'ensemble des prestations, où les rapports entre les prestations sont équilibrés et harmonisés. Et à côté, il faut de bons forfaits ambulatoires, homogènes, équilibrés et médicalement corrects. Ce qui n'est pas (encore) le cas aujourd'hui, justement parce que les sociétés de discipline médicale n'ont pas été assez impliquées. On ne peut pas concevoir de tarif médical sans la participation des sociétés de discipline, c'est un de mes principaux constats. Il ne s'agit pas de recueillir les moindres souhaits et désirs de tout un chacun, mais il est essentiel de s'appuyer sur l'expertise spécifique des sociétés. En outre, le tarif à la prestation permet de prendre en compte davantage de prestations qui ne sont plus fournies par des médecins, c'est-à-dire l'interprofessionnalité, par exemple les prestations fournies par les infirmières de pratique avancée (APN) et d'autres fournisseurs de prestations paramédicales. Des prestations autrefois fournies par les médecins peuvent aujourd'hui tout à fait être prises en charge par une APN, par exemple. Pour garantir les soins à l'avenir, il faudra en effet que d'autres groupes professionnels prennent en charge certaines étapes du traitement. Mais pour cela, il faut que ces prestations soient incluses dans le tarif, c'est évident. Et c'est ce qui fait pour l'instant défaut.

**Le TARDOC a été déposé fin 2023 et la décision du Conseil fédéral est attendue pour bientôt. Les élections générales de la FMH auront lieu le 6 juin. Il semble donc que ce soit le moment idéal pour partir à la retraite. Est-ce que c'était prévu?** Absolument pas. Lorsque j'ai décidé, il y a quatre ans, de me présenter pour un nouveau

mandat, nous venions de déposer le TARDOC et je pensais qu'il faudrait encore un an ou un an et demi pour le mettre en œuvre, alors je me suis dit ok, je reste pour soutenir mon «bébé». Je ne pensais vraiment pas que nous serions aujourd'hui encore dans l'attente d'une décision. Lorsque je me suis représenté en 2020, je pensais que le nouveau tarif serait introduit en 2022. Dans ce cas, j'aurais probablement démissionné avant la fin de la législature. Mais ce n'est pas ce qui s'est passé. Les choses se passent toujours différemment de ce que l'on pense. Mais nous restons attachés à l'exigence que le TARDOC soit enfin introduit et que le tarif TARMED, datant du siècle passé, que dis-je, du millénaire passé, soit enfin remplacé.

### Que souhaitez-vous à la personne qui vous succédera?

Beaucoup de tolérance à la frustration, du plaisir à travailler dans le domaine de la politique professionnelle et à accepter que la solution ne soit pas immédiatement sur la table. Et une volonté tenace de persévérer. J'espère bien sûr que ma successeuse ou mon successeur conduira finalement le TARDOC à bon port, c'est tout le mal que je lui souhaite, ainsi qu'à toute mon équipe des tarifs.

**Vous avez également dirigé le département Numérisation / eHealth et vous êtes aussi président du conseil d'administration de HIN. Le thème de la numérisation vous a donctoujours accompagné.**

Il est toujours important d'impliquer la base, les fournisseurs de prestations et les utilisateurs. Cela n'a pas été bien résolu pour le DEP, mais cela devrait être différent avec le projet Digi-Santé. À l'époque, nous avons créé un jalon qui



«Photographier, c'est comme écrire avec la lumière, faire de la musique avec les couleurs, peindre avec le temps et voir avec le cœur.» Amut Adler, 1951 (trad. FMH).



© www.urs-stoffel.ch

Il reste fidèle à l'Afrique, sa «deuxième maison», comme il l'appelle.

subsiste aujourd'hui encore: le GTIP. C'est un groupe de travail interprofessionnel qui représente plus de 100 000 fournisseurs de prestations et qui est chargé de s'accorder sur des normes communes. Il ne sert à rien de faire pression. La numérisation se poursuivra de

### «Il faut prendre le temps de faire les choses qui sont vraiment importantes pour nous avant la retraite déjà.»

toute façon chez les médecins. Mais si l'État veut encourager la numérisation dans le secteur de la santé, je ne comprends pas bien pourquoi il ne crée pas d'incitations positives. On a voulu l'e-mobilité, on a soutenu fiscalement les voitures électriques. On a voulu de l'énergie solaire, on a cofinancé et subventionné les panneaux solaires. Il n'y a que dans le secteur de la santé que les systèmes d'information des cabinets médicaux et le corps médical, qui doit se charger de l'intégration en vue de la numérisation, ne sont pas soutenus par des incitations positives. Ce serait pourtant un investissement judicieux.

### Avec votre départ du Comité central, vous allez avoir tout à coup beaucoup de temps libre; avez-vous des plans ou de nouveaux projets?

J'ai encore quelques mandats et je siège encore dans des fondations. C'est bien aussi de ne pas

tout à coup se retrouver «sans rien». Mais oui, j'ai encore un petit projet. Pendant des années, j'ai fait des consultations médicales en parallèle pour des productions cinématographiques. À la fois sur le plan du contenu, pour les questions médicales relatives au scénario, et lors de la mise en œuvre sur le plateau de tournage. Et pendant la pandémie, j'ai accompagné plusieurs équipes de production à travers cette période difficile, j'ai donné des conseils médicaux et rédigé divers plans de protection. L'industrie cinématographique me fascine. J'aimerais aussi recommencer à faire de la photographie. Je ne vais donc pas m'ennuyer, je pense. Mais peut-être que tout se passera autrement. On pense toujours que lorsqu'on aura plus de temps, on fera ceci ou cela, de la peinture, de l'écriture ou des voyages. C'est ce que tout le monde dit avant un départ à la retraite ou une démission. Mais malheureusement, les choses se passent souvent autrement. On ne peut pas tout changer du jour au lendemain et tirer un trait sur les trente dernières années et dire «à partir d'aujourd'hui, je me consacre pleinement à la photographie». Malheureusement, cela ne fonctionne que très rarement. C'est pourquoi il faut prendre le temps de faire les choses qui sont vraiment importantes pour nous avant la retraite déjà.

### Et vos petits-enfants seront certainement très heureux de voir que leur grand-père a désormais plus de temps.

Absolument, et je m'en réjouis. Cela dit, même avant, malgré toutes mes contraintes professionnelles, j'ai toujours pris le temps de m'occu-

per de mes petits-enfants. Mais bien sûr, cela sera plus facile maintenant.

### Quel âge ont-ils?

Le plus grand aura 11 ans et sa sœur 6 ans. En automne, nous sommes allés en Afrique avec toute la famille; ils se réjouissent déjà de la prochaine fois.

### Et les voyages, justement? Vous avez mentionné l'Afrique. Beaucoup ne savent peut-être pas que vous avez un lien avec ce continent.

Oui, j'ai eu un projet en Afrique. C'est maintenant terminé, mais je me rends toujours régulièrement en Afrique. Nous allons au moins une fois par an sur l'île de Lamu au Kenya, qui fait partie du patrimoine mondial de l'UNESCO. C'est notre deuxième maison. Là-bas, j'ai eu un petit projet d'hôpital.

### Vous vous engagez également en tant que membre du conseil de la Fondation Gaydoul, qui se consacre aux maladies physiques et mentales des enfants. Pour quelle raison?

Karl Schwenker, le fondateur de l'empire Denner et grand-père de Philippe Gaydoul, est allé à l'école avec mon père. C'est pourquoi la famille Gaydoul, qui a créé cette fondation, m'a demandé si j'accepterais de siéger au sein de la fondation pour y apporter mon savoir-faire médical. Et je suis très heureux d'y participer.

**Correspondance**  
urs.stoffel[at]fmh.ch





© Ronstik / Dreamstime

Le respect du Code de déontologie de la FMH contribue à promouvoir la qualité des soins et à garantir le bien-être des patientes et des patients.

# Label «responsable practice FMH»

**Code de déontologie** Le label «responsable practice FMH» permet aux institutions de santé de confirmer qu'elles s'engagent à respecter les obligations et les règles éthiques inscrites dans le Code de déontologie de la FMH.

**Stefanie Hostettler<sup>a</sup>; Esther Kraft<sup>b</sup>**

<sup>a</sup> Dre sc., EPFZ, division Développement numérique, démographie et qualité (DDQ) de la FMH; <sup>b</sup> lic. rer. oec., cheffe de la division Développement numérique, démographie et qualité (DDQ) de la FMH

Toujours plus de traitements médicaux ambulatoires sont dispensés dans de grandes unités organisationnelles qui ne sont pas dirigées par des médecins. En outre, un grand nombre de médecins travaillant dans des établissements hospitaliers ou ambulatoires du système de santé suisse ont obtenu leur diplôme à l'étranger. Lorsque ces médecins ne sont pas membres de la FMH, ils ne sont pas non plus soumis au Code de déontologie [1] de la FMH. Le Code de déontologie définit des normes en matière de compétence professionnelle, dont la formation continue, l'information des patients, le secret professionnel, l'assurance qualité et l'indépendance médicale.

Il est donc primordial pour la FMH que les médecins de ces institutions puissent exercer dans un environnement professionnel respectueux du Code de déontologie. Avec le label «responsable practice FMH», la FMH certifie les institutions de santé qui s'engagent de manière résolue afin que leur personnel respecte le Code de déontologie de la FMH. Pour les

patientes et les patients, le label leur permet de s'assurer que «leur» cabinet veille activement à en respecter les principes.

## En tant que patiente, je sais que mon cabinet veille activement à respecter les principes du Code de déontologie.

### Rendre la qualité visible

L'engagement à respecter le Code de déontologie de la FMH, qui est à la base du label, contribue également à promouvoir la qualité dans le domaine de la santé et à garantir le bien-être des patientes et des patients. Le label rend cet engagement visible et permet aux professionnelles et professionnels de la santé de le faire savoir à leurs patientes et patients et à leurs partenaires.

Depuis l'introduction du label, un grand nombre d'institutions de santé l'ont obtenu et

font état d'expériences positives [2]. La procédure de demande est simple et le label est l'occasion de manifester son engagement pour la qualité de l'activité médicale et le libre exercice de la profession.

### Correspondance

ddq[at]fmh.ch



### Références

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

## Demander le label

Le label «responsable practice FMH» est décerné aux institutions de santé centrées sur la prise en charge médicale des patientes et des patients, telles que les cabinets médi-

caux, les polycliniques et les centres de soins. Pour pouvoir demander le label, la direction médicale de l'institution doit dans tous les cas être constituée de médecins membres de la FMH. Vous trouverez de plus amples informations sur le label et la liste des docu-

ments nécessaires à l'adresse [www.fmh.ch](http://www.fmh.ch) → Label «responsable practice FMH».

Pour toute question, n'hésitez pas à nous contacter à l'adresse [ddq\[at\]fmh.ch](mailto:ddq[at]fmh.ch) ou au 031 359 11 11.

## Label «responsable practice FMH»

Avec le label « responsable practice FMH », la FMH certifie les institutions de soins qui s'engagent activement afin que leurs médecins respectent le Code de déontologie de la FMH.

### Voici les bonnes raisons d'obtenir le label « responsable practice FMH » :

- Vous promouvez une action médicale responsable et respectueuse de l'éthique.
- Vous encouragez la qualité des soins et la sécurité des patients.
- Vous façonnez une culture et une gestion de votre organisation conformes aux valeurs et au code de conduite préconisés par le Code de déontologie de la FMH.
- Vous apportez la preuve que les standards et les directives du Code de déontologie sont respectés et activement encouragés.

**Demandez dès maintenant le label « responsable practice FMH »**

[www.fmh.ch/  
responsible-  
practice.fr](http://www.fmh.ch/responsible-practice.fr)



# Nouvelles du corps médical

## Todesfälle / Décès / Decessi

*Jean-Pierre Colombo* (1932), † 9.2.2024, Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, 3011 Bern

## Praxiseröffnung / Nouveaux cabinets médicaux / Nuovi studi medici VD

*Alba Gabrielle Victoria Santos*, Spécialiste en neurologie et Spécialiste en médecine interne générale, membre FMH, Rue de l'Ale 25, 1003 Lausanne

## Aargauischer Ärzteverband

Zur Aufnahme in den Aargauischen Ärzteverband haben sich angemeldet:

Als ordentlich praktizierende Mitglieder:

*Marek Brendel*, Facharzt für Radiologie, Mitglied FMH, Belegarzt in Hirslanden Klinik, Schänisweg, 5001 Aarau, ab sofort  
*Sara Brittingham*, Fachärztin für Ophthalmologie, Mitglied FMH, Angestellt in Praxisgemeinschaft Gutblick, Bahnhofplatz 3h, 5000 Aarau, ab 01.09.2024

*Markus Büchi*, Facharzt für Arbeitsmedizin, Mitglied FMH, Praxiseröffnung in Praxisgemeinschaft Dottikon AG, Alte Hägglingerstrasse 10, 5605 Dottikon, ab sofort  
*Dan Croitor*, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Oberarzt in Kantonsspital Aarau AG, Tellstrasse 25, 5001 Aarau, ab sofort  
*Christian Ebnöther*, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Mitglied FMH, Praxiseröffnung in Doktorzentrum Mutschellen, Corneliastrasse 6, 8965 Berikon, ab 01.07.2024

*Jan Exner*, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Mitglied FMH, Gutachter in Neurogeriatrische Praxis Gerimed GmbH, Gustav Zeiler-Ring 2, 5600 Lenzburg, ab sofort

*Milos Hranac*, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Mitglied FMH, Praxiseröffnung in Praxis Dr. Milos Hranac, Wettingerstrasse 21, 5400 Baden, ab sofort  
*Barbara Kern*, Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin, Mitglied FMH, Praxiseröffnung in Kinder- und Jugendärzte am Werk, Fassbindstrasse 2-4, 4310 Rheinfelden, ab 01.07.2024

*Stavroula Lykoni*, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und Fachärztin für Kardio-

logie, Angestellt in Praxis Gruppe Kardiologie Menziken, Sagiweg 2, 5737 Menziken, ab sofort

*Alice Mathis*, Praktische Ärztin, Mitglied FMH, Praxiseröffnung in Praxis Dr. Alice Mathis, Zelglistrasse 37, 5034 Suhr, ab sofort  
*Carsten Stecker*, Praktischer Arzt, Angestellt in Praxis Gruppe Würenlingen, Wiesenstrasse 4, 5303 Würenlingen, ab sofort  
*Marion Weinhold*, Praktische Ärztin, Angestellt in Praxis Gruppe Safenwil, Güterstrasse 1C, 5745 Safenwil, ab sofort

Als Chef- und Leitende ÄrztInnen:

*Anne Borm*, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und Fachärztin für Endokrinologie/Diabetologie, Mitglied FMH, Leitende Ärztin in Kantonsspital Aarau AG, Tellstrasse 25, 5001 Aarau, ab sofort

*Stefan Neuhofer*, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Leitender Arzt im Gesundheitszentrum Fricktal AG, Riburgerstrasse 12, 4310 Rheinfelden

*Monya Todesco Bernasconi*, Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe, Mitglied FMH, Leitende Ärztin in Kantonsspital Aarau AG, Tellstrasse 25, 5001 Aarau, 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:

*Bernhard Bickel*, Praktischer Arzt, Mitglied FMH, Medbase Bern Westside, Ramuzstrasse 18, 3027 Bern

*Heike Duft*, Praktische Ärztin, Mitglied FMH, Praxis im Bunnzentrum, Schlossgarten Riggisberg, Schlossweg 5, 3132 Riggisberg  
*Michaela Ehrler*, Fachärztin für Chirurgie, Mitglied FMH, VISCERA AG Bauchmedizin AG, Waaghaus-Passage 8, 3011 Bern  
*Susanna Frigerio*, Fachärztin für Neurologie, Mitglied FMH, Praxis Neurologie im Zentrum, Aarberggasse 30, 3011 Bern

*Katharina Gaertner*, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, Mitglied FMH, Läufferplatz 6, 3011 Bern

*Alexandra Goll André*, Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin, Mitglied FMH, Praxis Steinibach AG, Hübeliweg 1, 3052 Zollikofen  
*Samuel Paul Hofmann*, Facharzt für Oto-Rhino-Laryngologie, Mitglied FMH, Praxis Länggasse, Länggassstrasse 29, 3012 Bern  
*Konrad Mende*, Facharzt für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie und Facharzt für Handchirurgie, Mitglied FMH, Orthopädie Sonnenhof, Salvisbergstrasse 4, 3006 Bern und Praxis Maulbeerstrasse 10, 3011 Bern

*Vasyl Metenko*, Praktischer Arzt, Medbase Bern Bahnhof, Parkterrasse 10, 3012 Bern  
*Friederike Ramseier*, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, Mitglied FMH, Sanacare Gruppenpraxis Bern, Welle7 / Schanzenstrasse 5, 3008 Bern  
*Christine Schneider*, Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin, Mitglied FMH, Laupenstrasse 8, 3008 Bern

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

## Ärztegesellschaft des Kantons Schwyz

Zur Aufnahme in die Ärztegesellschaft des Kantons Schwyz hat sich angemeldet:  
*Matthias Clausen*, Facharzt für Ophthalmologie, Mitglied FMH, ab 18.01.2024 zu 10%, 8808 Pfäffikon SZ.

*Adrian-Eugen Pruteanu*, Praktischer Arzt, Mitglied FMH, ab 01.04.2024 zu 40%, Brunnen SZ.

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



© KSGR / Marcel Giger

Le KSGR coopère étroitement avec les hôpitaux régionaux pour maintenir des soins de santé de proximité dans le canton des Grisons.

# Deux cantons, deux sites, un hôpital

**Hôpital supracantonal** Des centres d'urgence sont ouverts, des hôpitaux sont construits ou fermés, mais les fusions d'hôpitaux réussies sont rares. Pour l'Hôpital cantonal des Grisons (KSGR), l'intégration complète de Walenstadt est un modèle de réussite, même si de nombreuses conditions préalables étaient requises.

**Céline Hollfelder<sup>a</sup>; Martin Hug<sup>b</sup>; Hugo Keune<sup>c</sup>; Jürg Lyman<sup>d</sup>; Gian Andrea Prevost<sup>e</sup>; Matthias Wieland<sup>f</sup>**

<sup>a</sup> M.A. HSG, cheffe de projet «Übernahme Spital Walenstadt», Hôpital cantonal des Grisons (KSGR); <sup>b</sup> Dr méd., médecin adjoint en anesthésie, responsable du site d'anesthésie de Walenstadt; <sup>c</sup> CEO/président de la Direction, KSGR; <sup>d</sup> Dr méd., ancien responsable du site de l'Hôpital de Walenstadt SR RWS, aujourd'hui médecin adjoint à la clinique gynécologique de Walenstadt; <sup>e</sup> Dr méd. et méd. scient., responsable du site de chirurgie générale et viscérale de Walenstadt; <sup>f</sup> méd. dipl., médecin-chef adjoint, responsable du site de médecine interne de Walenstadt

Les hôpitaux de soins aigus en Suisse sont soumis à une forte pression financière. Depuis l'introduction des forfaits par cas en 2012, les marges EBITDA n'ont cessé de baisser. La marge EBITDA de 10% nécessaire à la survie à long terme n'est plus atteinte que par un petit nombre d'hôpitaux suisses ayant généralement une forte proportion d'assurés complémentaires.

Au cours des dernières années, les hôpitaux ont donc procédé à de nombreuses optimisations de coûts. La forte demande et les ressources en personnel réduites limitent toutefois fortement les possibilités. Certains hôpitaux ont tout juste réussi à renouveler leur infrastructure, au prix d'une forte augmentation des taux d'endettement et, partant, des charges d'intérêts. Il n'est donc guère étonnant

que des options stratégiques plus approfondies aient été examinées et mises en œuvre au cours des dernières années. En prenant pour exemple l'intégration de l'Hôpital de Walenstadt dans l'Hôpital cantonal des Grisons (KSGR), nous détaillons ici quels facteurs ont été critiques pour la réussite d'une prise en main des soins de santé (financièrement) durable au-delà des frontières cantonales.

### Des soins de santé décentralisés

La remise en question de l'offre de soins et des sites les proposant font partie des mesures de développement les plus radicales qu'un hôpital puisse prendre. Il est extrêmement difficile pour un hôpital central de renoncer à certaines offres de soins. Les interdépendances entre les différentes disciplines médicales sont élevées. De plus, toute réduction de prestations risque d'entraîner, à court ou moyen terme, une détérioration de la situation économique. La question de l'emplacement et du nombre d'hôpitaux dont la Suisse a besoin est toutefois importante pour le développement de l'Hôpital cantonal des Grisons.

En partant du principe qu'une concentration des sites permettrait de réduire les coûts, le canton de Saint-Gall a approuvé en 2019 l'extension de l'Hôpital cantonal de Saint-Gall (KSSG) et simultanément la fermeture de sites décentralisés. L'Hôpital de Walenstadt en faisait partie (voir encadré). À l'inverse, le KSGR coopère étroitement avec les hôpitaux régionaux pour maintenir des soins de santé de proximité dans le canton des Grisons. Ainsi, cette approche prend en compte les spécificités géographiques, en termes de superficie et de relief, du canton des Grisons (figure 1).

### Opportunités et défis

Le regroupement / la coopération de sites de tailles différentes (hôpital central et hôpital régional) est au centre de cette forme de soins de santé. Au lieu de travailler en concurrence,

### La remise en question de l'offre et des sites sont des mesures de développement radicales pour un hôpital.

on travaille en complémentarité. Outre une plus-value évidente pour la patientèle, ainsi que des efficiences reconnues dans la fourniture centralisée de prestations de soutien telles que la logistique, les services informatiques ou les RH, cela présente également des opportunités d'amélioration organisationnelles.

Un triage conscient des urgences permet une prise en charge rapide et optimisée des patientes et patients. Les thérapies ambulatoires, les examens et les consultations de spécialistes peuvent être effectués à proximité du domicile, mais les patients et patientes restent rattachés à l'hôpital central. Une bonne coordination permet ainsi d'exploiter de manière optimale les capacités (créneaux d'opérations et de consultations médicales des différents

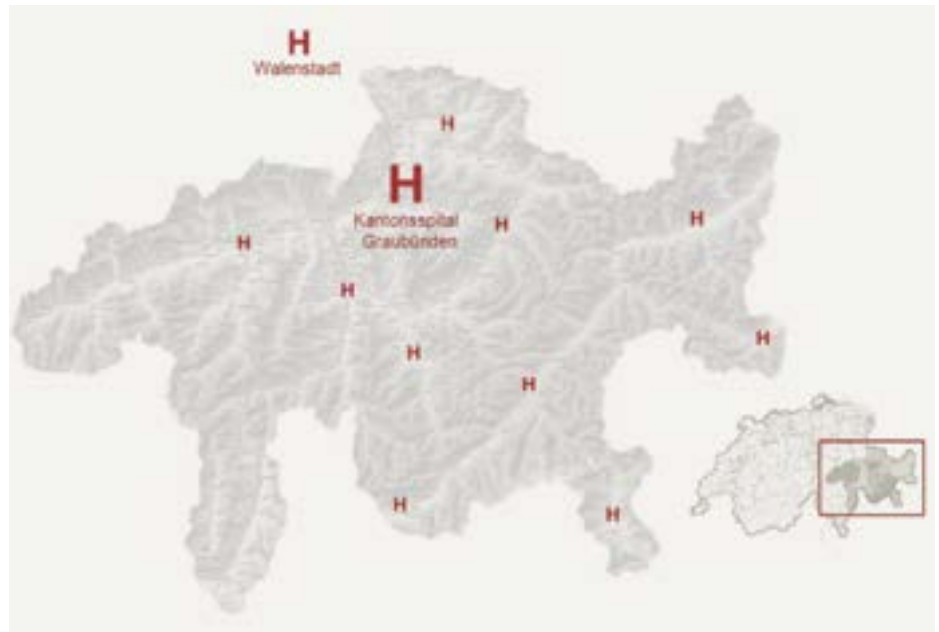


Figure 1: Soins de santé décentralisés – sur différents sites et dans le cadre de coopérations.

sites par exemple) et de réduire ainsi les réserves capacitaires obligatoires. Enfin, et ce n'est pas négligeable, les avantages d'un petit site hospitalier – une équipe interne bien rodée avec des circuits de décision courts et un environnement familial – sont conservés.

D'autres opportunités se présentent dans le domaine des ressources humaines. Le fait que des équipes puissent intervenir sur tous les sites apporte de la variété dans le travail quotidien et élargit l'horizon des compétences professionnelles de chacun. Un grand pool de personnel, indépendant des sites, permet en outre d'agir de manière flexible, surtout en cas de changements à court terme tels que des absences pour cause de maladie ou des fermetures de salles.

En revanche, les défis liés à l'exploitation de plusieurs sites, notamment au-delà des frontières cantonales, sont moins graves, mais

### Walenstadt ne devrait pas être autonome, ni sur le plan juridique, ni sur celui de la logistique, de la gestion et du personnel.

doivent néanmoins être mentionnés. Ainsi, des demandes séparées doivent être déposées pour les listes hospitalières des deux cantons – pour tous les sites. Les transferts accrus entre les sites deviennent un défi et un facteur de

### Histoire de l'Hôpital de Walenstadt

En octobre 2019, le canton de Saint-Gall a présenté le concept «Développement de la stratégie des groupements hospitaliers de Saint-Gall: développement des prestations et des structures». La stratégie «4plus5» prévoit la fermeture de 5 sites hospitaliers (dont celui de Walenstadt) et leur transformation en centres de soins et d'urgence (CSU).

La commission consultative du Grand Conseil s'est prononcée sur le principe en faveur de la stratégie «4plus5», mais a complété la demande en proposant d'examiner le maintien du site de Walenstadt au moyen d'un modèle de coopération avec les hôpitaux cantonaux des Grisons et de Glaris – au sens d'une région de soins intercantonale Sardona. Le 2 décembre 2020, le Grand Conseil a approuvé cette proposition (avec une seule voix contre). Le gouvernement a approuvé le mandat de projet et défini l'organisation du projet avec la participation des principaux groupes d'intérêt.

L'avenir de l'Hôpital de Walenstadt devait être clarifié fin 2022. C'est chose faite: le 13 juin 2022, le parlement saint-gallois (Conseil cantonal) a approuvé à une nette majorité la vente à l'Hôpital cantonal des Grisons (Kantonsspital Graubünden, KSGR). Ainsi, l'Hôpital de Walenstadt est géré par l'Hôpital cantonal des Grisons depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2023.

## Organisations

coûts, et tous les médecins exerçant dans les deux cantons doivent obtenir une autorisation de pratique supplémentaire.

Pour le KSGR, il était clair que la prestation de soins de santé par des structures décentralisées, entre autres avec le site de Walenstadt, n'était possible dans la durée que si une intégration totale de tous les sites était mise en œuvre. Cela avec la plus grande perméabilité possible à tous les niveaux et un modèle d'exploitation économique.

### Étude de cas: le site de Walenstadt

Dès le moment où la décision de reprendre l'Hôpital de Walenstadt a été prise, les principales conditions étaient ainsi définies: au démarrage, le 1.1.2023, le modèle d'exploitation devait permettre la création d'un petit site entièrement intégré et rentable. Walenstadt ne devait être autonome ni sur le plan juridique, ni sur celui de la logistique, de la gestion, des processus d'exploitation, de la planification du personnel et du recrutement ou de sa présentation vers l'extérieur. En tant que nouveau propriétaire du bien immobilier du site hospitalier, le KSGR a pu prendre toutes les libertés nécessaires au développement des infrastructures et donc à l'exploitation durable du site.

## Le KSGR relie avec succès et de manière financièrement durable les soins de santé dans les Grisons et le sud de Saint-Gall.

Le KSGR exploite le site de Walenstadt comme un hôpital régional avec des urgences 24h/24 et 7j/7. Un triage téléphonique des patientes et patients par le service central des urgences du site principal de Coire permet de les orienter vers Walenstadt ou vers Coire en fonction de leur lieu de résidence, de leur pathologie et de sa complexité, ainsi que des capacités disponibles. Le dialogue intensif avec les services de secours est ici un facteur de réussite décisif.

Après la reprise de l'Hôpital de Walenstadt par le KSGR, la gamme de prestations a été maintenue et même légèrement étoffée. L'accent a été mis délibérément sur les offres dont la fourniture à proximité du domicile offre une plus-value à la population. Il s'agit par exemple de la gériatrie aiguë, des soins palliatifs, de la dialyse et de l'oncologie. Afin de garantir la rentabilité, une réduction significative de la capacité en lits a été visée dès le début et un étage entier a été fermé. L'hôpital peut accueillir environ 45 patientes et patients station-

## Facteurs de réussite d'une reprise d'hôpital

Les facteurs de réussite déterminants d'une reprise hôpital au-delà des frontières cantonales sont les suivants:

- Maintien du réseau régional (médecins traitants, institutions de santé, commerces, services de secours...)
- Soutien politique des communes et des cantons concernés
- Implication de la population via les partis politiques
- Expérience en matière de soins de santé décentralisés (coopérations, détachement de personnel...)
- Transparence vis-à-vis du personnel au cours du processus – la communication précoce des perspectives et du personnel repris crée une sécurité et une orientation
- Systèmes numériques de base uniformes dès le premier jour
- Intégration totale tout en préservant l'identité du site

naires, dont au moins quatre nécessitant une surveillance accrue (IMC). Les opérations n'ont lieu que les jours de semaine.

La reprise a été traitée comme un transfert d'entreprise conformément à l'article 333 du Code des obligations (CO). De nombreuses questions controversées étaient donc déjà réglées sur le plan juridique. 92% du personnel, y compris les apprentis, travaillaient déjà sur le site de Walenstadt avant le changement d'exploitant et ont été repris. Des relations de longue date ont ainsi été maintenues entre l'hôpital et le personnel, la patientèle et les organisations locales. On a volontairement renoncé à une direction de site. La coordination sur site prend la forme d'échanges informels réguliers entre les personnes clés.

### Quels enseignements après un an?

Un an après la reprise, le bilan est positif. Les réglementations cantonales ne sont certes pas encore préparées à une exploitation hospitalière supracantonale: l'importante charge administrative (par exemple les autorisations pour le personnel médical) se caractérise par des doublons sans valeur ajoutée. Néanmoins, les craintes initiales qu'une reprise et une intégration complète – en particulier le coup de minuit de la Saint-Sylvestre 2022/23 – puissent s'avérer problématiques ne se sont pas confirmées. Les craintes concernant le «nouveau» système informatique ou les interruptions dans les soins aux patients ne se sont pas concrétisées. Avec effet immédiat, la médecine interne, la chirurgie/l'orthopédie, la gynécologie ainsi que la gériatrie aiguë et les soins palliatifs faisaient partie des départements existants de l'Hôpital cantonal des Grisons. Les efforts de coordination entre les sites restent gérables.

Le nombre de cas stationnaires budgété a été atteint quasiment à la virgule près et a été même nettement dépassé en ambulatoire.

Dans la pratique, la plus-value de l'intégration totale se manifeste comme décrit.

Les rotations de personnel dans les départements de chirurgie/orthopédie et d'anesthésie sur tous les sites permettent également de fournir des prestations avec un haut degré de spécialisation sur le site de Walenstadt.

Un an après la reprise, l'Hôpital de Walenstadt est donc un exemple d'intégration complète réussie. Le KSGR relie les soins de santé des Grisons et du sud de Saint-Gall, la région de soins Sardona, avec succès et de manière durable sur le plan financier.

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

# 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.



288

## Système progressif des évaluations de l'aptitude à la conduite

**Médecine du trafic** Avec l'introduction du système progressif des évaluations de l'aptitude à la conduite, les choses ont changé en Suisse. Le présent article présente le système progressif, explique les changements qu'il implique et jette un regard sur les défis à venir.

Kristina Keller, Mariangela De Cesare et al.



292

## Quand le diagnostic ne saute pas aux yeux

**Baisse soudaine de la vision** Un patient de 84 ans consulte pour une vision floue indolore et brutale à gauche depuis quatre jours. Il est connu pour une hypertension artérielle traitée et prend de l'acide acétylsalicylique en prévention primaire.

Géraldine Cuendet, François-Xavier Borruat et al.



296

## Méningo-encéphalite à *Francisella tularensis*

**Manifestation «émergente»** Fin avril, une patiente de 69 ans s'est présentée aux urgences avec de la fièvre, des frissons, des nausées et des douleurs abdominales hautes. La patiente était jusque-là autonome, physiquement active avec des loisirs dans la nature et aidait sa fille à faire les foins dans une ferme.

Martina Haueter, Rein Jan Piso et al.

# Weekly Briefing

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

Rédaction scientifique Forum Médical Suisse

## Infection à VRS

### Complications cardiaques fréquentes

Cette étude transversale a porté sur >6000 personnes hospitalisées âgées de ≥50 ans avec une infection à virus respiratoire syncytial (VRS) confirmée: leur âge moyen était de 73 ans, 60% étaient des femmes. Dans >20% des cas, un évènement cardiaque aigu (insuffisance cardiaque >> ischémie myocardique > autre) est survenu pendant l'hospitalisation – dans 1 cas sur 12, aucune maladie cardiaque n'était connue jusqu'alors. Une complication cardiaque a presque doublé le risque de devenir défavorable: 20% de toutes les personnes hospitalisées ont nécessité des soins intensifs, 5% sont décédées. Conclusion: une infection à VRS peut être grave chez les adultes âgés. Il sera intéressant de voir si et comment la vaccination modifiera ce risque.

JAMA Intern Med. 2024,  
doi.org/10.1001/jamainternmed.2024.0212.  
Rédigé le 27.4.2024\_HU

## Diagnostic d'HTP-TEC

### Rare après une embolie pulmonaire aiguë

Les données de >500 000 patientes et patients victimes d'une embolie pulmonaire aiguë (âge moyen 71 ans, 57% de femmes) entre 2010 et 2021 ont été analysées. Une hypertension pulmonaire thromboembolique chronique (HTP-TEC) a été diagnostiquée comme complication en moyenne 13,5 mois après l'évènement aigu. Facteurs de risque de diagnostic tardif: sexe féminin, obésité, bronchopneumopathie chronique obstructive. La prévalence a certes augmenté de 0,4 à 0,9% pendant la période d'observation. Malgré tout, le diagnostic d'HTP-TEC – une forme potentiellement curable d'hypertension pulmonaire – est sans doute (trop) rarement posé en situation de vie réelle sans suivi systématique. En cas de symptômes persistants malgré un traitement adéquat: effectuer une échocardiographie!

J Thromb Haemost. 2024,  
doi.org/10.1016/j.jtha.2024.04.009.  
Rédigé le 27.4.24\_HU

## Vintage Corner

### Décompensation cardiaque en radiologie

Quel est le signe ayant la meilleure valeur diagnostique pour confirmer une décompensation cardiaque gauche à la radiographie du thorax? La redistribution baso-apicale: dans le contexte clinique correspondant, le rapport de vraisemblance positif est de 12! Une redistribution est présente lorsque le diamètre des veines pulmonaires apicales dépasse celui des vaisseaux basaux. Ces derniers sont physiologiquement mieux perfusés – une augmentation de la précharge cardiaque gauche entraîne une vasoconstriction réflexe avec un déplacement consécutif du volume (redistribution) dans les veines apicales [1]. Cave: «normal individuals may show redistribution when supine» [2]. Il faut donc déterminer en premier lieu s'il s'agit d'un cliché pris en position debout ou allongée.

1 Circulation. 1961, doi.org/10.1161/01.CIR.24.2.185.  
2 J Gen Intern Med. 1996, doi.org/10.1007/BF02599031.  
Rédigé le 1.5.24\_HU

## CME

### Maladies gastro-intestinales à éosinophiles

- ... incluent les maladies inflammatoires chroniques immuno-médiées qui touchent l'œsophage (œsophagite à éosinophiles [EoE], l'estomac (gastrite à éosinophiles), l'intestin grêle (entérite à éosinophiles) ou le côlon (colite à éosinophiles).
- L'**EoE** se manifeste entre autres par une dysphagie et un pyrosis. Les complications possibles sont des sténoses avec impaction alimentaire et sensation d'étouffement.
- La physiopathologie n'est pas entièrement comprise. L'exposition à certains aliments (produits laitiers, blé, œufs, soja, arachides, poissons, crustacés) peut entraîner une infiltration des muqueuses par des éosino-

philes avec fibrose consécutive. >90% des personnes concernées présentent une diathèse atopique (dermatite atopique, asthme éosinophilique).

- Le diagnostic repose sur la clinique et la biopsie; quant au diagnostic différentiel, il faut exclure une maladie de Crohn œsophagienne, un syndrome hyperéosinophilique ou une œsophagite médicamenteuse (doxycycline, anti-inflammatoires non stéroïdiens).
- Le traitement consiste en des mesures diététiques avec suppression de certains aliments et en des biopsies de contrôle après 6–8 semaines. Des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP), des corticoïdes oraux (budésonide) ou l'anticorps monoclonal dirigé contre le récepteur de l'interleukine 4 dupilumab sont utilisés en complément.

- Les **maladies gastro-intestinales à éosinophiles en dehors de l'œsophage** se manifestent de manière non spécifique et sont probablement sous-diagnostiquées – les critères diagnostiques sont toutefois mal définis. La gastrite et l'entérite se manifestent principalement par une inappétence, une perte de poids, des douleurs, des crampes, une sensation de réplétion, des nausées et des vomissements, la colite par une diarrhée, des douleurs et des saignements.
- En plus de la diathèse atopique, une anémie, une hypoalbuminémie et – dans jusqu'à 50% des cas – une éosinophilie périphérique peuvent s'observer.
- Il existe peu d'études sur le traitement. Les mesures diététiques, les IPP et les corticoïdes sont utilisés en off label.

JAMA. 2024, doi.org/10.1001/jama.2024.2143.  
Rédigé le 3.5.24\_HU



**Importance sous-estimée?**

## Infection intestinale par le SARS-CoV-2

Le COVID-19 n'est plus considéré comme une infection uniquement respiratoire, mais comme une maladie systémique pouvant affecter de nombreux organes. Les symptômes gastro-intestinaux sont fréquents tant en cas de maladie aiguë qu'en cas de COVID long. Dans la phase aiguë, une perte d'appétit, des nausées et vomissements, une diarrhée et des douleurs abdominales sont présents chez >50% des personnes infectées. Ces symptômes peuvent apparaître en premier, se manifester en l'absence de symptômes respiratoires ou se développer au cours de la maladie. Le récepteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine sert de site de liaison dans l'épithélium respiratoire. Ces récepteurs sont nombreux aussi bien dans l'intestin grêle que dans le gros intestin, ce qui explique probablement pourquoi l'ARN du SARS-CoV-2 est souvent présent dans les selles et pourquoi les symptômes gastro-intestinaux sont fréquents. L'interaction avec les récepteurs dans l'intestin détruit l'épithélium intestinal, produit des cytokines inflammatoires et entraîne une coagulation dans les petits vaisseaux, avec des lésions ischémiques consécutives. Des altérations significatives du microbiome sont également impliquées dans ces lésions. Le SARS-CoV-2 réduit le nombre de *Faecilibacterium (F.) prausnitzii* et d'autres bactéries intestinales, qui sont en principe d'une grande importance pour la réponse immunitaire dans le tractus gastro-intestinal. La réduction de *F. prausnitzii* entraîne une diminution de la production d'acides gras à chaîne courte (par ex. butyrate), dont l'effet anti-inflammatoire est ainsi atténué. Lors de la guérison, il arrive que ces altérations du microbiome persistent malgré l'élimination du SARS-CoV-2, ce qui explique probablement les symptômes intestinaux en cas de COVID long. La tentative de diversifier à nouveau la flore intestinale pendant six mois après un COVID-19 aigu à l'aide d'un mélange de symbiotiques a entraîné une amélioration significativement plus fréquente de la fatigue, des troubles de la mémoire et de la concentration ainsi que des douleurs abdominales.

Les observations de l'association entre les altérations du microbiome et le COVID-19 sont frappantes. Cependant, l'influence de l'infection intestinale par le SARS-CoV-2 sur l'activité immunologique et anti-inflammatoire dans la phase subaiguë et chronique du COVID-19 reste à déterminer.

BMJ. 2024, doi.org/10.1136/bmj.q842.  
Rédigé le 6.5.24\_MK

**Du plastique partout**

© Nanthicha Khampumee / Dreamstime

On connaît encore trop peu les effets nocifs du plastique sur la santé.

## Les microplastiques rendent-ils malade?

Un éditorial attire l'attention sur les dommages potentiels du plastique chez l'être humain [1]. Le plastique est solide, étanche et durable. Aussi utiles que soient ces propriétés, autant elles nous compliquent la tâche quand il s'agit d'éliminer les plastiques. Plus de 400 millions de tonnes de déchets plastiques sont produits chaque année sur notre planète, dont 10 millions de tonnes se retrouvent dans les océans. Les différents matériaux plastiques renferment plus de 10 000 substances chimiques, dont des cancérigènes et des perturbateurs endocriniens. Il est présumé que ces substances nocives sont principalement transmises à l'être humain par les microplastiques et les nanoplastiques. Les microplastiques sont comme des granulés dont les particules individuelles mesurent <5 mm de diamètre, tandis que les nanoplastiques sont nettement plus petits, avec <1 µm. Ces particules de plastique pénètrent dans le corps humain par inhalation ou ingestion. Elles sont par exemple absorbées via les boissons ou les aliments conservés ou chauffés dans des récipients en plastique (micro-onde, biberon pour les nourrissons) ou lors du brossage des dents à partir du dentifrice. De nombreux produits cosmétiques contiennent aussi des micro- et nanoplastiques pouvant être absorbés par la peau.

Jusqu'à présent, l'effet biologique des micro- et nanoplastiques a été étudié sur des animaux de laboratoire. Le métabolisme du glucose et des lipides, la croissance et la reproduction sont défavorablement influencés et, selon le type de polymère, il existe une corrélation dose-effet pour la concentration et la durée d'exposition [2]. On sait aujourd'hui que l'être humain accumule lui aussi du plastique dans de nombreux organes. Les conséquences sur notre santé sont toutefois encore inconnues. Quelques rares observations font état de maladies gastro-intestinales liées à l'ingestion de microplastiques, qui peuvent être détectés en concentrations accrues dans les selles des malades. Il convient de mentionner l'étude récemment publiée portant sur 304 plaques athérosclérotiques carotidiennes, qui contenaient dans >50% des cas du polyéthylène et parfois aussi du chlorure de polyvinyle [3]. Les patientes et patients chez qui du plastique a été détecté présentaient un moins bon pronostic quant à l'apparition d'autres maladies athérosclérotiques dans les trois années suivantes. La preuve de la causalité fait globalement défaut à ce jour.

Il est urgent pour nous, médecins, d'en savoir plus et de mieux comprendre les effets nocifs des micro- et nanoplastiques sur la santé. En l'absence de données et de preuves, ni la minimisation ni l'alarmisme ne sont justifiés.

1 Nat Med. 2024, doi.org/10.1038/s41591-024-02968-x.  
2 Front Public Health. 2023, doi.org/10.3389/fpubh.2023.1103289.  
3 N Engl J Med. 2024, doi.org/10.1056/NEJMoa2309822.  
Rédigé le 30.4.24\_MK

Highlight: médecine du trafic

# Actualité sur le système progressif des évaluations de l'aptitude à la conduite

Avec l'introduction du système progressif des évaluations de l'aptitude à la conduite, les choses ont changé en Suisse. Le présent article présente le système progressif, explique les changements qu'il implique et jette un regard sur les défis à venir.

Dr méd. Kristina Keller<sup>a</sup>; Dr méd. Mariangela De Cesare<sup>b</sup>; Dr méd. Roberta Fahrner-Muschiatti<sup>c</sup>; Dr méd. Maurice Fellay<sup>d</sup>; Dr méd. Philip Keller<sup>e</sup>; Dr méd. Cristian Palmiere<sup>f</sup>; Dr méd. Matthias Pfäffli<sup>g</sup>

<sup>a</sup> Institut für Rechtsmedizin, Abteilung Verkehrsmedizin, Universität Zürich, Zürich; <sup>b</sup> Centro medico del traffico del Ticino, Chiasso; <sup>c</sup> Institut für Rechtsmedizin, Kantonsspital Graubünden, Chur; <sup>d</sup> Expertises médicales, Institut Central des Hôpitaux, Hôpital du Valais, Sierre; <sup>e</sup> Institut für Rechtsmedizin, Kantonsspital Aarau, Aarau; <sup>f</sup> Centre universitaire romand de médecine légale (CURML), Lausanne; <sup>g</sup> Institut für Rechtsmedizin der Universität Bern, Bern

## Contexte

Le système progressif a été introduit en 2016 sur demande des autorités administratives (offices de la circulation routière) par le Conseil fédéral pour harmoniser et assurer la qualité des examens de médecine du trafic.

## Qu'est-ce que le système progressif?

Le système progressif comprend quatre niveaux de qualification présentant différentes compétences [1].

Le *niveau 1* est atteint soit par autodéclaration, soit par la participation à une journée de formation. Il est par ailleurs possible de d'abord remplir l'autodéclaration, puis de participer à la formation. Le niveau habilite à réaliser des examens de conductrices et conducteurs de véhicules >75 ans (séniors). Une grande partie du personnel médical reconnu au niveau 1 a obtenu la qualification par autodéclaration. Mais du point de vue de la médecine du trafic, la Société Suisse de Médecine Légale (SSML) plaide, dans un souci d'assurance qualité, pour la participation à une formation également reconnue par la Société Suisse de Médecine Interne Générale (SSMI) dans le cadre du devoir de formation continue.

Après l'obtention du niveau 1, une autre journée de formation permet d'atteindre le *niveau 2*. Ce niveau autorise à examiner les personnes demandeuses ou détentrices de

catégories supérieures de permis de conduire (p. ex. poids lourds, bus, car, taxi).

Le *niveau 3* requiert la qualification de niveau 2, suivie d'une autre journée de formation. Il habilite à examiner les personnes suivantes:

- personnes >75 ans (depuis 01.03.2024) demandeuses d'un permis de conduire;
- personnes présentant des handicaps physiques;
- personnes chez lesquelles des évaluations secondaires sont requises à la suite d'un examen de niveau 1 ou niveau 2 aux résultats non concluants;
- personnes devant être examinées après une maladie grave ou des blessures dues à un accident;
- personnes chez lesquelles des examens doivent être réalisés en raison d'une déclaration émise par le personnel médical (communication médecin) selon l'art. 15d, al. 1 let. e de la Loi fédérale sur la circulation routière (LCR) ou par l'assurance-invalidité (communication AI) selon l'art. 15d, al.1, let. d de la LCR.

L'obtention du *niveau 4* requiert une durée d'emploi d'au moins deux ans dans un établissement de formation postgraduée de médecine du trafic ainsi que la participation à un programme prévu par la SSML, examen inclus.

Ce niveau habilite à réaliser tous les examens de médecine du trafic pour l'évaluation de l'aptitude à la conduite et la capacité de conduire, même en cas de doute concernant l'aptitude à la conduite selon l'art. 15d, al. 1 de la LCR (en cas de suspicion d'une problématique de stupéfiants).

La législation exige l'autorisation d'une ou d'un médecin disposant d'une qualification de niveau 4 dans les cas suivants:

- dérogation aux exigences médicales minimales sous forme d'autorisation exceptionnelle (art. 7, al. 3 de l'Ordonnance réglant l'admission à la circulation routière [OAC]);
- indication d'une course visant à vérifier l'aptitude à la conduite (course de contrôle accompagnée d'une ou d'un médecin, art. 5j, al. 2 OAC);
- restrictions du permis de conduire (géographiques, temporelles, à certains types de routes ou de véhicules, art. 34 OAC).

Tout cela doit être considéré lors de l'évaluation de l'aptitude à la conduite à un niveau inférieur.

La reconnaissance de niveau est valable cinq ans après obtention, la validité pouvant être prolongée lorsqu'un niveau supérieur est atteint par la suite. Les médecins en sont informés 12 et 3 mois avant expiration de la reconnaissance de niveau. Pour le renouvellement

du niveau 1, une autodéclaration ou le suivi d'une formation sont à nouveau possibles. Concernant les niveaux 3 et 3, une demi-journée de formation doit être effectuée. Pour le niveau 4, les dispositions de la SSML s'appliquent.

La plateforme [www.medtraffic.ch](http://www.medtraffic.ch), opérée par l'Association suisse des services des automobiles (asa), sert aux conductrices et conducteurs de véhicules d'outil pour rechercher des médecins qualifiés et de plateforme d'information pour les médecins. Elle permet de s'inscrire aux formations correspondantes et de consulter son propre niveau de formation complémentaire. Les contenus des modules de formation complémentaire 1–6 (fig. 1) ainsi que les différents séminaires sont disponibles sur le site Internet [2, 3].

### Qu'a fait la SSML?

La SSML a été chargée par l'Office fédéral suisse des routes (OFROU) d'organiser les formations correspondantes pour l'obtention ou le maintien du niveau de reconnaissance. Il s'agit principalement de:

- communiquer au personnel médical ses droits et obligations,
- montrer quelles sont les limites et possibilités de l'évaluation de l'aptitude à la conduite,
- expliquer comment fonctionnent les processus et la collaboration avec les autorités administratives,
- transmettre les bases de l'évaluation des exigences médicales minimales et
- mettre en évidence les pièges dans la pratique.

Depuis juillet 2016, le centre de formation postgraduée de la SSML a proposé au total 146 cours de niveau et formé 6681 médecins (tab. 1). Depuis 2021, des cours de remise à niveau sont proposés en plus des cours de formation. Globalement, le nombre de médecins qualifiés est suffisant à tous les niveaux et dans toutes les régions linguistiques.

La plupart des cours ont lieu en présentiel. Mais depuis la pandémie de COVID-19, la SSML a élargi l'offre de cours en ligne, ce qui est très apprécié des personnes participant aux formations. Les retours sur les cours sont globalement très positifs et le feedback excellent, de sorte que la SSML est d'avis qu'une précieuse contribution pour l'assurance qualité dans l'évaluation de médecine du trafic est fournie.

### Qu'a-t-il été fait?

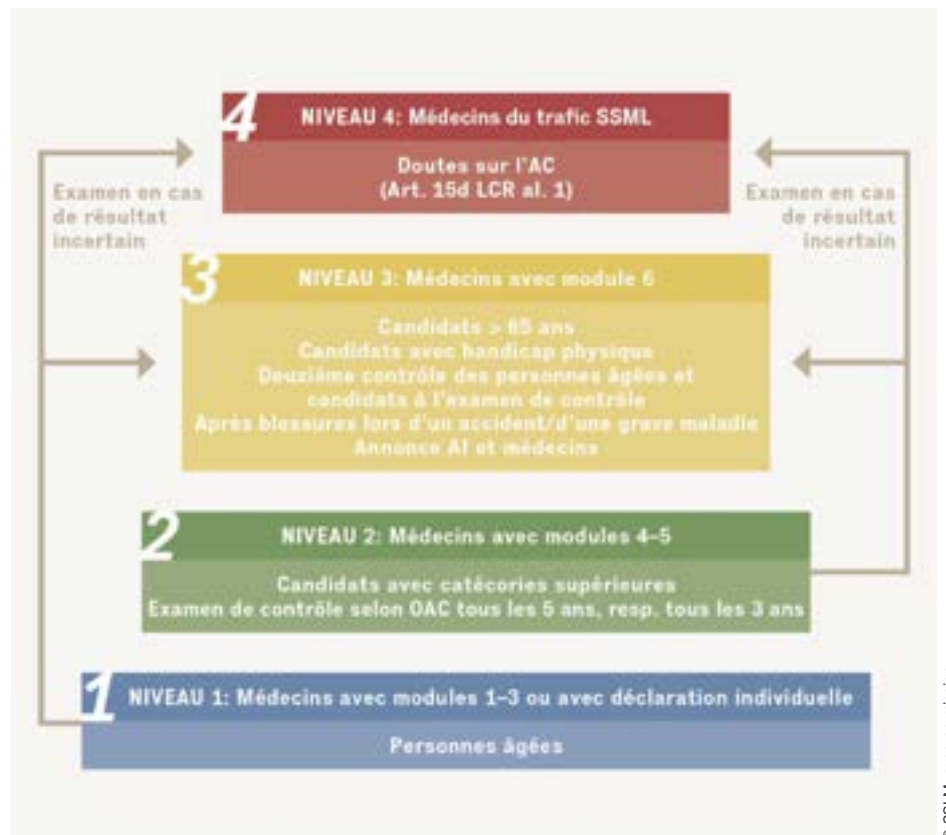
Au 01.01.2019, l'âge limite du contrôle périodique effectué par un médecin-conseil pour les seniors (examen de niveau 1) est passé de 70 à 75 ans.

En novembre 2022, une étude du Bureau suisse de prévention des accidents (bpa) a été publiée, dans laquelle l'efficacité des examens de niveau 1 a été remise en question [4]. Il convient de noter que cette étude a utilisé, pour la Suisse, des chiffres issues de la période entre 2014 et 2016, c'est-à-dire avant l'introduction du système progressif, ne permettant ainsi pas d'évaluer ses répercussions. Dans une autre étude, des taux élevés d'approbation des médecins à l'examen de niveau 1 ont été recueillis et les formations proposées par la SSML ont été évaluées de manière majoritairement positive [5].

### Perspectives

Le centre de formation postgraduée de la SSML vérifie continuellement l'offre de formation et l'acceptation des cours parmi les médecins. La didactique des cours est également contrôlée et, si nécessaire, adaptée. À l'avenir, des offres d'apprentissage en ligne devront être évaluées.

Les développements démographiques présentant une participation croissante de conductrices et conducteurs âgés ainsi que l'automatisation des véhicules entraîneront à l'avenir aussi des discussions dans le champ de



**Figure 1:** Le système progressif.

SSML: Société Suisse de Médecine Légale; AC: aptitude à la conduite; LCR: Loi fédérale sur la circulation routière; AI: Assurance-invalidité; OAC: Ordonnance réglant l'admission à la circulation routière.

**Tableau 1: Cours et participation**

	Nombre de cours	Effectif de participation
Cours de niveau 1	43	2101
Cours de niveau 2	42	2097
Cours de niveau 3	21	335
Cours de remise à niveau 1	14	789
Cours de remise à niveau 2	19	1240
Cours de remise à niveau 3	7	122

**Highlight**

tension de la sécurité routière et de la mobilité. La SSML devra se consacrer à ces questions de manière scientifique. Ainsi, une évaluation de la charge et des bénéfices des examens de niveaux 1 et 2 prévus par la loi sera incontournable.

**Correspondance**

Dr. med. Kristina Keller  
Institut für Rechtsmedizin  
Abteilung Verkehrsmedizin  
Universität Zürich  
Andreasstrasse 15  
CH-8050 Zürich  
kristina.keller[at]irm.uzh.ch

**Conflict of Interest Statement**

KK: honoraire d'intervenante pour les cours de la SSML, jetons de présence pour les réunions de la direction administrative du centre de formation postgraduée pour l'expertise de l'aptitude à la conduite Suisse de la SSML, présidente de la section Médecine du trafic de la SSML, membre du comité de la SSML, vice-présidente de la SSML. CP, MF, MP, PK, RFM: honoraire d'intervenants pour les cours de la SSML, jetons de présence pour les réunions de la direction administrative du centre de formation postgraduée pour l'expertise de l'aptitude à la conduite Suisse de la SSML, membres de la direction administrative du centre de formation postgraduée pour l'expertise de l'aptitude à la conduite Suisse de la SSML. MDC: honoraire d'intervenant pour les cours de la SSML.

**Author Contributions**

L'ensemble des autrices et auteurs ont lu le manuscrit soumis, vérifié et édité le manuscrit rédigé par la Dr Kristina Keller et partagent la responsabilité de tous les aspects de l'ouvrage.

**Références**

- 1 Direction et gestion du Centre Suisse de formation pour les expertises en aptitude à la conduite automobile. Nouveautés liées à Via sicura. Bull Med Suisses. 2015;96(42):1511–1514.
- 2 SSML Société Suisse de Médecine Légale, Section Médecine du trafic [Internet]. Zurich: Modules de formation continue en médecine du trafic en vue de l'obtention de la qualification de niveau 1-3 Médecins selon l'ordonnance réglant l'admission à la circulation routière (OAC). [cited 2024 April 18]. Available from: [https://medtraffic.ch/wp-content/uploads/2022/04/VMFortbildung\\_Stufe1-3\\_Vorschlag\\_04.2020\\_final\\_fr.pdf](https://medtraffic.ch/wp-content/uploads/2022/04/VMFortbildung_Stufe1-3_Vorschlag_04.2020_final_fr.pdf)
- 3 SSML Société Suisse de Médecine Légale, Section Médecine du trafic [Internet]. Zurich: Cours de formation continue pour médecins. [cited 2024 April 18]. Available from: <https://medtraffic.ch/fr/medecins-psychologues/recherche-de-cours/>
- 4 Hertach P et. al. Age-based medical screening of drivers in Switzerland: an ecological study comparing accident rates with Austria and Germany. Swiss Med Wkly. 2022;152:40005.
- 5 Grob P, Pfäffli M. Attitude of Swiss general practitioners to mandatory training in assessing fitness to drive of older drivers. Swiss Med Wkly. 2021;151:w30035.



**Dr méd. Kristina Keller**  
Institut für Rechtsmedizin, Abteilung  
Verkehrsmedizin, Universität Zürich,  
Zürich



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

E-ORDONNANCE

En savoir plus

Collaboration simple et sécurisée dans le système de santé suisse

[www.hin.ch/e-ordonnance](http://www.hin.ch/e-ordonnance)



## Baisse soudaine de la vision

# Quand le diagnostic ne saute pas aux yeux

Géraldine Cuendet<sup>a</sup>, médecin diplômée; Prof. Dr méd. François-Xavier Borruat<sup>b</sup>; David Cuendet<sup>c</sup>, médecin diplômé; Prof. Dr méd. Patrik Michel<sup>d</sup>

<sup>a</sup> Maison de la Santé du Haut-Lac, Vouvry; <sup>b</sup> Unité de neuro-ophtalmologie, Service universitaire d'ophtalmologie, Hôpital ophtalmique Jules-Gonin, Lausanne;

<sup>c</sup> Service de neurologie, Hôpital fribourgeois (HFR), Fribourg; <sup>d</sup> Service de neurologie, Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), Lausanne

## Description du cas

Un patient de 84 ans consulte pour une vision floue indolore et brutale à gauche depuis quatre jours. Il est connu pour une hypertension artérielle traitée et prend de l'acide acétylsalicylique en prévention primaire.

## Question 1

Quelle atteinte clinique semble la plus probable? Pour un rappel anatomique des voies visuelles voir figure 1.

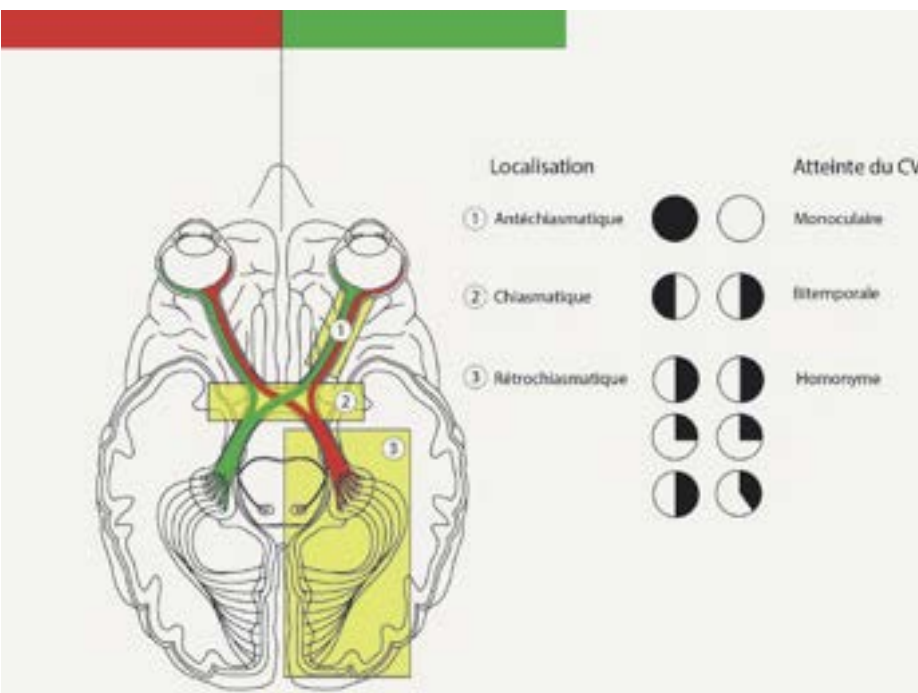
a) Une atteinte oculaire (p. ex. décollement de la rétine, glaucome)

b) Une atteinte neurologique pré-chiasmatique (p.ex. occlusion de l'artère centrale de la rétine [OACR] ou de l'une de ses branches; neuropathie optique ischémique antérieure [NOIA])

c) Une atteinte chiasmatique

d) Une atteinte d'un nerf oculomoteur

e) Une atteinte rétro-chiasmatique (lésion cérébrale occipitale ischémique ou hémorragique)



**Figure 1:** Rappel anatomique des voies visuelles. CV: champ visuelle.

© Yann Leuba, photographe-graphiste, Hôpital Jules-Gonin, Lausanne

Le décollement de la rétine est indolore mais généralement précédé de phosphènes et de myodésopsies. La perte de vision est généralement progressive, en raison du décollement croissant de la rétine.

Il existe deux types de glaucome. Le glaucome à angle ouvert (95%) est d'évolution chronique, avec augmentation progressive et modérée de la pression intra-oculaire entraînant une perte lente, indolore et irréversible de la vision périphérique bilatérale et souvent asymétrique. Le glaucome aigu (5%) résulte d'une fermeture de l'angle irido-cornéen chez une personne anatomiquement prédisposée. La symptomatologie est bruyante avec un œil rouge douloureux, une vision floue avec halos autour des lumières. Ceci est une urgence ophtalmologique.

La NOIA ainsi que l'OACR partagent une symptomatologie très similaire, avec la survenue brusque et indolore d'une baisse monocu-

laire de la vision. Elle est parfois précédée d'une amaurose fugace.

L'atteinte chiasmatique se manifeste par une hémianopsie bi-temporale, généralement lente-ment progressive et liée à une compression extrinsèque (p. ex. adénome hypophysaire).

L'atteinte d'un nerf oculomoteur se présente par une diplopie binoculaire, aiguë ou chronique suivant l'étiologie.

Une lésion cérébrale occipitale se manifeste par une hémianopsie homonyme du côté opposé à la lésion. L'atteinte campimétrique prédominant d'un côté, certains patientes et patients peuvent rapporter une symptomatologie monoculaire, identifiant l'œil avec la plus grande perte de champ visuel (temporal) comme «l'œil atteint». Il est donc primordial devant toute plainte visuelle d'examiner le champ visuel de chaque œil séparément.

À ce stade, la NOIA et l'OACR sont les deux atteintes cliniques les plus probables.

Notre patient de 84 ans est pris en charge en urgence. À l'examen clinique, il ne perçoit que les contours et la lumière à l'œil gauche. Le «swinging flashlight test» met en évidence un déficit pupillaire afférent relatif (DPAR) de l'œil gauche. Un DPAR signe une atteinte des voies visuelles antéchiastiques significative. L'examen du fond d'œil met en évidence une OACR sans qu'un embolie ne soit visible.

#### Question 2

Quelle investigation vous semble la moins appropriée à ce stade?

- Un angioscanner cérébro-cervical
- Un ultrason-Doppler des vaisseaux pré-cérébraux et de l'artère temporale
- Une angiographie rétinienne
- Un ultrason cardiaque
- Un bilan biologique avec notamment une vitesse de sédimentation (VS) et la protéine C-réactive (CRP)

Chez notre patient, un angioscanner cervical met en évidence une sténose carotidienne athéromateuse gauche à 80%. La tomographie cérébrale ne montre aucune lésion parenchymateuse ischémique ou hémorragique.

La VS est à 45 mm/h, légèrement au-dessus de la norme pour l'âge, et la CRP n'a pas été effectuée. Le reste du bilan biologique est dans les normes. Pour rappel, il est admis que la limite supérieure de la VS est l'âge/2 pour les hommes et (âge+10)/2 pour les femmes.

L'angiographie rétinienne permet une visualisation de la vascularisation artérielle puis veineuse de manière dynamique. Elle n'a pas été effectuée car il a été considéré que l'OACR était suffisamment claire au fond d'œil. À noter

toutefois que l'absence d'embolie à l'examen neuro-ophtalmologique ainsi que l'âge avancé sont d'excellentes raisons pour demander une angiographie rétinienne. Un retard de remplissage choroïdien serait un argument en faveur d'une pathologie inflammatoire telle qu'une maladie de Horton.

L'ultrason-Doppler des vaisseaux pré-cérébraux confirme la sténose carotidienne athéromateuse gauche (environ 70%) avec une plaque très hétérogène. L'examen de l'artère temporale superficielle ne montre pas de signe du halo (épaississement de la paroi de l'artère, évocateur de vasculite).

L'ultrason cardiaque est peu utile car l'étiologie suspectée est celle d'une sténose carotidienne symptomatique qui est la cause la plus fréquente d'embolie à l'origine d'une ischémie rétinienne aiguë. Un point de départ cardiaque à une OACR est rare, et n'est donc recherché que si les autres examens ne montrent pas de source emboligène évidente.

Le diagnostic retenu est une OACR gauche d'origine embolique sur sténose athérosclérotique carotidienne ipsilatérale.

#### Question 3

Avec ce diagnostic, quelle prise en charge ne vous semble pas adéquate?

- Contacteur les collègues de la chirurgie vasculaire pour organiser une thrombo-endartériectomie carotidienne (TEAC)
- Majorer le traitement antiplaquettaire avec ajout de clopidogrel à l'acide acétylsalicylique
- Débuter une anticoagulation
- Introduire une statine
- Éduquer le patient sur les facteurs de risque cérébrovasculaire, la prévention cérébrovasculaire et l'importance de l'adhésion thérapeutique

Chez un patient médicalement stable avec une sténose carotidienne récemment symptomatique, une TEAC est recommandée dès 60% de sténose, en général entre 48 heures et sept jours après le début des symptômes.

Déjà sous acide acétylsalicylique, l'antiagrégation est majorée avec ajout de clopidogrel comme recommandé en phase aiguë après des accidents vasculaires cérébraux (AVC) mineurs à haut risque de récurrence précoce.

L'anticoagulation n'est pas recommandée en cas de sténose carotidienne ou autre source athérosclérotique d'un AVC. Elle est en général indiquée en présence d'une source cardiaque majeure, telle qu'une fibrillation auriculaire ou une valve mécanique.

Dans le but d'une prévention secondaire après un événement athérosclérotique, l'introduction d'une statine est justifiée (cible

de la lipoprotéine de basse densité [LDL] <1,4 mmol/l).

L'éducation thérapeutique après un AVC est scientifiquement prouvée comme étant efficace pour mieux contrôler les facteurs de risque et réduire les AVC.

Chez notre patient, l'évolution est marquée par l'apparition d'une cécité contro-latérale soudaine et indolore neuf jours après. L'examen ophtalmologique montre une NOIA ainsi qu'une occlusion partielle des artères ciliaires postérieures de l'œil droit. Cette combinaison suggère fortement une artérite temporale, ou artérite de Horton (AH). La biopsie d'une branche de l'artère temporale droite montre une artérite avec inflammation chronique lympho-histiocytaire de la media et de l'intima, avec une destruction multifocale de la couche élastique interne. Ces découvertes permettent de poser le diagnostic d'une AH.

#### Question 4

Quel traitement médicamenteux initial mettez-vous en place?

- Une corticothérapie orale
- Une corticothérapie intra-veineuse
- Un anti-inflammatoire non-stéroïdien (AINS)
- Méthotrexate
- Cyclophosphamide

La corticothérapie doit être instaurée immédiatement en cas de suspicion d'AH (fig. 2), par voie intraveineuse plutôt qu'orale, et avant même la réalisation de la biopsie [1]. Cette dernière est malgré tout importante, surtout si la suspicion d'AH est intermédiaire, car les traitements immunosuppresseurs doivent être maintenus à long terme. Si la biopsie est négative mais la suspicion clinique reste forte, la corticothérapie est maintenue, et un avis spécialisé est recommandé.

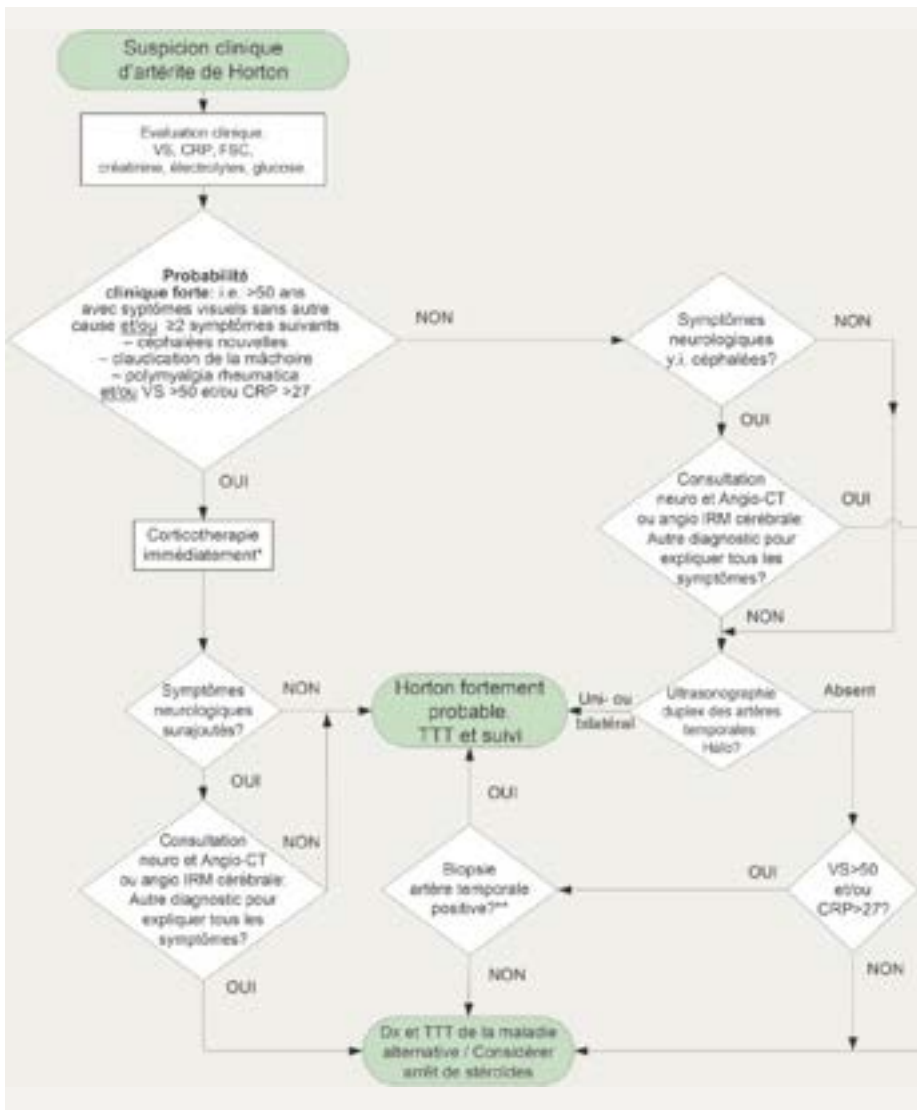
Les AINS sont inefficaces pour une AH, sauf peut-être à visée antalgique.

Un immunosuppresseur d'épargne cortisonique tel que le méthotrexate peut être envisagé dans un deuxième temps, surtout chez les patientes et patients à risque élevé d'effets secondaires sous corticoïdes.

Le cyclophosphamide est le traitement de choix dans les vasculites isolées du système nerveux central, mais pas dans l'AH.

Notre patient reçoit donc trois jours de méthylprednisolone intraveineuse, suivi de prednisone per os à long terme. L'acuité visuelle ne s'améliore pas comme cela s'observe dans la majorité des cas d'AH ayant présenté une OACR ou une NOIA. La perte de la fonction visuelle est rarement réversible mais surtout imprévisible. Une bonne évolution ultérieure pourrait résulter de stratégies de compensation à long terme [2].

## Quel est votre diagnostic ?



**Figure 2:** Algorithme de prise en charge de l'artérite de Horton (adapté de [1]).

\* Maintien de la corticothérapie tant que l'artérite de Horton n'est pas formellement écartée.

\*\* Biopsie bilatérale si pas de diagnostic alternatif.

CRP: protéine C-réactive; CT: tomodensitométrie; Dx: diagnostic; FSC: formule sanguine complète; IRM: imagerie par résonance magnétique; TTT: traitement; VS: vitesse de sédimentation.

© 2015 Revue Médical Suisse, avec permission.

- claudication de la mâchoire ou de la langue et/ou
- symptômes visuels transitoires ou permanents sans cause évidente et/ou
- PMR et/ou
- claudication nouvelle des membres supérieurs.

La fréquence des manifestations visuelles dans l'AH est de l'ordre de 20% [3]. On peut noter une baisse de l'acuité visuelle d'un ou des deux yeux, généralement indolore, plus rarement une diplopie ou encore des hallucinations visuelles. La perte définitive de la vision est précédée dans 15–25% des cas par des épisodes d'amaurose fugace et/ou de diplopie transitoire [1]. Lors d'une AH, l'atteinte unilatérale peut rapidement progresser vers une cécité. Chez 25–50% des patientes et patients, elle peut également devenir bilatérale en l'espace d'une à deux semaines en l'absence de traitement adéquat. À rappeler que l'amaurose fugace constitue en elle-même une urgence neurovasculaire en raison du risque de récurrence d'ischémie cérébrale ou rétinienne irréversible.

Une NOIA est responsable de la cécité dans 90% des cas d'AH. Lorsqu'elle est artérielle, elle résulte d'une occlusion des artères ciliaires postérieures ou des petites artères nourrissant le nerf optique. Une OACR est la manifestation d'AH dans 10% des cas. De rares cas de cécité dans le cadre d'AH résultent d'une ischémie choroïdienne. Enfin, une occlusion de l'artère ophtalmique est possible, réalisant ainsi une ischémie des trois territoires (NOIA, OACR, ischémie choroïdienne). Un examen ophtalmologique est donc primordial, permettant de déterminer la présence d'une neuropathie optique antérieure, d'une ischémie rétinienne ou de mettre en évidence une hypoperfusion choroïdienne.

Concernant les examens paracliniques, la CRP serait un marqueur plus sensible (87%, seuil optimal à 26,9 mg/l) que la VS (86%, seuil optimal à 53 mm/h), mais leur spécificité respective reste mauvaise (environ 30%), y compris lorsque les deux sont augmentées [4]. Le signe du halo à l'ultrason a une sensibilité et une spécificité de 68 respectivement 81% par rapport à la biopsie de l'artère temporale [5].

Pour notre patient, le diagnostic correct d'AH a été manqué en raison d'une OACR cliniquement isolée, de l'absence d'autres signes cliniques d'une AH, et de la présence d'une explication alternative, c'est-à-dire la sténose carotidienne athéromateuse. Toute perte visuelle ou diplopie chez un sujet de plus de 50 ans peut résulter d'une AH, même en présence d'autres facteurs de risques cardiovasculaires, et nécessite donc d'être formellement exclue.

### Question 5

Quelle autre manifestation clinique de l'AH est-elle possible?

- a) Anévrisme de l'aorte
- b) AVC ischémique
- c) Parésie d'un nerf crânien
- d) Polymyalgie rhumatismale (PMR)
- e) Toutes ces réponses sont justes

L'AH est une vasculite systémique pouvant toucher les gros vaisseaux. L'aortite peut alors évoluer vers un anévrisme, avec rarement une dissection ou une rupture.

Un AVC ischémique peut survenir le plus fréquemment sur vasculite des vaisseaux pré-cérébraux.

Une parésie d'un ou plusieurs nerfs crâniens est possible, due à une ischémie de ces nerfs.

Tout comme l'AH, la PMR est une affection survenant avec un pic d'incidence à 70–80 ans.

Fréquente, elle est caractérisée par des douleurs des ceintures et une raideur matinale. Elle est présente dans 40–60% des AH [3]. De même, on retrouve une AH dans 15% des cas de PMR [1]. Il est ainsi parfois considéré que ces deux entités sont des phases différentes d'une même maladie ou font partie du «spectre AH-PMR».

### Discussion

L'AH est la vasculite systémique la plus fréquente dans la population âgée de plus de 50 ans. Pourtant, le diagnostic peut s'avérer délicat à poser alors même que les complications potentielles sont une véritable urgence. Elle doit donc être évoquée chez toute patiente et tout patient de plus de 50 ans présentant le tableau clinique suivant [1]:

- céphalées inaugurales/inhabituelles et/ou
- palpation douloureuse du crâne / dysesthésies du scalp (signe du peigne) et/ou



## Réponses

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

## Correspondance

Géraldine Cuendet  
Maison de la Santé du Haut-Lac  
Rue de la Grand-Vigne 6  
CH-1896 Vouvry  
g.cuendet[at]hin.ch

## Conflict of Interest Statement

L'auteure et les auteurs ont déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts potentiels.

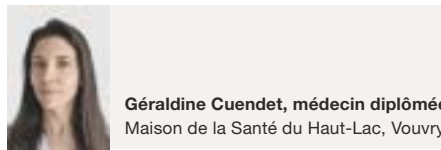
## Références

- 1 Tsetsou S, Michel P, Hirt L, Du Pasquier R, Ribl C, Borruat FX, et al. Artérite de Horton: recommandations lausannoises de prise en charge. Rev Med Suisse. 2015;11(461):411–7. doi: 10.53738/REVMED.2015.11.461.0411
- 2 Hayreh SS. Steroid therapy for visual loss in patients with giant-cell arteritis. Lancet 2000;355(9215):1572–3.
- 3 Haftoglu N, Favrat B, Pécoud A, Cornuz J, Vu F. Des céphalées, cinq avis spécialisés: les pièges diagnos-

tiques pour la maladie de Horton. Rev Med Suisse. 2011;7(319):2328–31.

4 Kermani TA, Schmidt J, Crowson CS, Ytterberg SR, Hunder GG, Matteson EL, Warrington KJ. Utility of erythrocyte sedimentation rate and C-reactive protein for the diagnosis of giant cell arteritis. Semin Arthritis Rheum. 2012;41(6):866–71.

5 Rinagel M, Chatelus E, Jousse-Joulin S, Sibilia J, Gottenberg JE, Chasset F, Arnaud L. Diagnostic performance of temporal artery ultrasound for the diagnosis of giant cell arteritis: a systematic review and meta-analysis of the literature. Autoimmun Rev. 2019;18(1):56–61.



Géraldine Cuendet, médecin diplômée  
Maison de la Santé du Haut-Lac, Vouvry

Annonce



# CAS

## Qualität im Gesundheits- wesen für die patientennahe Arbeitspraxis

interprofessionell und  
sektorenübergreifend

Werden Sie zur Schlüsselperson für Qualität! Diese Weiterbildung bietet Gesundheitsfachpersonen die Chance, sich in den Bereichen Qualität, Patientensicherheit und Kommunikation zu spezialisieren. Anmeldungen für einzelne der sieben Module sind möglich.

## Kursdauer

August 2024 bis Juni 2025

## Anmeldung

bis 1. Juli 2024 unter

[bfh.ch/qualitaet-im-gesundheitswesen](https://bfh.ch/qualitaet-im-gesundheitswesen)



## Manifestation «émergente»

# Méningo-encéphalite à *Francisella tularensis*

Martina Haueter<sup>a</sup>, médecin diplômée; Dr méd. Rein Jan Piso<sup>a,b</sup>; Dr méd. Urs Schibli<sup>c</sup>; Annora Mack<sup>d</sup>, médecin diplômée; PD Dr méd. Lukas Zimmerli<sup>a</sup>; Dr méd. Matthias Hoffmann<sup>a,b</sup>

Kantonsspital Olten, Olten: <sup>a</sup> Klinik für Allgemeine Innere Medizin, <sup>b</sup> Fachbereich Infektiologie und Spitalhygiene, <sup>c</sup> Bakteriologisches Institut; <sup>d</sup> Sektion Epidemiologische Überwachung und Beurteilung, Bundesamt für Gesundheit, Bern

## Contexte

La tularémie est une zoonose causée par *Francisella (F.) tularensis*, qui gagne du terrain en Europe, y compris en Suisse. Les principaux modes de transmission sont les piqûres de tiques, le contact avec des animaux infectés et l'inhalation d'aérosols contaminés. L'infection à *F. tularensis* provoque un large spectre clinique. Suite à une piqûre de tique ou à un contact direct, outre des symptômes généraux (fièvre, malaise), on observe le plus souvent une lymphadénopathie, qui peut être associée à une escarre ou à un ulcère. L'inhalation d'aérosols contaminés peut entraîner une tularémie pulmonaire. Les autres manifestations organiques sont rares; le cas présent décrit une méningo-encéphalite associée à *F. tularensis*.

## Présentation du cas

### Anamnèse

Fin avril, une patiente de 69 ans s'est présentée aux urgences avec de la fièvre, des frissons, des nausées et des douleurs abdominales hautes. L'anamnèse a révélé une fatigue croissante, une perte d'appétit et des frissons depuis une semaine, avec une fièvre atteignant 39 °C nouvellement apparue le jour de la présentation. L'anamnèse systémique n'était au demeurant pas contributive. Les antécédents incluaient une hémicolectomie pour un cancer du côlon réalisée sept ans auparavant sans récurrence lors du suivi, ainsi qu'une hypertension artérielle et une dyslipidémie.

La patiente était jusque-là autonome, physiquement active avec des loisirs dans la nature et aidait sa fille à faire les foins dans une ferme.

La dernière piqûre de tique dont elle se souvenait remontait à trois ans. Elle n'avait pas voyagé en dehors de la Suisse au cours des douze derniers mois.

### Examen clinique et résultats

À son admission, la patiente était dans un état général diminué, fébrile (température tympanique de 38,9 °C), légèrement hypertendue (143/81 mm Hg), normocarde (90/min), avec une saturation en oxygène de 95% (en air ambiant) et un Glasgow Coma Score (GCS) de 15 sans méningisme. Le reste de l'examen clinique était sans particularité.

Les analyses de laboratoire n'ont montré qu'une protéine C réactive (CRP) de 82 mg/l (norme <5 mg/l). Les leucocytes, qui s'élevaient à  $7,1 \times 10^9/l$ , étaient dans la norme (norme  $3,9-9,5 \times 10^9/l$ ).

Les examens complémentaires initialement réalisés incluaient une radiographie du thorax en raison de la fièvre sans foyer clinique et une tomodensitométrie de l'abdomen en raison des douleurs abdominales hautes; les deux étaient sans particularités. Une réaction de polymérisation en chaîne (PCR) sur frottis nasopharyngé pour le «severe acute respiratory syndrome coronavirus 2» (SARS-CoV-2) s'est révélée négative. Une culture d'urine et 2 × 2 hémocultures ont été prélevées, mais sont restées stériles.

Le lendemain, la patiente est restée fébrile (jusqu'à 40 °C). S'y sont ajoutés un ralentissement du langage, une démarche mal assurée et une somnolence (GCS 13), sans amélioration après l'abaissement de la fièvre par des médicaments. Il n'y avait toujours pas de

méningisme. Face à une forte suspicion de méningo-encéphalite, une ponction lombaire a été réalisée, suivie d'un traitement empirique par ceftriaxone et amoxicilline. Dans le liquide céphalorachidien (LCR), le nombre de cellules était élevé (265 cellules/ $\mu$ l; 65% de polynucléaires), le glucose était normal (2,4 mmol/l; norme: 2,2–3,9 mmol/l) et les protéines totales étaient élevées (1,18 g/l; norme: 0,2–0,4 g/l) (fig. 1).

La microscopie directe et la PCR pour les pathogènes viraux ou bactériens typiques sont cependant restées négatives. L'imagerie par résonance magnétique complémentaire a révélé un rehaussement de contraste leptoméningé évocateur d'une méningite malgré la non-détection d'agents pathogènes.

### Diagnostic

Au vu de l'anamnèse d'exposition et de la fièvre d'origine initialement indéterminée sans foyer, un examen sérologique à la recherche de zoonoses potentielles a été initié. Une sérologie pour les borrélioses auparavant réalisée au cabinet de médecine de famille du fait des contacts avec les tiques signalés s'était révélée négative à plusieurs reprises. Une fièvre Q (*Coxiella burnetii*) et une méningo-encéphalite à tiques ont été exclues (titres d'anticorps négatifs), mais la sérologie pour *F. tularensis* s'est révélée positive (immunoglobuline M [IgM] 42,9 U/ml, IgG 10,4 U/ml; norme <10 U/ml). La suspicion de méningo-encéphalite à *F. tularensis* a été confirmée par une PCR spécifique dans le LCR et, quelques jours plus tard, *F. tularensis*, sous-espèce (ssp.) *holarctica*, a aussi été détectée dans les cultures du LCR.

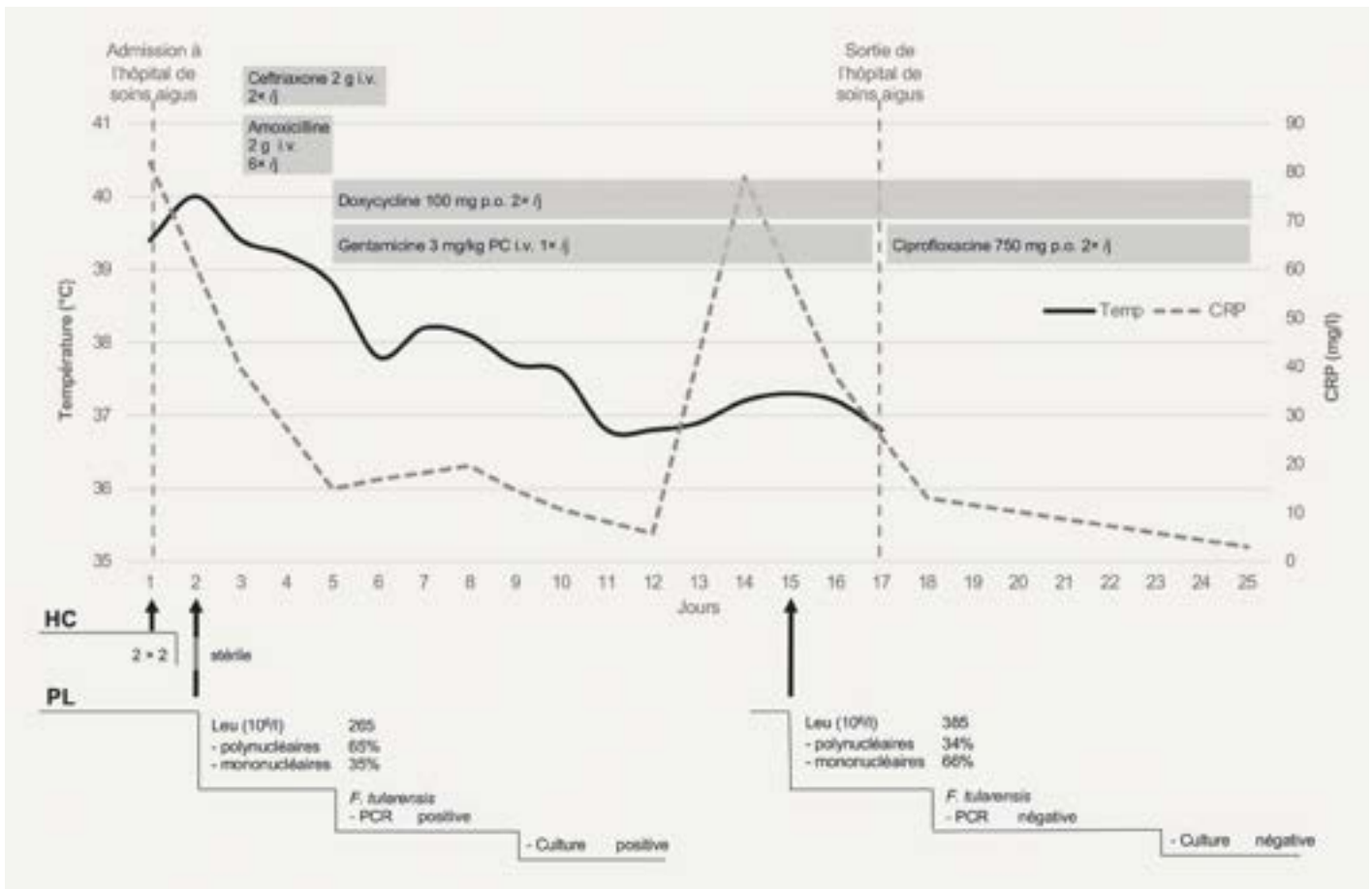


Figure 1: Évolution de la température et de la CRP en fonction de l'antibiothérapie.

HC: hémocultures; CRP: protéine C réactive; j: jour; i.v.: voie intraveineuse; kg PC: kilogramme de poids corporel; Leu: leucocytes; PL: ponction lombaire; p.o.: voie orale; PCR: réaction de polymérisation en chaîne; Temp.: température (tympanique).

## Traitement et évolution

Après identification de l'agent pathogène causal, l'antibiothérapie empirique a été modifiée pour passer à la doxycycline orale et à la gentamicine intraveineuse, et par la suite, la gentamicine a été remplacée par la ciprofloxacine orale (fig. 1). Initialement, l'état général a continué à se dégrader. Quatre jours après l'initiation du traitement spécifique, la patiente était pour la première fois afebrile. Elle restait désorientée dans le temps et dans l'espace, son langage était saccadé et ralenti, et sa démarche incertaine, de sorte qu'elle ne pouvait faire que quelques pas avec un déambulateur. Malgré l'élévation de la CRP dans l'intervalle, aucun signe clinique d'infection nosocomiale n'a été constaté. Le traitement n'a donc pas été adapté.

Pour contrôler le traitement, une nouvelle ponction lombaire a été effectuée douze jours plus tard, révélant une augmentation supplémentaire du nombre de cellules (385 cellules/ml, 34% de polynucléaires), mais la PCR et la culture pour *F. tularensis* étaient désormais négatives (fig. 1).

Lors du transfert dans une clinique de rééducation, la patiente était toujours tributaire d'un déambulateur. Elle présentait un manque de concentration et une surcharge sensorielle

rapide, de sorte que lire, écouter de la musique ou regarder la télévision entraînait un surmenage. De même, il y avait une amnésie rétrograde pour toute la durée du séjour à l'hôpital de soins aigus.

L'antibiothérapie a été poursuivie pendant 21 jours. Les symptômes se sont progressivement améliorés. Six semaines après la première présentation, la patiente a finalement pu quitter la clinique de rééducation et rentrer chez elle. Tous les symptômes avaient complètement régressé. Le mari a dit avoir retrouvé sa partenaire telle qu'il la connaissait.

## Discussion

La tularémie est une zoonose à déclaration obligatoire dont le nombre de cas et l'étendue géographique ont considérablement augmenté en Suisse ces dernières années [1, 2]. L'incidence des cas déclarés en Suisse à l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) n'a cessé d'augmenter au cours des dix dernières années (depuis 2013), passant de 0,34 à 1,37 cas pour 100 000 personnes, avec un maximum de 2,73 cas pour 100 000 personnes (2021) et à chaque fois une recrudescence saisonnière de mai à octobre [3]. La propagation au sein du

réservoir de la faune sauvage – en particulier dans la population des léporidés (lièvres) et des petits rongeurs (souris, écureuils, etc.) – pourrait contribuer à l'augmentation de l'incidence des cas humains dans toute l'Europe [4, 5]. On distingue quatre sous-espèces, parmi lesquelles *F. tularensis* ssp. *holarctica* est présente dans tout l'hémisphère nord et donc en Europe [4, 6]. *F. tularensis* ssp. *tularensis* est répandue en Amérique du Nord et est généralement décrite comme plus virulente que les autres sous-espèces [4]. *F. tularensis* est très infectieuse et il suffit de >10 agents pathogènes pour causer une infection (exception: infection gastro-intestinale). *F. tularensis* est résistante au froid et peut conserver son infectiosité pendant des mois, même dans un environnement gelé [4]. Les modes de transmission se reflètent dans les présentations cliniques typiques (tab. 1). La transmission des animaux du réservoir zoonotique à l'humain se fait via des vecteurs, en particulier les tiques (*Ixodes ricinus* et autres), le contact direct avec des animaux infectés (par ex. lors de la chasse) ou des aérosols (particules de poussière en suspension entre autres d'excréments animaux) [4–8]. La période d'incubation dépend de la quantité de pathogènes, du mode de contamination et

## Le cas particulier

Tableau 1: Manifestations, modes de transmission et options thérapeutiques de la tularémie

	Manifestations cliniques	Mode de transmission	Option thérapeutique	Fréquence <sup>#</sup>
<b>Ganglionnaire</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Lymphadénopathie locale/régionale, souvent fistulisée/abcédée</li> <li>– Fièvre, malaise</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Piqûre de tique / d'arthropode</li> <li>– Contact avec des animaux infectés ou des matières animales</li> </ul>		
<b>Ulcéro-ganglionnaire</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Esquarre/ulcération cutanée</li> <li>– Lymphadénopathie locale/régionale, souvent fistulisée/abcédée</li> <li>– Fièvre, malaise</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Piqûre de tique / d'arthropode</li> <li>– Contact avec des animaux infectés ou des matières animales</li> </ul>	Ciprofloxacine 2 × 500 mg/j p.o. pendant 10(–14) jours	68%
<b>Oculo-ganglionnaire</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Conjonctivite / ulcère conjonctival</li> <li>– Lymphadénopathie (pré-auriculaire, sous-mandibulaire ou cervicale), le plus souvent unilatérale</li> <li>– Fièvre, malaise</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Transmission par le toucher ou par l'air après contact avec des animaux infectés, des matières animales, de la poussière ou de l'eau contaminée</li> <li>– Inhalation d'aérosols</li> </ul>	ou  Doxycycline 2 × 100 mg/j p.o. pendant 14(–21) jours	
<b>Oropharyngée et gastro-intestinale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Pharyngite</li> <li>– Stomatite</li> <li>– Amygdalite</li> <li>– Lymphadénite sous-mandibulaire, le plus souvent unilatérale</li> <li>– Diarrhée (éventuellement hémorragique)</li> <li>– Nausées</li> <li>– Fièvre, malaise</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Ingestion d'aliments ou d'eau contaminés</li> <li>– Inhalation d'aérosols</li> </ul>		5,4%
<b>Pulmonaire</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Pneumonie</li> <li>– Nodules ou masses pulmonaires</li> <li>– Pleurite</li> <li>– Lymphadénopathie hilare</li> <li>– Dyspnée, toux, douleurs thoraciques</li> <li>– Fièvre, malaise</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Inhalation d'aérosols de particules de poussière contaminées (entre autres d'excréments d'animaux)</li> <li>– Transmission hémotogène secondaire</li> </ul>		26,4%
<b>Typhoïde (généralisée, y compris méningo-encéphalite)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Fièvre élevée</li> <li>– Présentation septique sans foyer</li> <li>– Éventuellement avec symptômes gastro-intestinaux (douleurs abdominales, lymphadénopathie mésentérique)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Tous les modes de transmission possibles</li> </ul>	Ciprofloxacine 2 × 500 mg/d p.o. et* Gentamicine 3 × 1,5 mg/kg PC/j i.v. (ou 1 × 5 mg/kg PC/j i.v.) pendant 10–14 jours	3,7%

<sup>#</sup> Les données relatives à la fréquence des manifestations cliniques en pourcentage entre 2004 et 2022 se basent sur un total de 1163 cas confirmés déclarés (Office fédéral de la santé publique [OFSP]). Les cas ganglionnaires, ulcéro-ganglionnaires et oculo-ganglionnaires sont regroupés («manifestations lymphatiques»). Les données ne se cumulent pas à 100% en raison de possibles doublons.

\* Un traitement d'association avec la gentamicine par voie parentérale pendant toute la durée du traitement n'est pas absolument nécessaire en cas de bonne réponse clinique au cours des 3–5 premiers jours. Alternativement à la ciprofloxacine, il est également possible d'opter pour la doxycycline, comme pour les formes moins sévères [2].

i.v.: voie intraveineuse; j: jour; kg PC: kilogramme de poids corporel; p.o.: voie orale.

de la virulence de la souche pathogène et varie de 1 à 14 jours, en général de 3–5 jours. Rarement, elle est de plusieurs semaines [6].

Nous rapportons le premier cas de méningo-encéphalite à *F. tularensis* en Suisse. La méningo-encéphalite à *F. tularensis* est très rare et semble être le plus souvent une complication secondaire d'une forme initialement ulcéro-ganglionnaire ou typhoïde [9–12]. La plupart des cas sont décrits aux États-Unis et sont dus à la forme plus virulente, *F. tularensis* ssp. *tularensis* [4, 10, 11]. Une méningo-encéphalite à *F. tularensis* ssp. *holarctica* chez une patiente immunocompétente comme dans notre cas est donc exceptionnelle.

Les premiers cas de méningo-encéphalites à *F. tularensis* ont déjà été décrits en 1931 [13]. Les symptômes typiques de la méningite (méningisme, signe de Kernig) sont généralement absents et, bien souvent, des signes cliniques spécifiques tels qu'une esquarre ou une lymphadénopathie font défaut [9–11], ce

qui complique et retarde éventuellement le diagnostic clinique. Comme dans le cas décrit, la méningo-encéphalite à *F. tularensis* se manifeste souvent par une fièvre élevée, une démarche incertaine et un trouble quantitatif de la conscience, sans déficit sensorimoteur [6, 11].

Le diagnostic de suspicion repose sur le tableau clinique et surtout sur une anamnèse d'exposition compatible. Dans le cas décrit, la patiente a le plus probablement été contaminée par une piqûre de tique non remarquée ou une exposition à de l'herbe ou du foin contaminé par des excréments d'animaux lors du travail occasionnel dans une ferme. La détection de *F. tularensis* se fait dans le LCR par PCR et culture [6, 9, 10]. Dans des cas isolés, en cas de présentation clinique et d'imagerie compatibles et après avoir exclu d'autres causes, il a été possible, en l'absence de PCR et après culture négative, de poser le diagnostic par détection intrathécale d'anticorps, ce qui ne

correspond toutefois pas à un standard diagnostique établi à ce jour [7, 14].

Les aminoglycosides, les fluoroquinolones, les tétracyclines et le chloramphénicol sont efficaces contre *F. tularensis* [4, 6, 12, 15]. Les céphalosporines, en tant que traitement empirique d'une méningite bactérienne non encore spécifiée, sont en revanche inefficaces [16]. Les considérations relatives à la biodisponibilité jouent un rôle important dans le traitement d'une méningo-encéphalite à *F. tularensis* [12]. Différents traitements antibiotiques sont décrits dans la littérature, un traitement par chloramphénicol associé à un aminoglycoside ou une tétracycline ayant le plus souvent été choisi [11]. Une monothérapie par aminoglycoside est associée à un risque accru de récurrence [10] et une monothérapie par tétracycline s'accompagne d'une réponse retardée [12]. Un traitement d'association semble donc judicieux, même si un premier rapport de cas a récemment fait état d'une réponse clinique à

une monothérapie par quinolone [17]. Dans notre cas, nous avons opté pour un traitement initial associant un aminoglycoside et une tétracycline. La durée totale du traitement a été de trois semaines, l'aminoglycoside ayant été remplacé par une quinolone après dix jours en raison de sa bonne biodisponibilité.

Le traitement d'une forme sévère de tularémie – méningo-encéphalite comme dans notre cas, mais aussi forme typhoïde ou pulmonaire – n'est pas définitivement établi. En particulier, la nécessité d'un traitement d'association en cas d'infection moins virulente à *F. tularensis* ssp. *holarctica* doit être discutée. La streptomycine et, alternativement, la gentamycine se sont établies par le passé comme des options thérapeutiques fiables, mais présentent l'inconvénient de devoir être administrées par voie parentérale, même si la gentamycine peut être administrée seulement une fois par jour [18, 19]. Des rapports d'expérience suggèrent qu'en cas de bonne réponse, le traitement associant un aminoglycoside et la doxycycline ou la ciprofloxacine par voie orale peut être arrêté après quelques jours (3–5 jours) et que la ciprofloxacine seule peut être administrée pour la durée restante du traitement (tab. 1) [2]. Pour toutes les formes de tularémie, la ciprofloxacine (ou la lévofloxacine) semble supé-

rieure à la doxycycline en termes d'efficacité clinique, même pour les infections systémiques [20–24]. Toutefois, l'initiation tardive (>14 jours après le début des symptômes) d'un traitement adéquat, par exemple en raison d'un retard de diagnostic, est associée à un taux de guérison moindre [24]. Compte tenu des biovars de *F. tularensis* ssp. *holarctica* circulant en Suisse, nous privilégions la ciprofloxacine et, alternativement, la doxycycline comme traitement de première ligne, conformément aux recommandations européennes (tab. 1) [25, 26].

### Correspondance

Dr. med. Matthias Hoffmann  
Infektiologie / Spitalhygiene  
Kantonsspital Olten  
Baslerstrasse 150  
CH-4600 Olten  
matthias.hoffmann[at]spital.so.ch

### Ethics Statement

Un consentement éclairé écrit est disponible pour la publication.

### Conflict of Interest Statement

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

### Références

- Office fédéral de la santé publique (OFSP). Tularémie: transmise par les tiques, une maladie rare qui se propage. OFSP-Bulletin. 2018;18:19–24.
- Rusterholz S, Fiechter R, Eriksson U, Altpeter E, Wittwer M, Schürch N, et al. Tularämie – eine seltene Ursache der Pneumonie. Swiss Med Forum. 2018;18(32):636–40.
- Office fédéral de la santé publique (OFSP). Chiffres Maladies infectieuses: Tularémie [Internet]. [consulté le 04.04.2023]. Disponible sur: <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/zahlen-und-statistiken/zahlen-zu-infektionskrankheiten.exturl.html>
- Carvalho CL, Lopes de Carvalho I, Zé-Zé L, Nuncio MS, Duarte EL. Tularaemia: a challenging zoonosis. Comp Immunol Microbiol Infect Dis. 2014;37(2):85–96.
- Hestvik G, Warns-Petit E, Smith LA, Fox NJ, Uhlhorn H, Artois M, et al. The status of tularaemia in Europe in a one-health context: a review. Epidemiol Infect. 2015;143(10):2137–60.
- Maurin M, Gyuranecz M. Tularaemia: clinical aspects in Europe. Lancet Infect Dis. 2016;16(1):113–24.
- Frischknecht M, Meier A, Mani B, Joerg L, Kim OC, Boggian K, et al. Tularaemia: an experience of 13 cases including a rare myocarditis in a referral center in Eastern Switzerland (Central Europe) and a review of the literature. Infection. 2019;47(5):683–95.
- Wicki R, Sauter P, Mettler C, Natsch A, Enzler T, Pusterla N, et al. Swiss Army Survey in Switzerland to determine the prevalence of Francisella tularensis, members of the Ehrlichia phagocytophila genogroup, Borrelia burgdorferi sensu lato, and tick-borne encephalitis virus in ticks. Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 2000;19(6):427–32.
- Contentin L, Soret J, Zamfir O, Gontier O, Lherm T, Hamrouni M, et al. Francisella tularensis meningitis. Med Mal Infect. 2011;41(10):556–8.
- Hofinger DM, Cardona L, Mertz GJ, Davis LE. Tularaemic meningitis in the United States. Arch Neurol. 2009;66(4):523–7.
- Venkatesan S, Johnston C, Mehrizi MZ. A rare case of tularaemic meningitis in the United States from aerosolized Francisella tularensis. J Am Coll Emerg Physicians Open. 2020;1(3):238–41.

- Hutton JP, Everett ED. Response of tularaemic meningitis to antimicrobial therapy. South Med J. 1985;78(2):189–90.
- Glass, GBJ. Tularaemic meningism and serous meningitis; a report of 28 cases observed during an epidemic of tularaemia transmitted by insects in settlements of deportation, Asino and Jaja, Siberia, USSR. Med Clin North Am. 1948;32:769–78.
- Barbaz M, Piau C, Tadie JM, Pelloux I, Kayal S, Tattevin P, et al. Rhombencephalitis caused by Francisella tularensis. J Clin Microbiol. 2013;51(10):3454–5.
- Caspar Y, Maurin M. Francisella tularensis Susceptibility to Antibiotics: A Comprehensive Review of the Data Obtained In vitro and in Animal Models. Front Cell Infect Microbiol. 2017;7:122.
- Cross JT, Jacobs RF. Tularaemia: treatment failures with outpatient use of ceftriaxone. Clin Infect Dis. 1993;17(6):976–80.
- Ducatez N, Melboucy S, Bentayeb H, Dayen C, Suguenot R, Lecuyer E, et al. A case of Francisella tularensis meningitis in a 64-year-old man treated with quinolones. Infect Dis Now. 2022;52(2):107–109.
- Enderlin G, Morales L, Jacobs RF, Cross JT. Streptomycin and alternative agents for the treatment of tularaemia: review of the literature. Clin Infect Dis. 1994;19(1):42–7.
- Dietrich T, Garcia K, Strain J, Ashurst J. Extended-Interval Gentamicin Dosing for Pulmonic Tularaemia. Case Rep Infect Dis. 2019;2019:9870510.
- Pérez-Castrillón JL, Bachiller-Luque P, Martín-Luquero M, Mena-Martín FJ, Herreros V. Tularaemia epidemic in northwestern Spain: clinical description and therapeutic response. Clin Infect Dis. 2001;33(4):573–6.
- Caspar Y, Hennebique A, Maurin M. Antibiotic susceptibility of Francisella tularensis subsp. holarctica strains isolated from tularaemia patients in France between 2006 and 2016. J Antimicrob Chemother. 2018;73(3):687–91.
- Weber IB, Turabelidze G, Patrick S, Griffith KS, Kugeler KJ, Mead PS. Clinical recognition and management of tularaemia in Missouri: a retrospective records review of 121 cases. Clin Infect Dis. 2012;55(10):1283–90.
- Limaye AP, Hooper CJ. Treatment of tularaemia with fluoroquinolones: two cases and review. Clin Infect Dis. 1999;29(4):922–4.
- Meric M, Willke A, Finke EJ, Grunow R, Sayan M, Erdogan S, Gedikoglu S. Evaluation of clinical, laboratory, and therapeutic features of 145 tularaemia cases: the role of quinolones in oropharyngeal tularaemia. APMIS. 2008;116(1):66–73.
- Origi FC, Frey J, Pilo P. Characterisation of a new group of Francisella tularensis subsp. holarctica in Switzerland with altered antimicrobial susceptibilities, 1996 to 2013. Euro Surveill. 2014;19(29):20858.
- Bossi P, Tegnelli A, Baka A, van Loock F, Werner A, Hendriks J, et al. Bichat guidelines for the clinical management of tularaemia and bioterrorism-related tularaemia. Euro Surveill. 2004;9(12):27–8.

## L'essentiel pour la pratique

- Les formes de tularémie les plus courantes en Suisse sont les formes (ulcéro-)ganglionnaires (typiquement après piqûre de tique) et, plus rarement, pulmonaires (après exposition à des aérosols).
- En raison de l'incidence croissante de la tularémie en Suisse, il faut aussi s'attendre à l'avenir à des formes plus rares de la maladie.
- La méningo-encéphalite à *Francisella (F.) tularensis* est une forme sévère rare. Une suspicion clinique élevée et précoce constitue la base d'un diagnostic et d'un traitement appropriés.
- En cas de fièvre, de troubles de la marche, de trouble quantitatif de la conscience et d'examen anormal du liquide céphalorachidien sans détection d'agents pathogènes courants, une méningo-encéphalite à *F. tularensis* doit être envisagée comme diagnostic différentiel, en particulier en cas d'anamnèse d'exposition compatible.
- Un traitement associant une tétracycline (doxycycline) et une fluoroquinolone (par ex. ciprofloxacine) ou un aminoglycoside (streptomycine ou gentamycine) est efficace en cas de méningo-encéphalite à *F. tularensis*.



**Martina Haueter, médecin diplômée**  
Klinik für Allgemeine Innere Medizin,  
Kantonsspital Olten, Olten

# Courrier à la rédaction

## **Chlamydien: Nomenklatur, Wirtsspezifität, Diagnostik**

Brief zu: Bombaci S, Ramseier A, Franzen D, Jungblut L, Frauenfelder T. Der unterschätzte Pneumonie-Erreger. *Swiss Med Forum*. 2023;23(47):1460–2.

Im informativen Fallbericht von Bombaci et al. zum unterschätzten Pneumonie-Erreger *Chlamydia (C.) psittaci* haben sich einige Unstimmigkeiten eingeschlichen. Wir möchten deshalb auf den grossen Wissenszuwachs bei den Vertretern der Familie der *Chlamydiaceae* und auf Anpassungen der Bakteriennomenklatur in den letzten 20 Jahren hinweisen. Ein anfangs 2023 erschienener Übersichtsartikel im *Swiss Medical Forum* [1] beschreibt das aktuelle Wissen über die vier Chlamydienpezies mit klar definiertem zoonotischen Potential: *C. psittaci* bei Vögeln und Pferden, *C. abortus* bei Schaf und Ziege, *C. caviae* beim Meerschweinchen und *C. felis* bei der Katze.

Wir stellen folgende Punkte richtig:

1. Es gibt kein Vorkommen von *C. psittaci* bei Rindern, Schweinen und Schafen. Die alte Nomenklatur *Chlamydia psittaci* serovar 1 des Erregers des Chlamydienaborts der kleinen Wiederkäuer ist nicht mehr gültig, der korrekte Name ist *Chlamydia abortus*. Es ist sehr wichtig, die beiden Pneumonie-Erreger *C. psittaci* und *C. abortus* und ihre Reservoirwirte zu kennen, wie kürzlich dargelegt [2]. Infektionen mit *C. abortus* können zudem bei schwangeren Frauen zu einer Fehlgeburt führen [3]. Der Erreger mit unklarem zoonotischen Potential beim Schwein heisst *Chlamydia suis*.
2. Die Diagnose von *C. psittaci* beim Menschen wird hauptsächlich mittels PCR (Polymerase-Kettenreaktion) gestellt. Die im Artikel erwähnte fragliche Sensitivität und Spezifität des PCR-Nachweises ist nicht korrekt. Vielmehr muss beachtet werden, ob *C. psittaci*, *C. abortus* und *C. caviae* überhaupt im humanmedizinischen Testpanel detektiert werden und ob Chlamydienpezies-spezifische PCR-Methoden zur Anwendung kommen [1]. Genotypisierung wird zumindest in der Veterinärmedizin regelmässig eingesetzt [2]. Die Interpretation der *C.-psittaci*-Serologie ist schwierig aufgrund von Kreuzreaktionen mit *C. pneumoniae* und *C. trachomatis*. Um im indirekten Mikroimmunfluoreszenz-Test die korrekte Diagnose zu stellen, hilft ein signifikant hoher Titer gegen einen der drei Erreger. Ansonsten

empfiehlt sich eine Serumverlaufskontrolle. Die aufwändige Kultur wird in der Routinediagnostik nicht eingesetzt. In der Veterinärmedizin gibt es genaue Richtlinien zur Diagnostik von Tierseuchen von der «World Animal Health Organisation» (WOAH) mit Auflistung der empfohlenen Tests [4].

Die empfohlenen Hygienemassnahmen bei der Entfernung von leeren Taubennestern können wir nur unterstützen. In der Stadt Zürich waren in einer 2019 veröffentlichten Studie 27,5% der Stadtauben (*Columba livia forma domestica*) in und um Zürich positiv für *C. psittaci* [5].

Die Unterzeichnenden dieses Leserbriefs sind Ärzte, Tierärztinnen und Mikrobiologen aus der Human- und Veterinärmedizin und wir betonen die Notwendigkeit, sich bei der Chlamydiose bezüglich Nomenklatur, Wirtsspezifität und Diagnostiktests auf die neuste Literatur und einen «One Health»-Ansatz zu stützen.

Dr. med. vet. Sarah Albini<sup>a</sup>, Dr. med. vet. Hanna Marti<sup>b</sup>, Prof. Dr. med. vet. Nicole Borel<sup>b</sup>, Dr. med. vet. Vladimira Hinic<sup>c</sup>, Dr. phil. nat. Frank Imkamp<sup>c</sup>, Dr. med. Benjamin Preiswerk<sup>d</sup>

<sup>a</sup> Abteilung für Geflügel- und Kaninchenkrankheiten, Vetsuisse-Fakultät, Universität Zürich

<sup>b</sup> Institut für Veterinärpathologie, Vetsuisse-Fakultät, Universität Zürich

<sup>c</sup> Institut für Medizinische Mikrobiologie, Universität Zürich

<sup>d</sup> Abteilung für Infektiologie, Spitalhygiene und Personalmedizin, Stadtspital Zürich Triemli

### Conflict of Interest Statement

Die Autorinnen und Autoren haben deklariert, keine potentiellen Interessenskonflikte zu haben.

### Literatur

- 1 Albini S, Imkamp F, Preiswerk B, Borel N. Chlamydien als Zoonoseerreger – eine unterschätzte Gefahr? *Swiss Med Forum*. 2023;(16):1012–5.
- 2 Imkamp F, Albini S, Karbach M, Kimmich N, Spinelli C, Herren S, et al. Zoonotic Chlamydiae as rare causes of severe pneumonia. *Swiss Med Wkly*. 2022;152:w30102.
- 3 Burgener A., Seth-Smith HMB, Kern-Baumann S, Durovic A, Blaich A, Menter T, et al. A case study of zoonotic *Chlamydia abortus* infection: diagnostic challenges from clinical and microbiological perspectives. *Open Forum Infect Dis*. 2022;9(10):ofac524.
- 4 World Organisation for Animal Health WOAHO [Internet]. Paris: Terrestrial Manual, Section 3.3 Aves, Chapter 3.3.1. Avian Chlamydiosis. Last updates adopted 2018 [accessed 2024 Apr 9]. Available from: <https://www.woah.org/en/disease/avian-chlamydiosis>
- 5 Mattmann P, Marti H, Borel N, Jelocnik M, Albini S, Vogler BR. Chlamydiaceae in wild, feral and domestic pigeons in Switzerland and insight into population dynamics by *Chlamydia psittaci* multilocus sequence typing. *PLoS ONE*. 2019;14(12):e0226088.

Die Autoren haben auf eine Replik verzichtet.

## Envoyer un courrier

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

<https://smf.manuscriptmanager.net/>

# OFFRES ET DEMANDES D'EMPLOI

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

## Insertionen

### Inseratenannahme

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

### Insertionspreise exkl. MWST

**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](http://www.saez.ch/stellenmarkt)

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

Dernier délai: 14 jours avant parution

## Immobilien | Immobilier | Immobili

In Psychiatrisch-Psychotherapeutischer Gruppenpraxis,  
Seefeldstrasse 108, Zürich, werden per 1. September 2024

**2 Zimmer (18 m<sup>2</sup> + 20 m<sup>2</sup>)**

frei. Interessentinnen / Interessenten melden sich bitte  
unter 079 605 43 66

196750-23

## WIR SUCHEN

# IHRE KOMPETENZ FÜR DIE GESUNDHEIT

196618-23

## KLINIKUM KLAGENFURT AM WÖRTHERSEE

- Ärztinnen und Ärzte für Ausbildungsstellen im Sonderfach Anästhesiologie und Intensivmedizin
- Fachärztinnen und Fachärzte für Anästhesiologie und Intensivmedizin
- Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinchirurgie und Viszeralchirurgie

## FÜR DAS LKH VILLACH

- Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinchirurgie und Viszeralchirurgie



### BEWERBEN SIE SICH JETZT ONLINE!

Nähere Informationen zu den aktuellen  
Stellenausschreibungen finden Sie unter  
[karriere.kabeg.at](http://karriere.kabeg.at)

## SCHAUT GUT AUS!

IHRE ZUKUNFT IN DEN  
KÄRNTNER LANDESKLINIKEN.

# KABEG

IHRE GESUNDHEIT  
UNSERE KOMPETENZ



BLUTSPENDE SRK SCHWEIZ

## SPENDE BLUT RETTE LEBEN

[blutspende.ch](http://blutspende.ch)

## Super Kräfte gesucht!

Du kannst etwas, was andere nicht können?  
Du machst den Unterschied aus?  
Dann gehörst du zu uns!

Wir suchen dich nach Vereinbarung als

### **Chefärztin / Chefarzt Pathologie** **80 - 100%** am Standort Chur

Das Institut für Pathologie des Kantonsspitals Graubünden stellt in der Südostschweiz die Versorgung mit Pathologie-Dienstleistungen sicher und führt histo-, zyto- und molekularpathologische Untersuchungen von Gewebeprobe aller Organsysteme durch. Zudem ist das Institut für Pathologie Teil der zertifizierten Zentren für Brustkrebs und Endometriose des Kantonsspitals Graubünden und als Weiterbildungsstätte Typ B für das Fachgebiet Pathologie durch das SIWF zertifiziert.

#### **Das sind deine Aufgaben**

- Du übernimmst die Leitung und strategische Weiterentwicklung des Instituts für Pathologie
- Du befasst dich im Rahmen der selbständigen Tätigkeit als Fachärztin/-arzt mit einem vielseitigen diagnostischen Spektrum
- Du pflegst eine konstruktive und vertrauensvolle Zusammenarbeit mit den internen und externen Partnern
- Du vertrittst das Fachgebiet im Innen- und Aussenverhältnis
- Du engagierst dich in der Aus-, Weiter- und Fortbildung

#### **Das bringst du mit**

- Eidgenössischer Facharztstitel für Pathologie oder äquivalente Ausbildung
- Langjährige Berufserfahrung und breites fachliches Kompetenzspektrum
- Zusatzqualifikationen wie Schwerpunkttitel "Zytopathologie" wünschenswert
- Hohes Interesse zur weiteren fachlichen und organisatorischen Entwicklung des Instituts
- Integrative und kommunikative Persönlichkeit mit hoher Sozialkompetenz

#### **Kontakt**

Bei Fragen bin ich gerne für dich da:  
Dr. pharm. Susanne Guyer, Departementsleiterin Institute  
+41 81 256 65 20

Job-ID 914



Bei uns im Kantonsspital Graubünden arbeiten rund 3'000 Super Kräfte in mehr als 50 Berufen. **Und bald eine:r mehr!**

Wir freuen uns auf deine Online-Bewerbung bis 30. Juni 2024 unter [www.ksgr.ch/offene-stellen](http://www.ksgr.ch/offene-stellen).

## Super Kräfte gesucht!

Du kannst etwas, was andere nicht können?  
Du machst den Unterschied aus?  
Dann gehörst du zu uns!

Wir suchen dich nach Vereinbarung als

### **Leitende:r Ärztin / Arzt oder** **Oberärztin / Oberarzt Pathologie** **50 - 100%** am Standort Chur

Das Institut für Pathologie stellt in der Südostschweiz die Versorgung mit Pathologiedienstleistungen sicher und führt histo-, zyto- und molekularpathologische Untersuchungen von Gewebeprobe aller Organsysteme durch. Zudem ist das Institut für Pathologie Teil der zertifizierten Zentren für Brustkrebs und Endometriose des Kantonsspitals Graubünden und als Weiterbildungsstätte Typ B für das Fachgebiet Pathologie durch das SIWF zertifiziert. Blüht du zwischen Kryostatmikrotom und Lichtmikroskopen so richtig auf? Perfekt, dann gehörst du zu uns!

#### **Das sind deine Aufgaben**

- Du führst selbstständig Untersuchungen mit einem vielseitigen diagnostischen Spektrum durch
- Du engagierst dich in der Aus- und Weiterbildung
- Bei entsprechender Qualifizierung ist die Mitarbeit in der Zyto- und Molekularpathologie sehr wünschenswert

#### **Das bringst du mit**

- Eidgenössischer Facharztstitel für Pathologie oder eine äquivalente Ausbildung
- Erfahrung im gesamten Spektrum der Pathologie mit Durchführung von Obduktionen, Zuschnitt makroskopischer Präparate und Beurteilung histologischer Präparate inkl. intraoperativer Schnellschnittuntersuchungen
- Sehr gute Deutschkenntnisse in Wort und Schrift

#### **Kontakt**

Bei Fragen bin ich gerne für dich da:

Thomas Németh, Organisatorische und Administrative Leitung Pathologie a. i.  
+41 81 256 64 72

Job-ID 921



Bei uns im Kantonsspital Graubünden arbeiten rund 3'000 Super Kräfte in mehr als 50 Berufen. **Und bald eine:r mehr!**

Wir freuen uns auf deine Online-Bewerbung unter [www.ksgr.ch/offene-stellen](http://www.ksgr.ch/offene-stellen).





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.

Pour la **neuroréhabilitation** sur le site de Meyriez en lien avec la **neurologie aiguë / stroke unit** du site de Fribourg, nous recherchons

## 1 Médecin adjoint-e en neuroréhabilitation (d/f) (90-100%)

L'HFR Meyriez abrite le service de neuroréhabilitation et de rééducation musculo-squelettique. La neuroréhabilitation se compose d'une unité de lits de 26 lits où les personnes effectuent leur rééducation après la phase aiguë d'une maladie neurologique. La neuroréhabilitation est étroitement liée à la neurologie aiguë et à la Stroke Unit de l'HFR Fribourg (médecin-chef: PD Dr Andrea Humm). Le/la neurologue de la neuroréhabilitation est donc également intégré(e) à l'équipe de neurologie aiguë. Au moins 50% des pourcentages de postes doivent être consacrés à la neuroréhabilitation.

### Entrée en fonction

- à partir du 01.01.2025

### Vos tâches

- Supervision de l'équipe médicale de neuroréhabilitation du service des lits à Meyriez (deux OA et quatre AA)
- Mise en place d'une consultation de neurologie générale à Meyriez
- Participation au colloque pluridisciplinaire Stroke Unit à Fribourg
- Prise en charge de services de piquet en neurologie aiguë, y compris Stroke Unit à l'HFR-Fribourg
- Services d'arrière-plan occasionnels pour la neuroréhabilitation
- Prise en charge de tâches stratégiques et supérieures dans le domaine de la neuroréhabilitation
- L'activité dans la recherche clinique est soutenue

### Nous offrons

- Une hiérarchie plate avec des relations ouvertes et simples au sein d'une équipe collégiale, dynamique et motivée
- ISFM accrédité en neuroréhabilitation (D1) et en neurologie aiguë (C)
- Collaboration interdisciplinaire active avec tous les services de l'HFR, en particulier avec l'équipe de neurologie
- Large éventail de possibilités de formation continue et de perfectionnement professionnel et personnel
- Collaboration engagée dans un environnement hautement spécialisé et interdisciplinaire
- Travailler dans un environnement offrant une grande qualité de vie et de loisirs dans les environs de Fribourg et de Berne

### Votre profil

- Titre fédéral de spécialiste en neurologie ou titre équivalent reconnu à l'étranger avec formation postgraduée/continue et expérience professionnelle en réadaptation neurologique
- Des certificats de la SSNC ou des certificats de formation continue équivalents pour l'ENMG, l'EEG et/ou l'échographie cérébrovasculaire sont un avantage.
- Compétences de management, esprit d'équipe, fiabilité, résistance au stress
- Engagement actif et plaisir à former nos médecins-assistant(e)s
- Germanophone avec des connaissances de la langue française ou inversement une bonne connaissance de l'allemand étant importante

### Renseignements et candidature

- Dr Titus Bihl Lainsbury, médecin-chef de la réadaptation HFR Meyriez et PD Dre Andrea Humm, médecin-chef de la neurologie / Stroke Unit HFR Fribourg
- T: +41 26 306 19 25 (Dr Bihl), +41 26 306 22 35 (PD Dr Humm)

Retrouvez cette annonce sur notre site [www.h-fr.ch](http://www.h-fr.ch) sous la rubrique **emploi et postulez en ligne**.

HFR-M-242002

196545-23



197454-23

## OBERARZT/OBERÄRZTIN AN- ÄSTHESIE (M/W/D) | 70% - 80% ANÄSTHESIE | KANTONSSPITAL OLTEN PER 1. AUGUST 2024 ODER NACH VEREINBA- RUNG

Dem Departement Perioperative Medizin gehören die Bereiche Anästhesie, Intensivmedizin (inkl. IMC), die Schmerztherapie und die Notärzt:innen an.

### Ihre Aufgaben

- Patientenbehandlung gemäss den aktuellsten anästhesiologischen, intensiv- und notfallmedizinischen Standards im elektiven und Notfallbetrieb
- Supervision und Unterstützung von Assistenzärzt:innen, sowie von Studierenden in Anästhesiepflege NDS HF in Weiterbildungs- und fachtechnischen Fragen
- Übernahme von Ausbildungsaufgaben bei Unterassistent:innen
- Enge interprofessionelle Zusammenarbeit mit und Supervision von Expert:innen in Anästhesie- und Intensivpflege
- Ermöglichung eines reibungslosen Betriebsablaufes im Tages- und Notfallbetrieb

### Ihr Profil

- Facharzttitel FMH für Anästhesiologie (oder kurz vor dessen Erlangung) oder MEBEKO-anerkannter äquivalenter Facharzttitel
- Erfahrungen in Intensivmedizin und als Notarzt:in sind erwünscht aber nicht Bedingung
- Gute Deutschkenntnisse
- Patientenorientiertes Handeln; flexible, konsens- und teamfähige Persönlichkeit, sowie Handeln nach dem WZW-Prinzip
- Respektvoller und partnerschaftlicher Umgang mit Kolleg:innen aller Disziplinen und Professionen

### Ihre Vorteile

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

### Ihr Kontakt

Bei Fragen zur Stelle (Referenz 1837):  
Herr Dr. med. Reto Paganoni  
Chefarzt Departement Perioperative Medizin  
Tel: tel:+41623115715

### Ihre Bewerbung

[stellen.soh@spital.so.ch](mailto:stellen.soh@spital.so.ch) (mit Angabe der Referenznummer 1837)

Kantonsspital  
Olten

solothurner  
spitäler **so** **H**

# FMH SERVICES

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

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

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

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

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

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

Praxismarkt  
Marché des cabinets  
Mercato studi medici

**AG – Aarau renovierte Praxisräumlichkeiten 101 m<sup>2</sup> (ev. + 101 m<sup>2</sup>) mit 2 Parkplätzen** – Unmittelbar vor der Praxis. Rollstuhlgängig, Ärztehaus, nahe Hirslandenklinik. Miete CHF 2370.- inkl. NK. ab 1.12.2024 oder früher. E-Mail: [haueter.eyedoc@bluewin.ch](mailto:haueter.eyedoc@bluewin.ch).

**AG – Praxis Chirurgie mit Institutions Nr. zu verkaufen** – Chirurgie Praxis Kt. Solothurn mit Institutionsnummer, und auch Kt. ZH und AG. E-Mail: [sorm@gmx.ch](mailto:sorm@gmx.ch).

**BE – Cabinet de médecine de premier recours à Reconvilier, Jura bernois** – Emplacement: Route de Chaindon 7, 2732 Reconvilier / Personne de contact: M. Daniel Buchser, tél. 079 299 47 54 - e-mail: [d.buchser@reconvilier.ch](mailto:d.buchser@reconvilier.ch) (Président de la Fondation du Petit-Marais) Cabinet disposition et surface: 5.5 pièces (120 m<sup>2</sup>) / Salle dexamen: 15 m<sup>2</sup> / Salle de consultation 22 m<sup>2</sup> / Salle d'attente 14 m<sup>2</sup> / Locale « pharmacie » 7 m<sup>2</sup> / Radiologie de 15 m<sup>2</sup> (dont DEVEL 4 m<sup>2</sup>) / Accueil et WC 18 m<sup>2</sup> / Réception et secrétariat 26 m<sup>2</sup> (inclus labo). Situé au centre de village, proche de l'administration municipale, le cabinet est facile d'accès et dispose de places de parc en suffisance. La Commune de Reconvilier est située dans la Vallée de Tavannes et compte près de 2'400 habitants. Incluant

les Communes limitrophes de Saules et Loveresse, le nombre d'habitants avoisine les 3000. Le bassin de population dans un rayon de 6 kilomètres s'élève à près de 11'000 résidents et les citoyens de notre région sont habitués à une médecine de proximité. La Fondation du Petit-Marais a pour but l'exploitation de 12 appartements à loyers modérés pour personnes âgées ou handicapées du Jura bernois, bâtiment dans lequel est situé le cabinet à louer. La Fondation a un caractère d'utilité publique; elle ne poursuit donc aucun but lucratif. Elle est neutre tant sur le plan politique que confessionnel et est composée des Communes de Reconvilier, Saules, Loveresse et Saicourt (Canton de Berne, Grand Chasseral). Elle manifeste un important intérêt à soutenir l'implantation d'un médecin généraliste à Reconvilier.

**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 m<sup>2</sup>), 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](mailto:matthias_c_winkler@bluewin.ch), Tel. 079 754 99 47.

**BL – Übergabe Arztpraxis / Gemeinschaftspraxis** – in BL (Vorortgemeinde BS). Nach Absprache gut gepflegte Praxis günstig abzugeben. Gemeinschaftspraxis räumlich möglich (4-7 Zimmer). Sehr gute Bus-/Tramverbindung, mit Parkplätzen (+ für Personal Tiefgarage). Kontakt unter Chiffre I-43046.

**GR – Umfassende Medizin fernab Konkurrenz- und Leistungsdruck in der magischen Region Surselva** – An bester Lage in der verkehrstechnisch sehr gut erschlossenen Gemeinde Disentis zwischen Chur und Andermatt ist per Frühling 2025 eine etablierte Praxis für Allgemeine Innere ohne Goodwill zu übergeben. Die rollstuhlgängige Praxis (128 m<sup>2</sup>) mit lichtdurchfluteten Sprechzimmern befindet sich in einem topmodernen Gebäude. Der Notfalldienst wird tagsüber (ca. 2x pro Monat) bis 20 Uhr geleistet und in der Nacht behält man nur den Hintergrunddienst. Kontaktaufnahme bitte unter Ref. 241 1567: FMH Consulting Services AG, Frau Viera Rossi, E-Mail: [viera.rossi@fmhconsulting.ch](mailto:viera.rossi@fmhconsulting.ch), Tel. 041 244 60 60.

**LU – Nachmieter Praxisräume** – Praxis-Räumlichkeiten in der Stadt Luzern abzugeben per 01.09.2024 oder nach Vereinbarung. Beste Lage, sehr guter Zustand, 188

m<sup>2</sup>. 3 sehr helle Untersuchungs-/Behandlungsräume. WC + Dusche/WC. Kleine, voll ausgestattete Küche (Kühlschrank, Herd, Mikrowelle, Geschirrspüler). Waschmaschine und -trockner. Neu installierte Klimaanlage. Kein Röntgen. Ggf. mit Möblierung (v. a. USM). Kontaktnahme via E-Mail: [praxis-luzern@gmx.ch](mailto:praxis-luzern@gmx.ch).

**LU – Attraktives Ärztezentrum mit vollelektronischer Praxisadministration in der Nordagglomeration von Luzern** – Im Zentrum einer Vorortsgemeinde von Luzern ist per Mitte 2025 oder n. V. ein modernes Ärztezentrum (erweiterte Grundversorgung) mit Selbstdispensation zu übergeben. Die rollstuhlgängige Praxis (145 m<sup>2</sup> mit u.a. 4 SZ; zusätzlich Archivraum und Aufenthaltsraum) befindet sich in einem gepflegten Wohn- und Geschäftshaus mit Lift. Optimaler Standort, beste Erreichbarkeit mit dem ÖV oder Auto, grosszügiges Parkplatzangebot. Wir freuen uns auf Ihre Kontaktaufnahme unter Ref. 241 0741: FMH Consulting Services AG, Frau V. Rossi, E-Mail: [viera.rossi@fmhconsulting.ch](mailto:viera.rossi@fmhconsulting.ch), Tel. 041 244 60 60.

**SG – Therapieraum zu vermieten in erfolgreicher psychosomatischer/psychotherapeutischer Praxis** – Die Praxis für Hypnose, Schmerz- und Psychotherapie in Flawil wurde 2011 gegründet, ist erfolgreich und etabliert. Die Praxis besteht aus zwei ruhigen und hellen Therapieräumen und einem Sekretariat mit Empfang. Ich suche per sofort oder nach Vereinbarung ein/e Kollege/-in mit FMH Psychiatrie und Psychotherapie mit Freude am selbstständigen Arbeiten und wertschätzendem Austausch. Jede/r Therapeut/in ist unabhängig und führt eine Einzelpraxis. Die Mitbenutzung der Infrastruktur (Möblierung, IT, WLAN, Küche, WC...) ist inklusive; Empfang- bzw. Sekretariatsleistungen können nach eigenem Bedürfnis festgelegt werden. Faire und transparente Kostenrechnung ist garantiert. Ich freue mich auf Ihre Kontaktaufnahme unter E-Mail: [dr.reutschatzmann@hin.ch](mailto:dr.reutschatzmann@hin.ch). Telefonische Auskunft erteile ich gerne nach vorgängiger Absprache per E-Mail.

**TG – Gepflegte Praxis für Allgemeine Innere Medizin mit Selbstdispensation im Bezirk Weinfelden zu übergeben** – In einer grösseren Gemeinde zwischen St. Gallen und Weinfelden ist per Sommer 2025 oder n. V. eine etablierte Hausarztpraxis (125 m<sup>2</sup>) zu fairen Konditionen zu übergeben. Der Bodensee und die Städte St. Gallen oder Weinfelden sind nur 20 Minuten von der Praxis entfernt. Konstante Umsatzzahlen, sehr gut durchmischtes Patientengut, ein eingespieltes MPA-Team, bes-

tens geregelter Notfalldienst, Selbstdispensation, beliebte Wohnlagen inmitten einer ländlichen Idylle und doch in Stadtnähe sind nur einige Vorteile dieses Angebotes. Wir freuen uns auf Ihre Kontaktaufnahme unter Ref. 221 4816: FMH Consulting Services AG, Frau Viera Rossi, E-Mail: [viera.rossi@fmhconsulting.ch](mailto:viera.rossi@fmhconsulting.ch), Tel. 041 244 60 60.

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

**VS – Nachfolge in einer Praxis für Allgemeine Innere Medizin gesucht** – Für meine Praxis in Naters suche ich eine Nachfolge (m/w) zur Weiterbetreuung meiner Patienten. Die Praxis befindet sich an verkehrsgünstiger Lage, Bahnhof in 2 Minuten erreichbar. Sie ist modern eingerichtet mit elektronischer Krankengeschichte und modernstem Labor. Sie verfügt über ein eingespieltes Praxisteam und einen grossen Patientenstamm. Die Übernahmebedingungen sind fair. Die Region ist sehr schön mit vielen 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](mailto:monika.arnold@hin.ch), Tel. +41 79 370 44 84.

**ZG – Etablierte, gut positionierte Gruppenpraxis in Zug zu übergeben** – Die langjährig etablierte, modern eingerichtete und gut positionierte Gruppenpraxis (Grösse ca. 250 m<sup>2</sup>, 4 Kollegen) an zentraler Lage in Zug bietet ein breites Leistungsangebot (neben der Hausarztmedizin auch andere Spezialgebiete u.a. Schmerztherapie) an. Die Prozesse sind voll digitalisiert, das Ärzte- und Pflegeteam optimal eingespielt, der treue und vielfältige Patientenstamm wächst stetig. Selbstdispensation. Aufgrund der baldigen Pensionierung des ärztlichen Leiters wird ein ärztlicher Nachfolger (w/m) gesucht. Kontakt unter Chiffre I-42823.

**ZG – Psychiatrisch Psychotherapeutische Praxisgemeinschaft** – in Zug sucht eine/n Nachfolger/in für in Pension gehenden Psychiater. Die Raummiete inkl. Infrastruktur beträgt 750.-. Zeitpunkt nach Vereinbarung. Weitere Infos: Manfred Riedle, Tel. 076 369 98 77.

**ZH – Moderne Hausarzt-Gruppenpraxis in Zürich Seebach sucht Nachfolger/-innen - auf Wunsch Coaching inklusive** – Für eine langjährig bestehende Hausarztgruppenpraxis in Zürich-Seebach suchen wir per sofort oder nach Vereinbarung gut ausgebildete Hausärzte/-innen. Sie arbeiten Voll- oder Teilzeit, erhalten einen guten Monatslohn und tragen kein finanzielles Risiko. Sie arbeiten mit einem eingespielten, motivierten Team und können auf Wunsch einen pensionierten Hausarzt als Coach beiziehen. Die Praxis ist geräumig, hell, freundlich und modern ausgestattet: elektronische KG, Labor, EKG, Ergometrie, digitales Röntgen, Apotheke. Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung mit CV an E-Mail: [bewerbungen.aerztehaus-seebach@hin.ch](mailto:bewerbungen.aerztehaus-seebach@hin.ch).

**ZH – Nachfolge Augenarztpraxis** – Praxisnachfolge für gut eingeführte Augenarztpraxis mit elektronischer Patientenakte und ZSR-Direktverrechnung im Zentrum von Zürich gesucht. Kontakt unter Chiffre I-42868.

**ZH – Hausarztpraxis mit Selbstdispensation direkt am linken Zürichseeufer zu übergeben** – Zentral gelegene, helle, moderne allgemein-internistische Hausarztpraxis in attraktiver, steuergünstiger Gemeinde am linken Zürichsee (200 m<sup>2</sup>) mit Seesicht sucht 1-2 sympatische junge Nachfolger/-innen. Ideal für

Doppelpraxis oder Kombination Allgemeininternist/Spezialist. Geschäftshaus mit weiteren Ärzten. Gutes Potential. Wir freuen uns über Ihre schriftliche Bewerbung an Herrn Janick Merkofer unter der Referenznummer 2885 bei: Federer & Partners, Unternehmensberatung im Gesundheitswesen AG, Mitteldorfstrasse 3, CH-5605 Dottikon, [www.federer-partners.ch](http://www.federer-partners.ch), E-Mail: [janick.merkofer@federer-partners.ch](mailto:janick.merkofer@federer-partners.ch).

**ZH – Moderne Hausarztpraxis mit elektronischer Praxisadministration im Bezirk Hinwil zu übergeben** – Zentrumsnah in einer grösseren Gemeinde im Zürcher Oberland mit wunderschönem Bergpanorama und stetig wachsender Bevölkerung ist per Ende des Jahres 2024 eine Praxis für Allgemeine Innere Medizin (292 m<sup>2</sup>) an einen oder mehrere Nachfolger (m/w) zu übergeben. Bestens geregelter Notfalldienst (kein Nachtdienst), Selbstdispensation, optimale ÖV-Verbindung nach Zürich, Wet-zikon oder Rapperswil und kein zusätzlicher Investitionsbedarf. Wir freuen uns auf Ihre Kontaktaufnahme unter Ref. 241 0094: FMH Consulting Services AG, Frau Viera Rossi, E-Mail: [viera.rossi@fmhconsulting.ch](mailto:viera.rossi@fmhconsulting.ch), Tel. 041 244 60 60.

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

**BL – Praxispartnerschaft mit Übernahmeoption** – Bis in ca. 3 Jahren möchte ich in den 'Unruhestand' treten. Ich führe eine pädiatrische Praxis (mit 1 MPA) in einer direkt an Basel angrenzenden Gemeinde (mit Selbstdispensation; sehr gute Anbindung im ÖV). Gerne würde ich kürzer treten und eine Nachfolge einarbeiten. Vorsorge, Allgemeinpädiatrie (mit Labor) und Sonographie der Hüften gehören zum Alltag. Ziel wäre mein Pensum zu reduzieren während ein Partner sein Pensum aufbaut. Kontakt unter Chiffre I-43005.

Stellenofferten  
Offres d'emploi  
Offerte di posti

**AG – Facharzt/Fachärztin FMH für Kinder- und Jugendmedizin 50–100%** – Wir sind eine vielseitige Gruppenpraxis für Kinder- und Jugendmedizin in Wettlingen AG und suchen ab August 2024 oder nach Vereinbarung eine Kollegin/Kollegen zur Aufstockung unseres Fachärztenteams. Auch eine Subspezialität wäre willkommen. Die Praxis ist gut mit ÖV oder PW (Tiefgarage im Haus) erreichbar und bietet gute Einkaufsmöglichkeiten in nächster Nähe. Arbeitsbeginn und Anstellungsmodalitäten besprechen wir gerne in einem persönlichen Gespräch. Bewerbungen bitte an Frau Dr. med. Tanja Belzer, Bahnhofstrasse 88, 5430 Wettlingen oder per E-Mail an [tanja.belzer@hin.ch](mailto:tanja.belzer@hin.ch).

**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, ärzte-eigene 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 Lei-

ter Dr. med. Dominik Weber (E-Mail: [d.weber@hin.ch](mailto:d.weber@hin.ch) oder Tel. 062 822 00 50). Weitere Informationen finden Sie auch auf unserer Homepage [www.aerztezentrum-buchs.ch](http://www.aerztezentrum-buchs.ch).

**AG – Hausarztmedizin in Suhr** – Raus aus der Komfortzone – Einstieg in die Hausarztmedizin - Arbeit an der Basis. Du bist motiviert und einsatzbereit, liebst unseren Beruf, bist teamfähig und willst Dich immer weiter entwickeln? Wir bieten den Rahmen dafür. Werde Teil eines starken Teams! Praxispartnerschaft in der AG möglich. Melde Dich: E-Mail: [ivo.bugmann@hin.ch](mailto:ivo.bugmann@hin.ch); Tel. 062 852 20 30; [www.arzt-suhr.ch](http://www.arzt-suhr.ch); [www.medix.ch](http://www.medix.ch).

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

**BE – Fachärztin/Facharzt Allgemeine Innere Medizin 40–100%** – Wir sind eine moderne, innovative und gleichzeitig familiäre Hausarztpraxis in der schönen Gemeinde Worb. Worb ist optimal gelegen, nicht weit von der Stadt Bern entfernt, liegt das Dorf zudem am Rande des Emmentals. Als Praxis möchten wir gerne den entscheidenden Unterschied in der Region und auf der Welt machen. Der positive und unterstützende Umgang mit unseren Patienten/-innen und den Mitarbeitenden ist für uns zentral. Das vielseitige Angebot und eine anregende Arbeitsumgebung sind uns wichtig. Eine spannende und vielseitige Tätigkeit erwartet Sie. Zur Erweiterung unseres Teams suchen wir Sie als motivierte Fachärztin/motivierten Facharzt Innere Medizin. Was Sie mitbringen: Freude am Umgang mit Patienten/-innen und der medizinischen Tätigkeit, Fachärztin/Facharzt Allgemeine Innere Medizin, evidenzbasierte Behandlung von Patienten/-innen, selbständiges Arbeiten, optimalerweise Chirurgie-Erfahrung. Was Sie erwartet: Ein anregendes Umfeld und ein motiviertes Team, Unterstützung bei Fortbildungen, Möglichkeit zur längerfristigen Mitarbeit, faire leistungsbezogene Entlohnung. Sie möchten die Reise mit uns zusammen wagen? Perfekt! Dann melden Sie sich bei uns! Dr. med. Doris von Mural, Dr. med. Marc-Alain Portmann, Richigenstrasse 4, 3076 Worb, Tel. 031 839 25 03, E-Mail: [dr.portmann@mail.ch](mailto:dr.portmann@mail.ch), [www.hausarztpraxis-worb.ch](http://www.hausarztpraxis-worb.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](mailto:info@notfallklinik-eismann.ch).

**GE – Cherche ophtalmologue avec droit de pratique à Genève et numéro RCC genevois**

– Le cabinet 'Ophtalmologie Cornavin' cherche un ophtalmologue qui a un droit de pratique et un numéro RCC genevois, et qui désire s'installer ou faire quelques consultations à Genève en tant qu'indépendant. Le pourcentage de travail est négociable. Le cabinet est proche de la gare cornavin, a une ambiance de travail saine, et est très bien équipé: optométriste, orthoptiste, OCT de segment antérieur/postérieur, photo couleur du fond d'oeil, CV, topographie cornéenne, biométrie, microscopie spéculaire/pachymétrie, US A/B-Scan/UBM, laser YAG/SLT/Argon, Hess Weiss, lampe à fente portable pour les bébés/handicapés, casque pour le fond d'oeil. Si intéressé(e) veuillez écrire à l'adresse e-mail suivante: valeria\_kheir@live.com. Si pas de droit de pratique/num RCC à GE: merci de s'abstenir.

**GR – Im Zentrum von Davos 50–100% Fachärztin/ Facharzt Dermatologie und Venerologie**

– Möchten Sie Teil einer führenden Praxis für Dermatologie und Aesthetische Medizin sein? Dermis Hautklinik Zürich Bülach ist seit 2013 die Anlaufstelle im Grossraum Zürich für Dermatologie, Allergologie, Aesthetische Chirurgie sowie Aesthetische Medizin. Mit mehreren Jahren Erfahrung, Kompetenz und Leidenschaft für Aesthetik und Patientensicherheit, eröffneten wir im April 2023 unseren vierten Standort im Zentrum von Davos. Davos liegt inmitten der atemberaubenden Schweizer Alpen und bietet eine malerische und inspirierende Umgebung zum Arbeiten. Ebenfalls ist Davos für sein internationales Umfeld bekannt, da es Gastgeber des jährlichen Weltwirtschaftsforum ist (WEF). In Davos können Sie eine gute Work Life Balance erleben, da die Stadt eine gesunde Lebensweise fördert. Insgesamt bietet Davos als Arbeitsort für Dermatologen eine einzigartige Kombination aus natürlicher Schönheit, hochwertiger medizinischer Versorgung in einem internationalen Umfeld, die es zu einem attraktiven Arbeitsort machen. Wir bieten auf höchstem Niveau dermatologische Behandlungen, chirurgische Eingriffe sowie das gesamte Spektrum der ästhetischen Dermatologie und ästhetischen Medizin an. Dazu stehen uns die neuesten, innovativsten Geräte und Materialien zur Verfügung. Teamwork steht bei uns an oberster Stelle. Ihre Hauptaufgaben: • Selbständige ärztliche Tätigkeit als Fachärztin/Facharzt für Dermatologie & Venerologie • Medizinische Versorgung unserer Patientinnen • Beratung und Behandlung der Patienten im Bereich der ästhetischen Dermatologie. Ihr Profil: • Fachärztin/Facharzt für Dermatologie und Venerologie (FMH oder MEBEKO Anerkannt) • Mehrjährige ärztliche Tätigkeit in der ambulanten Versorgung • Verantwortungsbewusste, empathische und engagierte Persönlichkeit mit Interesse an teamorientierter und interdisziplinärer Zusammenarbeit • Hohe Sozialkompetenz, Teamfähigkeit, Flexibilität und Freude am selbständigen Arbeiten • Geübter Umgang mit digitalen Arbeitsmitteln. Ihr Gewinn: • Herzliche und Leidenschaftliche Arbeitsatmosphäre • Aktive Mitgestaltung der Praxis • Mitwirkung bei der Abdeckung unverzichtbarer medizinischer Leistungen • Höchste Wertschätzung sowie die Basis sich fachlich und persönlich weiterzubilden • Hohe Work Life Balance • Internationales wie einheimisches Patientengut • Sehr gute Verdienstmöglichkeiten • Und vieles mehr... Mehr über die Dermis Hautklinik und das Praxisteam erfahren Sie auf unserer Website. Fühlen Sie sich angesprochen? Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung per E-Mail an burch@dermis-hautklinik.ch.

**LU – Fachärztin/Facharzt Endokrinologie/Diabetologie**

– Für meine zentral in Luzern gelegene, frisch renovierte und gut laufende Praxis für Endokrinologie und Diabetologie suche ich Unterstützung. Es erwartet Sie eine abwechslungsreiche Tätigkeit mit einem breiten Spektrum an Patienten. Ich biete flexible Anstellungsbedingungen,

das Arbeitspensum sollte mindestens 40% betragen. Mehr Informationen zur Stelle erhalten Sie telefonisch (Tel. 041 410 73 71) oder per E-Mail (schwandenpraxis@hin.ch).

**LU – Facharzt Allgemeine Innere Medizin (m/w/d)**

**60–100% für unsere Gruppenpraxen in Luzern** – 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 Facharzt/-ärztin Titel Allgemeine Innere Medizin bzw. Prakt. Arzt/Ärztin. Mehr zu den Stellen erfahren Sie auf: [www.sanacare.ch/aerzte](http://www.sanacare.ch/aerzte). Oder rufen Sie uns an: Michèle Bouvard, Personalverantwortliche (Tel. +41 52 264 05 05, E-Mail: [personal@sanacare.ch](mailto:personal@sanacare.ch)).

**SG – Narkosearzt/-ärztin 50–80%**

– Privatklinik in der Ostschweiz sucht Narkosearzt/-ärztin 50–80%. Kontakt unter Chiffre I-43043.

**SG – Fach- oder Assistenzarzt/-ärztin 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 Facharzt/-ärztin Titel Allgemeine Innere Medizin oder Prakt. Arzt bzw. im 4. oder 5. Weiterbildungsjahr). Mehr zur Stelle erfahren Sie auf: [www.sanacare.ch/aerzte](http://www.sanacare.ch/aerzte). Oder rufen Sie uns an: Dr. med. Christiane Bieffer, Leitende Ärztin (Tel. +41 71 2240800, E-Mail: [christiane.bieffer@sanacare.ch](mailto:christiane.bieffer@sanacare.ch)) oder Laura Kopácsi, HR-Verantwortliche (Tel. +41 52 264 05 05, E-Mail: [personal@sanacare.ch](mailto:personal@sanacare.ch)).

**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](http://www.arzthaus.ch) finden Sie weitere Informationen. Wir erwarten Führungserfahrung, Teamarbeit und Freude im Beruf. Gerne beantwortet Martin Olsson Ihre Fragen unter Tel. 079 771 53 90. Wir freuen uns auf Ihre schriftliche Bewerbung an E-Mail: [stellensuche@arzthaus.ch](mailto:stellensuche@arzthaus.ch).

**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 Frühherbst 2024 im früheren Spital Wattwil eine Hausarzt-Gruppenpraxis eröffnen. Wir suchen Kolleginnen und Kollegen mit Pioniergeist und Gestaltungsvermögen. Schlägt Ihr Herz für eine vielfältige verantwortungsvolle Grundversorgung? Wir freuen uns auf Ihre Nachricht. Für Fragen und Bewerbungen E-Mail: [info@xundart.ch](mailto:info@xundart.ch).

**SO – Mitarbeit in orthopädischer und traumatologischer Praxis**

– Zentral in Solothurn in unmittelbarer Nähe zur Privatklinik Obach suche ich Unterstützung in meiner orthopädischen und traumatologischen Praxis. Gesucht wird Hilfe bei der Sprechstunde und Assistenz im OP. Es besteht die Möglichkeit einer Anstellung oder der Aufbau einer eigenen Selbstständigkeit. Operationen bei Belegarzt/-tätigkeit möglich. E-Mail: [alex.fischer@ortho-praxis-fischer.ch](mailto:alex.fischer@ortho-praxis-fischer.ch), Tel. 076 594 44 68.

**SO – Facharzt (m/f) Allgemeine Innere Medizin 80–100% für Hausarztgruppenpraxis in Solothurn**

– Für einen unseren 5 Fachärzte in einer langjährig-

gen, gut etablierten Gruppenpraxis (Ärzte-eigene AG) im Zentrum von Solothurn suchen wir nach Absprache eine/n Nachfolger/in: breiter Patientenstamm, voll digitalisiert (Labor, EKG, Ultraschall, Röntgen), eingespieltes erfahrenes Team, Notfalldienst in Spitalpraxis, hohe Lebensqualität. Sehr gute Anstellungsbedingungen, Wechsel zur Miteigentum erwünscht. Bewerbungen bitte an E-Mail: [gruppenpraxis.westbahnhof@hin.ch](mailto:gruppenpraxis.westbahnhof@hin.ch). Auskunft R. Schoenenberger, Tel. 077 487 30 23.

**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 Facharzt/-ärztin Titel Allgemeine Innere Medizin oder Prakt. Arzt/Ärztin). Mehr zur Stelle erfahren Sie auf: [www.sanacare.ch/aerzte](http://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](mailto:chantal.tromp@sanacare.ch)) oder Michèle Bouvard, Personalverantwortliche (Tel. +41 52 264 05 05, E-Mail: [personal@sanacare.ch](mailto:personal@sanacare.ch)).

**TG – Hausarzt/internistischer Konsiliararzt, Facharzt (a) für Allgemeine Innere Medizin 60–100%**

– Infolge der Pensionierung des aktuellen Stelleneinhabers 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 Konsiliararzt/-dienste in der Rehaklinik Zihlschlacht. Neben dem anerkannten Facharzt/-titel 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 – Arzt/Ärztin FMH AIM für schöne Arztpraxis an zentraler Lage gesucht**

– Hier bietet sich die Möglichkeit, in einer schönen, gut gelegenen Arztpraxis mit eingespieltem Team mit zu arbeiten. Sehr gute Bezahlung, 4- Tage Woche, 8 Wochen Ferien. Kontakt unter Chiffre I-43064.

**ZG – Facharzt/-ärztin Allgemeine Innere Medizin 60–100%**

– Wir suchen eine/n Facharzt/-ärztin Allgemeine Innere Medizin für unsere erfolgreiche Praxis am Bahnhof in Zug. Wir bieten ein breites Spektrum an Patienten, interdisziplinäre Zusammenarbeit mit anderen Fachärzten und eine vielseitige Infrastruktur. Unter [www.arzthaus.ch](http://www.arzthaus.ch) finden Sie weitere Informationen. Wir würden uns über Ihre schriftliche Bewerbung und ein Kennenlernen freuen. Senden Sie bitte Ihre vollständigen Unterlagen an Martin Olsson. E-Mail: [job@arzthaus.ch](mailto:job@arzthaus.ch). Tel. 079 771 53 90.

**ZH – Moderne Praxis sucht Fachkollegen/-innen**

– Erstklassige Praxis im Zentrum von Winterthur, zentral in Bahnhofsnähe. Neue, helle Räumlichkeiten, vor 1 J. eröffnet, ausgestattet mit Röntgen-Anlage, Labor, Ultraschall, ESWT, EMTT und Praxis-OP. Ich suche Kollegen/-in in den Disziplinen: Orthopädie, Handchirurgie, Plastische/ästhetische Chirurgie, Rheumatologie, Phlebologie, Dermatochirurgie. Entweder Anstellung oder im Rahmen eines Infrastrukturnutzungsvertrags. E-Mail: [winotho@hin.ch](mailto:winotho@hin.ch).

**ZH – Facharzt/-ärztin Allgemeine Innere Medizin**

– Permanence Marktplatz-Oerlikon ist eine etablierte ärztliche Institution mit verhältnismässig kurzer Präsenzzeit an äusserst zentraler Lage (Franklinturm Bahnhof Oerlikon, <https://franklinturm.ch>), die umfassende ärztliche Versorgung in Zürich-Nord bietet, einschliesslich dringender Behandlung und allgemeinmedizinischer Betreuung. Sie ist ausgestattet mit modernster Infrastruktur und arbeitet mit Spezialisten und Krankenhäusern für weiterführende Versorgung zusammen. Das Team wird durch Hausärzte ergänzt und deckt ein breites Spektrum akuter und hausärztlicher Beschwerden ab. [www.permanence-oerlikon.ch](http://www.permanence-oerlikon.ch). Zur Stärkung unseres eingespielten Teams suchen wir eine/n Fachärztin/-arzt für Allgemeine Innere Medizin. Unser Angebot: selbständige, spannende Tätigkeit, attraktive Honorierung, spezielle Vereinbarungen für Teilzeit möglich, Weiterbildungsanerkennung in FMH Allg. Innere Medizin gemäss Art. 43 WBO (1 Jahr). Ihr Profil: teamfähige Persönlichkeit mit fundiertem Fachwissen, Freude an der Arbeit mit modernen Hilfsmitteln. Ihre schriftliche Bewerbung mit Unterlagen senden Sie bitte an: Herrn Dr. K. Baki, Permanence Marktplatz Oerlikon, Querstrasse 15, 8050 Zürich, E-Mail: [kbaki@permanence-oerlikon.ch](mailto:kbaki@permanence-oerlikon.ch).

**ZH – FA Allgemeine Innere Medizin (m/w) 50-100%**

– Aufgrund einer bevorstehenden Pensionierung sind wir auf der Suche nach Verstärkung für unser Team. Wir sind eine kleine unabhängige Hausarztpraxis im Wohnquartier Friesenberg mit Fokus auf der langjährigen persönlichen Betreuung unserer Patienten. Wir bieten das gesamte Spektrum der Hausarztmedizin inklusive Sonographie, Kleinchirurgie sowie Röntgen an, es besteht Selbstdispensation. Fixe Arbeitszeiten Montag bis Freitag 08:00-17:00. Unserem gut eingespielten Team ist eine respektvolle und freundliche Zusammenarbeit sehr wichtig! Bewerbungen an Dr. med. univ. Charlotte Seer, E-Mail: [praxisfriesenberg@hin.ch](mailto:praxisfriesenberg@hin.ch).

**ZH – Fachärztin/Facharzt Gastroenterologie 40-100% zur Ergänzung unseres Teams des Bauchzentrum Rapperswil/Rüti**

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

**ZH – Facharzt Allgemeine Innere Medizin Mobile Heimarztpraxis Zürich**

– Medaxo – Menschlich nah. Mit über 180 Fachspezialisten vernetzt und versorgt die Medaxo Gruppe ihre Patientinnen und Patienten mit Leidenschaft in verschiedensten Arztpraxen, den mobilen Heimarztpraxen sowie der Klinik Hohmad. Wir suchen an unserem Standort der mobilen Heimarztpraxis am Stand-

ort Zürich/Aargau Verstärkung durch einen Facharzt / eine Fachärztin Allgemeine Innere Medizin oder praktische Ärztin / praktischer Arzt. 50-80 Stellenprozente. Stellenantritt ab sofort oder nach Vereinbarung. Bei Fragen steht Ihnen Frau Alba Fernandez COO Mobile Heimarzt Praxen gerne zur Verfügung: Tel. +41 56 521 24 00 oder E-Mail: [alba.fernandez@medaxo.ch](mailto:alba.fernandez@medaxo.ch).

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

**ZH – Facharzt/-ärztin Allgemeinmedizin** – Wir suchen einen Facharzt Allgemeinmedizin (m/w) für unsere erfolgreiche Praxis im Zentrum von Zürich. Wir bieten interdisziplinäre Zusammenarbeit und gute Anstellungsbedingungen. Unter [www.arzthaus.ch](http://www.arzthaus.ch) finden Sie weitere Informationen. Wir erwarten Teamarbeit und Freude im Beruf. Gerne beantwortet Martin Olsson Ihre Fragen unter Tel. 079 771 53 90. Wir freuen uns auf Ihre schriftliche Bewerbung an E-Mail: [job@arzthaus.ch](mailto:job@arzthaus.ch).

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

**ZH – 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](mailto:michael@geiges.ch), Tel. 078 661 00 44, [www.dermakloten.ch](http://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](http://www.sanacare.ch/aerzte). Oder rufen Sie uns an: Michèle Bouvard, Personalverantwortliche (Tel. +41 52 264 05 05, E-Mail: [personal@sanacare.ch](mailto:personal@sanacare.ch)).

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

Ihre vollständigen Unterlagen an Martin Olsson, Tel. 079 771 53 90, E-Mail: [job@arzthaus.ch](mailto:job@arzthaus.ch). Unter [www.arzthaus.ch](http://www.arzthaus.ch) finden Sie weitere Informationen.

**ZH – Facharzt/-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 Ärztin 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](http://www.medix-praxis-duebendorf.ch). Wir freuen uns auf Ihre Kontaktaufnahme per E-Mail oder Telefon. Dr. med. Margarete Schäublin, Leitende Ärztin, mediX Praxis Dübendorf, Tel. 044 802 10 00, E-Mail: [margarete.schaublin@medix.ch](mailto:margarete.schaublin@medix.ch).

**ZH – Ärztin/Arzt FMH Allgemeine und Innere Medizin, Praktischer Arzt**

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

**Assistentenstellen  
Postes d'assistants  
Posti per medici assistenti****ZH – Assistenzarzt/-ärztin Allgemeine Innere Medizin (alle) 60-80% für Gruppenpraxis in Zürich Stadelhofen**

– Die Hausarztmedizin fasziniert Sie? Holen Sie sich das praktische Rüstzeug für Ihre Karriere mit einer Praxisassistenz von Januar 2025 bis August 2025. 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 Zürich Stadelhofen Sie als Assistenzarzt/-ärztin im 4. oder 5. Weiterbildungsjahr. Mehr zur Stelle erfahren Sie auf: [www.sanacare.ch/aerzte](http://www.sanacare.ch/aerzte). Oder rufen Sie uns an: Dr. med. Karin Oberbörsch, Leitende Ärztin (Tel. +41 44 261 00 04, E-Mail: [karin.oberboersch@sanacare.ch](mailto:karin.oberboersch@sanacare.ch)) oder Laura Kopácsi, HR-Verantwortliche (Tel. +41 52 264 05 05, E-Mail: [personal@sanacare.ch](mailto:personal@sanacare.ch)).

# Retirer l'embolie

**Angiologie** Un nouveau système de cathéter pourrait remplacer l'anticoagulation comme traitement standard de l'embolie pulmonaire. Alors que des études comparatives sont encore en cours au niveau international, le dispositif FlowTrievers est déjà utilisé dans les hôpitaux suisses.

Simon Maurer

**R**ares sont les entreprises qui interrompent leurs études en vue de l'autorisation d'un nouveau procédé médical car leurs résultats sont trop bons. Pourtant, c'est exactement ce qu'il s'est passé dans le cas du dispositif FlowTrievers pour l'élimination d'une embolie pulmonaire [1]. En effet, comparée aux autres options thérapeutiques telles que l'anticoagulation seule ou la thrombolyse systémique, l'élimination d'embolies avec le FlowTrievers a obtenu de meilleurs résultats. Le taux de décès des patientes et patients traités avec un cathéter d'aspiration n'était que de 1,9%, pour 29,5% avec les thérapies classiques [2].

Il n'est donc pas étonnant que la procédure FlowTrievers ait rapidement suscité l'attention du monde entier et ait été utilisée dans de nombreux pays. Les embolies pulmonaires sont aujourd'hui la troisième cause de mortalité par maladie cardiovasculaire et restent difficiles à traiter [3-6]. L'anticoagulation utilisée immédiatement en cas d'urgence et la thrombolyse conforme aux directives peuvent provoquer de graves hémorragies dans l'organisme des patientes et patients ainsi traités.

## Plus rapide, plus efficace, plus doux

La nouvelle procédure consiste à introduire un fil par ultrasons dans l'artère fémorale commune, via l'aîne, du ventricule droit jusqu'aux artères pulmonaires. Il est suivi d'un cathéter de grand diamètre avancé jusqu'à l'embolie, relié à une seringue permettant d'aspirer directement l'embolie. En cas d'impossibilité car l'embolie est trop importante, un cathéter y est introduit de sorte à se déployer en forme de disques en trois endroits de l'artère et assure l'élimination de l'embolie lorsqu'il est retiré [7].

La thérapie mini-invasive dure entre 60 et 90 minutes et améliore l'état des patients quelques instants seulement après l'opération. «Nous constatons déjà une amélioration de l'hémodynamique dans le laboratoire de cathétérisme», explique le Dr méd. Thorsten Grumann, médecin adjoint en angiologie à l'Hôpital cantonal de Lucerne (LUKS), l'un des premiers en Suisse à utiliser le FlowTrievers. Le plus souvent, la fréquence cardiaque diminue sensiblement, la pression artérielle augmente tandis que la pression pulmonaire

diminue. «De manière générale, la probabilité de survie est ainsi nettement augmentée.»

La courte période de récupération postopératoire des patients le montre également. Ainsi, quelque 40% des personnes traitées avec ce procédé n'ont même pas besoin d'être surveillées en soins intensifs après l'intervention. Les autres personnes opérées restent en moyenne une journée et demie en unité de soins intensifs USI [8]. C'est pourquoi la procédure FlowTrievers et d'autres thérapies par cathéter similaires telles que la thrombolyse EKOS-Sonic locale et le cathéter d'aspiration Indigo Lightning sont aujourd'hui également soutenues par la Société Suisse d'Angiologie (SSA). «Des études randomisées avec des critères d'évaluation cliniques prouvent que cette thérapie par cathéter est meilleure que le standard of care avec l'anticoagulation seule utilisé jusqu'à présent», précise la SSA.

## Une grande expérience requise

La SSA préconise toutefois son utilisation uniquement dans les hôpitaux disposant d'un équipement adéquat et d'équipes interdisciplinaires formées à cet effet: «Dans les petits hôpitaux, le choix d'une telle procédure peut s'avérer trop complexe, car sa mise en œuvre dépend de plusieurs facteurs», indique la société scientifique. L'opération requiert une Pulmonary Embolism Response Team active pouvant intervenir en cas de complications inattendues. Cet avis est également partagé par Thorsten Grumann, qui va étudier scientifiquement la méthode à l'Hôpital cantonal de Lucerne dans le cadre de l'étude PEERLESS II en cours.

«Le patient souffrant d'une embolie pulmonaire pardonne peu d'erreurs», explique Thorsten Grumann. Bien que les différentes étapes de l'intervention paraissent simples, l'opération requiert une grande expérience. Le maniement du FlowTrievers et de son petit frère, le FlowSaver, qui nettoie le sang aspiré des thrombus pendant l'intervention est facile, tant qu'il n'y a pas de complications. «L'utilisation est plus compliquée en cas de thromboses des veines pelviennes ou de vena cava inferior atresia», précise l'angiologue Thorsten Grumann. Il n'est pas non plus utilisé pour les thromboses périphériques, souvent plus petites.



© LUKS

La procédure consiste à introduire un fil par ultrasons dans l'artère fémorale commune, du ventricule droit jusqu'aux artères pulmonaires.

### De nouvelles études sont nécessaires

Pour que la procédure soit utilisée à bon escient et avec succès, il faut aussi présélectionner très précisément les patientes et les patients. Au LUKS, où l'on traite chaque année entre 250 et 300 patients et patientes souffrant d'embolie pulmonaire, la méthode a été appliquée en 2023 chez 10% d'entre eux, des patients à risque moyen et élevé [9]. «C'est-à-dire lorsqu'il y avait des signes d'atteinte du ventricule droit. La présence d'une surcharge de pression dans le ventricule droit (VD), suivie d'un dysfonctionnement du VD, est d'une importance pronostique décisive», explique Thorsten Grumann. Le médecin rappelle que, selon les directives de l'ESC actuellement en vigueur, l'anticoagulation seule reste le premier traitement [10], même si de nouveaux documents de consensus mettent davantage l'accent sur les procédures de cathétérisme. Il estime que des critères supplémentaires sont nécessaires pour réglementer le recours à la procédure interventionnelle.

«Je pense que la procédure FlowTrieve va changer le statu quo du traitement des embolies artérielles pulmonaires et sétablr», résume l'angiologue Thorsten Grumann. Outre l'amélioration du résultat pour les patients, l'examen des preuves solides pour les procédures standard actuelles

montre que cela est nécessaire. Ainsi, l'approche de la thrombolyse repose, pour les patients atteints d'embolie artérielle pulmonaire à risques élevés, sur une seule étude RCT datant des années 1990 – la taille de l'échantillon était alors de  $n = 8$  [11].



### Références

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

# Une course contre la montre

**Numérisation** La numérisation se généralise dans de nombreux domaines, mais le secteur de la santé est à la traîne. Alors que les solutions numériques font gagner les banques et agences de voyage en efficacité, les services médicaux se battent contre un potentiel inexploité. Il est impératif de réaliser des économies de coûts et de temps grâce à la digitalisation, explique Jörg Goldhahn.

Jörg Goldhahn

**J**e peux lire la valeur de mon troisième pilier au centime près sur mon téléphone portable, acheter une voiture en quelques clics, suivre la production d'électricité de mon installation solaire à la minute près et échanger avec tout mon cercle d'amis. Mais pour un récent voyage, j'ai dû emporter mon carnet de vaccination, car je n'avais ces données nulle part sous forme électronique. Après le fiasco de la plateforme «mesvaccins.ch», la gestion des données médicales a encore perdu en crédibilité. Le papier reste du papier.

Il serait pourtant utile, et pas seulement à l'étranger, d'avoir accès à ses informations de santé en ligne, comme pour les données bancaires. Pourquoi les banques réalisent-elles cette transformation digitale complexe avec rigueur, alors que le système de santé peine à coordonner et à mettre

## Pourquoi les banques réussissent-elles la transformation numérique alors que la tâche semble insurmontable pour le système de santé?

en place cette tâche titanesque? Alors oui, bien sûr, les banques ont bien plus de moyens. Mais elles sont aussi davantage axées sur l'efficacité. Monsieur et Madame Tout-le-monde sont intégrés au processus de travail et font sagement leurs virements eux-mêmes, en ligne. En fait, cela permet des économies intégrées dans les bénéfices de la banque. Ou alors les coûts sont imputés aux clients, comme dans le cas des virements internationaux sous la pression de l'UE. Le secteur financier, comme nous le savons, est loin d'être le seul à fonctionner de cette manière. En raison de la forte pression sur les coûts, le tourisme a très vite réalisé que seule la voie digitale était porteuse d'avenir. Le client final profite de l'offre et du prix. Connaître en un clic la localisation précise de personnes en cas de crise, pour réagir le plus rapidement possible, est devenu une nécessité absolue.

Ces exemples illustrent parfaitement la différence fondamentale avec le secteur de la santé: actuellement, la digitalisation dans le secteur médical ne permet pas de réaliser des économies de temps ou d'argent, et encore moins de les redistribuer.

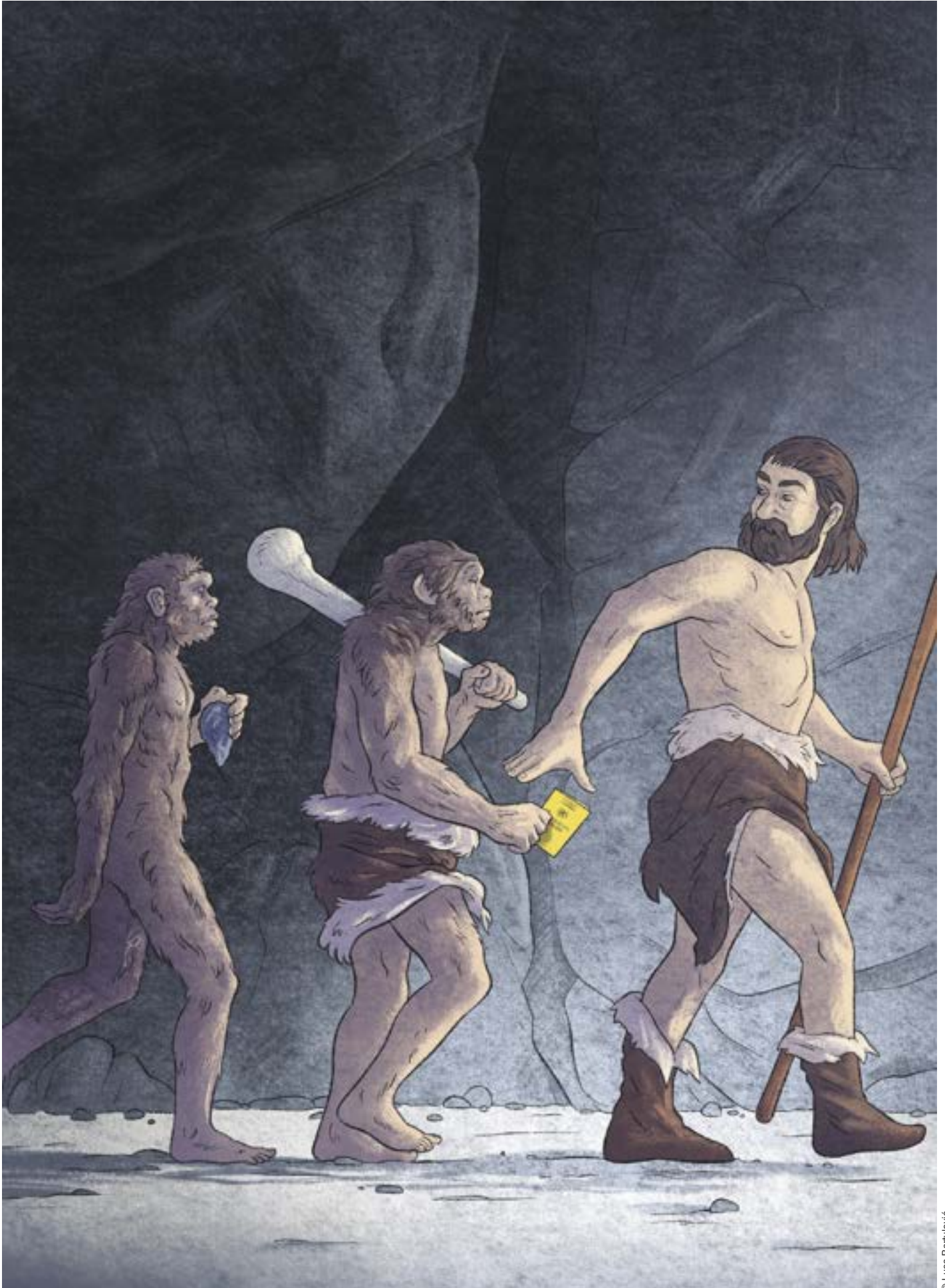
En effet, dans de nombreux domaines de la technologie digitale, la preuve de potentielles économies fait encore défaut. Pourtant, les effets pourraient être très variés: les outils numériques seraient utiles pour gagner du temps lors du diagnostic et de la thérapie ou pour améliorer les processus opérationnels à l'hôpital. Des économies peuvent être réalisées tant sur les coûts immédiats que sur les coûts indirects ou les doubles examens. De même, les gains d'efficacité possibles dans les ressources humaines sont nombreux. On peut espérer que chaque nouvelle solution digitale génère au moins une économie, qu'il conviendrait impérativement de redistribuer, en faveur des patientes et patients, de préférence!



**Prof. Dr. méd. Jörg Goldhahn**

Le directeur de l'Institut pour la médecine translationnelle de l'EPF de Zurich rédige cette chronique avec ses collaboratrices Theresa Rauschendorfer et Anja Finkel.





# La santé des aînées au prétoire



**Jean Martin**

Dr méd., ancien médecin cantonal (VD), ancien membre de la Commission nationale d'éthique

Un jugement du 9 avril 2024 de la Cour européenne des droits de l'homme (CEDH), à Strasbourg, statuant sur un recours des Aînées pour le climat (KlimaSeniorinnen) a fait grand bruit. Il a en effet conclu que la Suisse faisait du tort à ses citoyennes âgées en ne prenant pas des mesures suffisantes pour contrer le dérèglement climatique. D'abord, un mot sur les attaques selon lesquelles il s'agirait d'un exemple de l'action néfaste de «juges étrangers»: la Suisse fait partie intégrante du Conseil de l'Europe, dont la CEDH est une institution, il n'y a donc là rien d'étranger. On dit aussi que le judiciaire s'est indûment mêlé de politique. Erreur. Parmi les trois pouvoirs, aucun n'a vocation à passer avant les autres et le pouvoir judiciaire a pour devoir de faire respecter le cadre légal institué. Ce qu'il a fait.

Médecins et autres professions soignantes, nous sommes bien entendu concernés: la CEDH dit que des mesures suffisantes en matière de climat sont partie intégrante du respect de la vie et de la santé. Pour qui ouvre les yeux sur la gravité de la situation que nous vivons, cela est évident – alors que ce ne l'était pas il y a encore un demi-siècle (les menaces les plus sérieuses à la santé et à la vie étaient alors différentes). Les morbidité et mortalité liées au réchauffement sont aujourd'hui des faits scientifiques, un vrai problème de santé publique. Et oui, il est démontré que les femmes âgées souffrent de manière disproportionnée du dérèglement climatique; elles doivent donc être mieux protégées.

La question doit être appelée politique, pas au sens de la politique partisane de tous les jours, mais au sens général de *vie dans la cité* (la vie dans la *polis*). Presque drôle: ceux qui se scandalisent du jugement de la CEDH critiquent en général durement les désobéissants civils qui veulent nous sensibiliser par des moyens perturbant un moment la vie «normale». Or, par des menaces de ne pas accepter ce jugement, ils donnent eux-mêmes dans la désobéissance civile par rapport à des engagements formels de la Suisse.

Les critiques voient le droit à la santé qui apparaît dans les constitutions uniquement comme un «droit-liberté» (de la nature d'un principe théorique). Mais, devant les dangers globaux, il devient un «droit-créance» dont l'autorité doit assurer la réalisation, par des mesures véritablement adéquates. Ce qui met de mauvaise humeur une partie de l'éventail politique, qui ne veut pas considérer la magnitude des défis.

**Les femmes âgées souffrent de manière disproportionnée du dérèglement climatique; elles doivent donc être mieux protégées.**

Oui, les circonstances de notre vie en commun changent – de plus en plus vite. D'un côté, les milieux économiques s'émeuvent par exemple de plus en plus de la rareté des métaux rares, malgré l'extraction/exploitation tous azimuts des ressources, et ne voient de solutions que dans les technologies. Alors que, dans le même temps, l'intelligence artificielle (IA), fleuron majeur de cette technologie qui progresse si vite, suscite partout de vives craintes, y compris pour notre sécurité à plusieurs égards et pour le fonctionnement de nos démocraties. Là aussi, il convient en urgence de parler de droit fondamental à la vie et à la santé, ce qui inclut la sécurité.

Revenons-en à mon introduction: pour éviter de manquer sérieusement de discernement, éviter la myopie, il convient de voir d'un œil nouveau les apports qui peuvent être ceux d'une branche judiciaire lucide.

13.06.2024–15.06.2024

**25. interdisziplinäre Balinttage am Bodensee**

Balint-Arbeit in Klein- und Grossgruppen. Training der Wahrnehmung und des Verständnis des Beziehungsgeschehens im Berufsumfeld.

Schloss Wartegg, 9404 Rorschacherberg, Schweiz  
Kontakt: Dr.med. Maria Cerletti  
[maria.cerletti@hin.ch](mailto:maria.cerletti@hin.ch)

13.06.2024–15.06.2024

**Workshop Week Rhein/Ruhr 2024**

Wir haben nationale und internationale Experten eingeladen, die hautnah und durch Live-Demonstrationen wertvolles Wissen und endoskopische Fertigkeiten vermitteln werden.

Haus der Begegnung, Harffstraße 73,  
40591 Düsseldorf, Deutschland  
Kontakt: Lindita Spanca  
[lindita.spanca@wikonect.de](mailto:lindita.spanca@wikonect.de)

14.06.2024 | 09.15–18.30 Uhr

**Anders denken, handeln, sein – ADHS und die sechs Lebensdimensionen**

Im Zentrum der Fortbildung stehen die drei (Handlungs-)Felder: Psychoedukation (Aufklärung), Entwickeln von Copingstrategien und konstruktiv-kritische Auseinandersetzung mit Medikamenten.

IKP Zürich, Kanzleistrasse 17, 8004 Zürich, Schweiz  
Kontakt: Nicole Eisele  
[seminare@ikp-therapien.com](mailto:seminare@ikp-therapien.com)

14.06.2024–15.06.2024

**BGGF 2024**

Operative Gynäkologie  
Endokrinologie und Reproduktionsmedizin  
Geburtshilfe und Pränatalmedizin  
Onkologie  
Keynote Lectures  
Freie Vorträge  
Posterausstellung  
Junges Forum  
Kursprogramm

Bernlochner Säle, Ländtorplatz 2,  
84028 Landshut, Deutschland  
Kontakt: BGGF e.V.  
[sekretariat@bggf.de](mailto:sekretariat@bggf.de)

14.06.2024–15.06.2024

**CLI-Kongress**

Spannende Vorträge, Liveübertragungen aus OneView Zentren und Diskussionen mit nationalen und internationalen Experten zur Diagnostik und Therapie der akuten und chronischen Extremitätenischämie stehen wir wieder im Vordergrund des Kongresses

Kontakt: Wikonect GmbH  
[info@wikonect.de](mailto:info@wikonect.de)

15.06.2024–21.06.2024

**Spezielle Schmerztherapie (80UE)**

Der Schmerzkurs – E-Learning: 16h Online-Kurs + 64h Präsenzseminar «Spezielle Schmerztherapie» – anerkannte Weiterbildung nach dem Curriculum der Bundesärztekammer und den Anforderungen der DGSS.

Congress Centrum Sylt, Friedrichstraße,  
25980 Sylt, Deutschland  
Kontakt: MD Horizonte GmbH  
[info@md-horizonte.de](mailto:info@md-horizonte.de)

15.06.2024–19.06.2024

**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](mailto:info@md-horizonte.de)

15.06.2024–19.06.2024

**Palliativ Fallseminar – Modul 1 (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](mailto:info@md-horizonte.de)

15.06.2024 | 09.00–12.00 Uhr

**Kardio trifft Nephro – Kardio-logisch-nephrologischer Diskurs**

Kardio trifft Nephro – Kardio-logisch-nephrologischer Diskurs am 15. Juni 2024 – in der Nationalbibliothek Frankfurt und digital.

Nationalbibliothek Frankfurt, Adickesallee 1,  
60322 Frankfurt am Main, Deutschland  
Kontakt: wikonect GmbH  
[kardio-trifft@wikonect.de](mailto:kardio-trifft@wikonect.de)

21.06.2024 | 09.30–17.30 Uhr

**Interdisziplinäre Therapieansätze in Psychosomatik und (Psycho-)Onkologie**

Themenauswahl: Interprofessioneller Umgang mit psychosomatischen Störungen, Steigerung der Gesundheitskompetenz durch Multimodale Programme, Management interprofessioneller Zusammenarbeit, interdisziplinäre Ansätze der Schmerztherapie.

Hotel Belvédère, Stradun 330, 7550 Scuol Schweiz  
Kontakt: Jacqueline Oesch  
[jacqueline.oesch@cseb.ch](mailto:jacqueline.oesch@cseb.ch)

22.06.2024 | 09.30–17.30 Uhr

**Interdisziplinäre Therapieansätze in Psychosomatik und (Psycho-)Onkologie**

Themenauswahl: Herzfrequenzvariabilität (HRV) ein Marker für Therapieansatz und Prognose, Onko-Sexologie, männliche Patienten in der onkologischen Praxis, 40 Jahre Praxiserfahrung in der Misteltherapie.

Hotel Belvédère, Stradun 330, 7550 Scuol, Schweiz  
Kontakt: Jacqueline Oesch  
[jacqueline.oesch@cseb.ch](mailto:jacqueline.oesch@cseb.ch)

**Votre manifestation manque?**Entrez-la sur [events.emh.ch](https://events.emh.ch)**Votre manifestation doit se démarquer?****Nous serons ravis de vous aider.**[events@emh.ch](mailto:events@emh.ch)

# Carmenthin®

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



Admis aux caisses (LS)  
dès 12 ans

Douleurs?



Ballonnements?



Sensation de réplétion?



Capsule gastro-résistante<sup>1</sup>



Se dissout directement dans l'intestin<sup>1</sup>

La combinaison unique hautement dosée  
d'huile de menthe poivrée et de cumin.<sup>1</sup>

## Action dans l'intestin. Réduction ciblée des symptômes.

1,2,3,4,5

### Information professionnelle abrégée Carmenthin®

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

### Références

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

Toutes les références peuvent être demandées à Schwabe Pharma.



Schwabe  
Pharma AG  
From Nature. For Health.