

BULLETIN DES MÉDECINS SUISSES & SWISS MEDICAL FORUM

Numéro 26
26 juin 2024



14 Le mystère de la SLA
État des lieux avec le
neurologue Markus Weber

22 **Médecine de la longévité**
Comment les biomarqueurs
reflètent-ils le vieillissement?

28 **CIRS**
Le Comité central de
la FMH prend position

46 **Hypertension artérielle**
La valorisation des bêta-
bloquants remise en question



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

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

**Sans altération
de la sexualité¹** ✓

Prostaplant®-F

Sabal WS® 1473 · Urtica WS® 1031

Admis aux caisses¹

La solution convaincante au double mécanisme d'action²

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

Information professionnelle abrégée Prostaplant®-F

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

Références

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

Toutes les références peuvent être demandées à Schwabe Pharma.



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

Entre espoir et sécurité



Magdalena Mühlemann

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

Il y a dix ans, l'Ice Bucket Challenge a fait le buzz sur les réseaux sociaux durant tout l'été. Plus de 17 millions de personnes à travers le monde se sont versé un seau d'eau glacée sur la tête et ont ressenti pendant quelques secondes ce que vivent les personnes atteintes de sclérose latérale amyotrophique (SLA). J'ai appris à cette occasion que mon arrière-grand-père était lui aussi décédé de cette maladie. Aujourd'hui encore, les personnes diagnostiquées SLA sont condamnées. Mais il y a de l'espoir. Le neurologue Markus Weber, professeur à l'Université de Bâle et directeur du Centre musculaire/clinique SLA à l'Hôpital cantonal de Saint-Gall, mène des recherches intensives sur les biomarqueurs. Ils pourraient aider à poser un diagnostic sûr avant même l'apparition des symptômes. «Mon plus grand souhait serait une percée dans le ralentissement de la maladie», déclare-t-il dans l'interview accordée à Rahel Gutmann, en page 14. L'état de santé de l'une de ses patientes, âgée de 20 ans, a d'ores et déjà connu une amélioration définitive. Un fait inédit.

Cette semaine, la FMH fait le point sur les systèmes de déclaration d'incidents critiques et d'apprentissage (CIRS), destinés à améliorer la sécurité des patients. L'idée de base est bonne. Elle provient de l'industrie aéronautique et d'autres industries où la sécurité est primordiale. Les erreurs, les risques, les événements critiques et les presque incidents liés aux systèmes mis en

place au sein des organisations du secteur de la santé, signalés de manière anonyme ou du moins confidentielle, doivent être analysés et déboucher sur des mesures d'amélioration et de prévention. Jusqu'à présent, les espoirs ne se sont toutefois pas concrétisés. Les preuves d'une amélioration durable de la sécurité des patients font défaut. Un perfectionnement des CIRS s'avère donc nécessaire. La division Développement numérique, données et qualité de la FMH a établi les bases scientifiques sur ce thème (voir page 30), et le Comité central prend position à ce sujet en page 28.

Des nouvelles positives: voilà ce qu'annoncent Cornelia Staehelin et al. dans le Swiss Medical Forum, en page 48. L'année dernière, l'Agence européenne des médicaments EMA a autorisé le nouveau vaccin TAK003 pour la prévention de la dengue. En dehors des régions endémiques, la vaccination est recommandée pour les personnes ayant déjà contracté la maladie. Par ailleurs, l'autorité américaine des médicaments, la Food and Drug Administration, a autorisé le premier vaccin contre le chikungunya – le vaccin vivant atténué VLA1553 – en novembre 2023. Il a été soumis à l'EMA. Des données à long terme font toutefois encore défaut.

Annonce

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

Dormiplant®

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



Remboursé par les caisses maladie



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

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



Schwabe Pharma AG
From Nature. For Health.



Plutôt Ironwoman ou gameur ?

Nos compétences nutritionnelles
s'adaptent à tous les profils.



Découvrez des informations spécialisées sur les thèmes
de l'alimentation, du lait et de la santé sur:

swissmilk.ch/nutrition

swissmilk

Zoom sur



14

Le mystère de la SLA

Défi accepté Se verser un seau d'eau glacée sur la tête, rester figé un instant... Il y a dix ans, avec l'Ice Bucket Challenge, plus de 17 millions de personnes mobilisaient l'attention sur le sort des personnes souffrant de sclérose latérale amyotrophique (SLA), ou maladie de Charcot. Où en sommes-nous aujourd'hui? Entretien avec le neurologue Markus Weber.

Propos recueillis par Rahel Gutmann



22

L'horloge de la vie

Longévité Les biomarqueurs du vieillissement sont au cœur de la médecine de la longévité. Ils permettent de comprendre les mécanismes qui sous-tendent la sénescence, et de contrôler l'efficacité des traitements utilisés pour lutter contre. Dans le troisième volet de notre série thématique, nous présentons les avancées de la recherche dans ce domaine.

Adrian Ritter



80

Quand divergence rime avec chance

Carrière Depuis plusieurs années, la question de la relève est au cœur des débats. Il s'agit là d'un symptôme de la crise du système de santé, au même titre que la pression croissante sur les coûts, le manque de thérapies ou celui du personnel soignant. À cet égard, le leadership médical permet de mieux préparer les jeunes médecins à affronter l'avenir.

Christina Venzin

Annonce



ÉVÉNEMENTS

Swiss Health Web

Savoir où se passe quoi!

- Congrès
- Séminaires
- Formations continues et postgraduées

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

events.emh.ch



Sommaire

3	Éditorial de Magdalena Mühlemann Entre espoir et sécurité	40	FMH Actuel FMH, FMH Services und AD Swiss – gemeinsam an der IFAS
8	CONTENU ÉDITORIAL	42	Nouvelles du corps médical
8	Actualités	43	SWISS MEDICAL FORUM
8	À la page «Le Rojava ne dispose pas de système d'assurance-maladie»	44	Weekly Briefing de Lars C. Huber et Martin Krause
14	À la une Le mystère de la SLA	46	Actuel Bêtabloquants contre l'hypertension artérielle?
22	Article de fond L'horloge de la vie	48	Highlight Nouveautés au sujet des infections à transmission vectorielle
78	Portrait La reine de Clavadel	52	Quel est votre diagnostic? Une cause inhabituelle de rétention gastrique
80	Cabinet malin Quand divergence rime avec chance	56	Coup d'œil De ciel étoilé à caméléon dangereux
82	Le mot de la fin d'Urs Brügger La bonne mesure	70	POINT FORT: MÉDECINE INTERNE
25	FMH	70	L'orientation vers des spécialistes est déterminante
26	Analyse de la semaine du Comité central Conditions cadres des systèmes de santé en Suisse et en Europe	74	Intelligence artificielle en médecine interne – collègue ou concurrente?
28	FMH Actuel CIRS: un système pour améliorer la sécurité des patients	59	SERVICES
30	FMH Actuel Systèmes de déclaration d'incidents critiques et d'apprentissage	59	Offres et demandes d'emploi
		63	Petites annonces
		64	Séminaires et événements
		65	FMH Services

Impressum

Bulletin des médecins suisses

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

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

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

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

Swiss Medical Forum – Forum Médical Suisse

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Concept créatif: Agence Guido Von Deschwanden

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

Photos: toutes les photos sont mises à disposition, sauf indication contraire. Photo de couverture: © Reto Schlatter

Time for cherry picking.



Born in Bern –
De la région
et toujours de saison



Vous avez le choix: envisagez de passer des immunoglobulines intraveineuses (IgIV) à **Hizentra®**, l'alternative sous-cutanée.¹

Indépendance pour vos patient-e-s: auto-administration à domicile¹

Réduction de la charge de travail pour le personnel soignant à l'hôpital²

Prenez une décision éclairée

entre Privigen® (IgIV) et Hizentra® (IgSC) avec vos patient-e-s.¹⁻³



Hizentra® est autorisé en cas de déficit immunitaire primaire et secondaire* et de polyradiculonévrite inflammatoire démyélinisante chronique (PICD)**.

* Déficiences immunitaires secondaires (DIS) chez les patients présentant des infections graves ou récurrentes, un traitement antimicrobien inefficace et soit une hausse insuffisante prouvée des anticorps vaccinaux (PSAF) soit un taux d'IgG sérique <4 g/l. PSAF = proven specific antibody failure.

** Polyradiculonévrite inflammatoire démyélinisante chronique, comme traitement d'entretien après stabilisation par des immunoglobulines intraveineuse (IgIV).

Références: **1.** Information professionnelle Hizentra®, mise à jour en octobre 2022, publiée sur www.swissmedicinfo.ch **2.** von Achenbach C, Hevia Hernandez G, von Gunten S. The Choice between Intravenous and Subcutaneous Immuno- globulins: Aspects for Consideration. *Pharmacology* 2022;107:556-563. doi: 10.1159/000527655 **3.** Information professionnelle Privigen®, mise à jour en octobre 2020, publiée sur www.swissmedicinfo.ch. Des copies des références mentionnées peuvent être obtenues par les professionnels sur demande auprès de CSL Behring.

Abrége de l'information professionnelle Hizentra®. Immunoglobuline humaine normale injectable sous-cutanée (IgSC). **C:** *Immunglobulinum humanum normale* (≥ 98% IgG); flacon-ampoule perforable à 200 mg/ml solution injectable sous-cutanée (IgSC); catégorie de remise B. **I:** *Traitement de substitution chez l'adulte et l'enfant:* Déficiences immunitaires primaires (DIP) tels que: agammaglobulinémie et hypogammaglobulinémie congénitales, déficit immunitaire commun variable ou combiné sévère, et syndrome de Wiskott Aldrich, déficiences en sous-classes d'IgG avec infections récurrentes. Déficiences immunitaires secondaires (DIS) chez les patients souffrant d'infections sévères ou à répétition, réfractaires au traitement antimicrobien et présentant soit une incapacité démontrée à produire suffisamment d'anticorps anti-vaccin spécifiques (PSAF) soit un taux sérique d'IgG <4 g/l. *Traitement immunomodulateur:* Traitement des patients atteints de polyradiculonévrite inflammatoire démyélinisante chronique (PICD) comme traitement d'entretien après stabilisation par des immunoglobulines pour une administration IV (IgIV). **P:** *Traitement de substitution:* La dose peut être adaptée à chaque patient en fonction de la réponse pharmacocinétique et clinique et des taux résiduels d'IgG. La dose initiale est au moins 0,2 à 0,5 g/kg (1,0 à 2,5 ml/kg) de poids corporel. La dose mensuelle pour le maintien d'un taux d'IgG stable est de l'ordre de 0,4 à 0,8 g/kg (2,0 à 4,0 ml/kg) de poids corporel. *Traitement immunomodulateur:* Le traitement est instauré 1 semaine après la dernière perfusion d'IgIV. La dose sous-cutanée initiale recommandée est de 0,4 g/kg de poids corporel par semaine. Quand un patient est cliniquement stable, la dose hebdomadaire peut être réduite à un minimum de 0,2 g/kg de poids corporel. **CI:** hypersensibilité au principe actif ou à l'un des excipients. Hyperprolémie de type I ou II. Ne doit pas être administré par voie IV. **PR:** L'administration accidentelle par voie IV peut entraîner un état de choc. Le débit de perfusion recommandé doit être respecté. Certains effets indésirables peuvent survenir plus fréquemment chez les patients recevant l'IgG pour la première fois ou lors d'un changement d'immunoglobulines ou lorsque le traitement a été suspendu pendant plus de huit semaines. Des vraies réactions allergiques peuvent survenir rarement chez les patients présentant des anticorps anti-IgA. La prudence s'impose chez les patients présentant des facteurs de risque préexistants d'événements thrombotiques. Les patients doivent être suffisamment hydratés. Des cas de syndrome de méningite aseptique (SMA), de complications rénales et d'anémie hémolytique ont été rapportés chez des patients sous traitement par immunoglobulines. **IA:** Vaccins à virus vivants atténués: peut limiter, pour une période d'au moins 6 semaines et jusqu'à 3 mois, l'efficacité des vaccins à virus vivants atténués, comme les vaccins contre la rougeole, la rubéole, les oreillons et la varicelle. Après administration de ce médicament, un intervalle de 3 mois doit s'écouler avant une vaccination avec des vaccins constitués de virus vivants atténués. Dans le cas de la rougeole, cette diminution d'efficacité peut persister jusqu'à 1 an. **EI:** Très fréquent: nasopharyngite, céphalées, éruption cutanée, réactions au site de perfusion. Fréquent: vertiges, migraines, hypertension, toux, diarrhée, douleurs abdominales, nausées, vomissement, prurit, urticaire, dermatite de contact, douleurs musculo-squelettiques, arthralgie, fatigue, fièvre, douleurs thoraciques, maladie similaire à la grippe, douleurs. Occasionnel, rare, très rare: voir sous www.swissmedicinfo.ch. **Mise à jour de l'information:** 10/2022. Pour de plus amples informations sur le médicament du titulaire de l'autorisation CSL Behring AG, Wankdorfstrasse 10, 3014 Bern, veuillez consulter www.swissmedicinfo.ch.

Privigen®: Immunoglobuline humaine normale pour utilisation intraveineuse (IgIV); ≥ 98% IgG; flacon-ampoule perforable à 2,5 g; 5 g, 10 g, 20 g et 40 g. Catégorie de remise B. Pour de plus amples informations sur le médicament du titulaire de l'autorisation CSL Behring AG, Wankdorfstrasse 10, 3014 Bern veuillez consulter www.swissmedicinfo.ch (Mise à jour de l'information: 10/2020).



Dr Basrawi Ali au travail dans le centre diabétique de Kobané.

À la page

«Le Rojava ne dispose pas de système d'assurance-maladie»

Nord de la Syrie Le Dr méd. Basrawi Ali voyage entre l'Europe et la Syrie. À Kobané, dans la région du Rojava, il développe un réseau de soins ambulatoires pour l'association suisse Médecins pour Médecins grâce à des dons. Dans cet entretien, il évoque les défis qu'il doit relever et ce qui le motive.

Propos recueillis par Dominique Fischer

Comment se présente la situation sanitaire de la population locale à Kobané?

Après plusieurs années de guerre, une grande partie de la population est touchée par la pauvreté; environ 73% des hôpitaux ont été détruits et de nombreux médecins ont fui le pays. Le financement des frais de santé est un problème majeur. Le Rojava ne dispose pas de système d'assurance-ma-

ladie. De plus, il manque des fonds pour l'achat d'appareils médicaux. Il n'y a toutefois plus de pénurie de personnel de santé actuellement.

Quel est l'axe principal de votre travail?

Je suis orthopédiste et j'ai suivi une formation en traumatologie et en chirurgie de guerre. Quand je suis à Kobané, je

soigne les blessés de guerre. Mais l'essentiel de mon travail consiste à traiter les patientes et patients atteints de pied diabétique. En Allemagne, je coordonne les interventions à Kobané. Je transporte souvent moi-même les pansements et le matériel médical lorsque je vais en Syrie afin de m'assurer qu'ils arrivent à bon port. En outre, j'assume des fonctions de représentant.

Quels projets menez-vous à Kobané?

Actuellement, je dirige trois centres que nous avons mis en place depuis 2017. Il s'agit notamment d'un centre pour diabétiques, d'un cabinet médical et d'un petit laboratoire, qui sont gérés par plusieurs médecins et infirmiers. De plus, nous avons un chauffeur qui transporte les personnes à mobilité réduite d'un point A à un point B et une salle de séjour. De plus, nous disposons d'un abri sur place, car les attentats sont fréquents.

Pourquoi avez-vous décidé de vous réfugier en Occident?

Le début de la guerre en 2011 a été déterminant. À compter de ce moment, la situation s'est radicalement détériorée. Après la destruction de mon propre cabinet et de celui de ma femme, nous avons pris la décision de quitter la Syrie. Les conditions devenaient de plus en plus précaires et nous devions nous protéger, nous et nos enfants. Heureusement, le cabinet a pu être reconstruit grâce aux dons de Médecins pour Médecins.

Où trouvez-vous la force nécessaire pour continuer à travailler?

Je fais régulièrement des pauses et je vais voir ma famille en Allemagne. Cela signifie que je passe environ six mois par an à Kobané, avant j'y passais plus de temps. Grâce à la collaboration avec l'organisation Delta, l'association faitière de Médecins pour Médecins, je peux entrer et sortir du pays, malgré mon statut de réfugié. Le reste du temps, je le passe en Allemagne avec ma famille. Il est important pour moi d'aider les habitants de Kobané et de ne pas les laisser seuls, car je me sens très proche de mon pays et de ses habitants. La santé et des soins de santé adéquats sont un droit humain. Cela me tient particulièrement à cœur.

Que souhaitez-vous pour l'avenir?

Nous terminons actuellement la construction d'une autre clinique et sommes en train d'améliorer l'approvisionnement en électricité. À l'avenir, nous souhaitons passer à l'énergie solaire afin de devenir plus indépendants. Par ailleurs, j'espère pouvoir continuer à bénéficier d'une bonne collaboration avec Médecins pour Médecins. Je leur en suis très reconnaissant.

Médecins pour Médecins

Médecins pour Médecins s'engage pour que les personnes en situation de détresse médicale aient accès aux soins médicaux de base. L'association s'est développée fin 2019 à partir du projet M3 Nord de la Syrie, fondé en 2015 par l'organisation faitière Delta, dont le siège est à Berne.

Quoi de neuf?

Laurence Feldmeyer sera médecin-chef en dermatologie



Prof. Dr. med.
Dr. phil.
Laurence
Feldmeyer

Lucerne La Prof. Dr. med. Dr. phil. Laurence Feldmeyer sera la nouvelle médecin-chef au centre de dermatologie du LUKS à Lucerne à partir du 1^{er} janvier 2025. Elle succède au Prof. Dr. med. Christoph Brand. Laurence Feldmeyer est actuellement médecin adjointe en dermatologie et responsable de la dermatopathologie à l'Hôpital de l'Île à Berne. Elle dispose d'un excellent réseau national dans le domaine de la dermatologie et dirige un groupe de recherche, comme l'indique le LUKS. Laurence Feldmeyer a obtenu son diplôme d'État en médecine humaine à l'Université de Lausanne. Elle a ensuite suivi une formation de spécialiste en dermatologie à l'Hôpital de Moutier, à l'EPFZ et à l'Hôpital universitaire de Zurich. De 2012 à 2014, elle a travaillé comme cheffe de clinique au Centre hospitalier universitaire vaudois. De 2014 à 2015, elle a effectué un fellowship au département de pathologie du MD Andersen Cancer Center à Houston (États-Unis). Depuis 2015, elle est cheffe de clinique et, depuis 2020, médecin adjointe à l'Hôpital de l'Île à Berne. Compte tenu de son expertise clinique et de son palmarès académique, Laurence Feldmeyer est «parfaitement qualifiée» pour sa nouvelle fonction, explique le LUKS.

Nouveau médecin-chef en anesthésie



Dr. med. Reto
M. Basciani

Bienne Le Dr. med. Reto M. Basciani reprendra le poste de médecin-chef en anesthésie au Centre hospitalier Bienne à partir du 1^{er} juillet 2024. Le spécialiste en anesthésiologie succède au Dr. med. Sébastien Wüthrich. Reto M. Basciani a étudié la médecine humaine à Bâle. Après avoir obtenu son titre de spécialiste en anesthésiologie, il a approfondi ses connaissances à la clinique de traitement intensif pédiatrique et néonatalogique de l'Hôpital pédiatrique universitaire de Berne. À partir de 2007, Reto M. Basciani a travaillé à la clinique universitaire d'anesthésiologie et de traitement de la douleur de l'Hôpital de l'Île en tant que chef de clinique. En 2016, il a rejoint l'Hôpital cantonal d'Aarau en tant que médecin adjoint en anesthésie, responsable de l'anesthésie pédiatrique, et y a mené une intense activité de recherche et d'enseignement six années durant. Depuis janvier 2023, il a travaillé en tant qu'anesthésiste indépendant. Selon le Centre hospitalier de Bienne, le Dr. Basciani est «la personne idéale» au vu de ses vastes connaissances sur les procédés modernes d'anesthésie pédiatrique.

Au cœur de la science

Pister la stratégie d'un germe pulmonaire

Modèles d'organes Le Prof. Dr Urs Jenal et une équipe de scientifiques de l'Université de Bâle ont utilisé des mini-poumons humains pour étudier la stratégie du germe *Pseudomonas aeruginosa*. Ce germe utilise des cellules caliciformes pour franchir la ligne de défense des poumons. Grâce à des systèmes de sécrétion spéciaux, les germes pénètrent dans les cellules caliciformes, s'y multiplient et se propagent dans des couches tissulaires plus profondes, où les bactéries sont difficilement accessibles aux cellules de défense ou aux antibiotiques. L'équipe a développé un capteur afin de mesurer et de suivre les molécules de signalisation dans les bactéries. Cela permet de mieux comprendre la virulence de l'agent pathogène et d'étudier les infections pulmonaires de manière plus détaillée. Les poumons miniatures aident également à étudier l'effet des antibiotiques dans les tissus. Ces modèles d'organes sont essentiels pour le développement de nouvelles stratégies contre les agents pathogènes.

doi.org/10.1038/s41564-024-01718-6

Des os fluorescents

Génétique Une équipe de l'Université de Genève a identifié et localisé 2700 interrupteurs génétiques qui régulent les gènes responsables de la croissance osseuse. Guillaume Andrey et son équipe ont développé une technique expérimentale innovante, récompensée en 2023 par le Prix du Centre suisse de compétence 3R, qui permet d'obtenir des embryons de souris porteurs d'une configuration génétique précise à partir de cellules souches murines. «En l'occurrence, nos embryons de souris ont des os fluorescents, visibles par imagerie, nous permettant d'isoler les cellules qui nous intéressent et d'analyser les interrupteurs à l'œuvre au cours du développement osseux», explique Fabrice Darbellay, chercheur post-doctorant au laboratoire du professeur Andrey et premier auteur de ces travaux. Cette découverte met en lumière un des facteurs importants qui influencent la taille des individus adultes, mais aussi pourquoi leur défaillance pourrait être à l'origine de certaines malformations osseuses.

doi.org/10.1038/s41467-024-49203-2

Divers

L'odorat influence le développement



© Syda Productions / Dreamstime

Des déficits de l'odorat affectent le développement sensoriel et cognitif.

Nouveau-né La première semaine après la naissance est décisive pour le développement des organes sensoriels des souris, comme le montrent des chercheurs de l'Université de Zurich (UZH) (doi.org/10.1126/science.adn5611). Le développement de l'odorat et du toucher serait lié et se déroulerait dans un court laps de temps. Ces résultats pourraient également être pertinents pour le développement du cerveau humain, rapporte l'UZH.

L'équipe de recherche du professeur Theofanis Karayannis, codirecteur de l'Institut de recherche sur le cerveau de l'UZH, a pu montrer que la stimulation olfactive précoce influence l'évolution du sens du toucher chez la souris. Comparés aux animaux exposés aux odeurs, les animaux privés de stimulation olfactive

au cours de leur première semaine de vie ont ensuite obtenu de moins bons résultats lors d'une tâche tactile. «Un odorat insuffisant ou absent pendant la première semaine après la naissance a aussi un impact sur le traitement du toucher plus tard dans la vie», explique Theofanis Karayannis.

Des déficits de l'odorat pourraient également affecter le développement sensoriel et cognitif chez l'homme, expliquent les chercheurs de l'UZH. La prise en compte des stimuli olfactifs, notamment chez les prématurés en soins intensifs, pourrait avoir des effets positifs à long terme sur le développement.

Citation de la semaine

«La SLA est comme un puzzle de 1000 pièces. Nous en connaissons peut-être 700 à ce jour, mais nous ne savons pas les assembler.»

Prof. Dr méd. Markus Weber

Neurologue, il dirige la clinique SLA à l'Hôpital cantonal de Saint-Gall. En page 14, retrouvez l'entretien sur le mystère de la SLA.



© Reto Schätter

Personnalité de la semaine

Elle s'engage pour les enfants



Dre méd. Sibylle Tschumi

Responsable de la néphrologie pédiatrique, clinique pédiatrique de Berne

Pédiatrie Sibylle Tschumi est la première lauréate du Prix coup de cœur de pédiatrie suisse. La néphrologue pédiatrique a été honorée pour son engagement en faveur de la néphrologie pédiatrique à l'Hôpital pédiatrique universitaire de Zurich. La Dre méd. Tschumi a assumé pendant neuf mois la direction à Zurich, en plus de son activité de responsable de la néphrologie pédiatrique à la clinique pédiatrique universitaire de l'Hôpital de l'Île à Berne. Elle a également mis sur pied un service de remplacement avec des spécialistes en pédiatrie de Suisse alémanique. «Je souhaite que ce prix soit le symbole d'un rapprochement encore plus étroit entre les pédiatres en Suisse», déclare-t-elle.

Spécialiste en pédiatrie et en néphrologie pédiatrique, Sibylle Tschumi dirige depuis 2015 le service de néphrologie pédiatrique à Berne. Auparavant, elle a travaillé au Canada de 2012 à 2013. Lorsque trois départs de médecins cadres ont eu lieu l'année dernière à Zurich, elle a rapidement accepté de prendre le relais: «Mon propre parcours m'a motivée à donner un coup de main: lorsque je suis revenue à Berne après mon séjour à l'étranger, j'ai été pendant un certain temps la seule néphrologue pédiatrique à Berne.» Le manque de personnel qualifié en néphrologie pédiatrique

était très important et aucun collaborateur n'avait pu être recruté malgré des recherches intensives. «J'ai reçu beaucoup de soutien à l'époque et je me suis promis de toujours aider si un autre centre devait se trouver dans une situation similaire.»

Sans hésiter, Sibylle Tschumi est intervenue à Zurich à un taux d'occupation de 40%. «Dès le début, j'ai été convaincue par le concept de maintenir les soins sur le site de Zurich.» Pour cela, elle a non seulement aidé elle-même, mais a également organisé une équipe de médecins cadres composée de chefs de clinique de Bâle, Lucerne et Saint-Gall. «J'avais la vision que dans un petit pays comme la Suisse, une action et une réflexion inter-centres devaient fonctionner.» Grâce à cette collaboration, le goulot d'étranglement à Zurich a pu être surmonté jusqu'à l'arrivée d'un nouveau chef de service en mai 2024, le Prof. Dr méd. Wesley Hayes.

Pour son engagement, Sibylle Tschumi a été nommée par ses collaborateurs pour le Prix coup de cœur, doté de 5000 francs. Avec ce nouveau prix, pédiatrie suisse entend récompenser des personnes qui, avec engagement et dévouement, ont élaboré des solutions à des problèmes structurels, personnels, sociaux ou politiques urgents en pédiatrie.



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

Repéré



Mise en garde Les petits plans d'eau tels que fontaines, étangs ou bassins peuvent être fatals aux enfants en bas âge s'ils ne sont pas surveillés attentivement. Les personnes chargées de leur surveillance ne sont souvent pas conscientes des risques et des conséquences, mettent en garde pédiatrie suisse, la Société Suisse de Sauvetage, le Bureau de prévention des accidents ainsi que l'Hôpital pédiatrique universitaire des deux Bâle.

Diabète de type 2 – importance d’une approche holistique et d’un traitement précoce

CRANS-MONTANA Avec ses nombreuses complications potentiellement sévères et son incidence croissante, le diabète de type 2 (DT2) est devenu un enjeu de santé publique majeur qui implique une approche holistique incluant la prévention et la prise en charge de ses complications. Lors d’un symposium organisé par Eli Lilly (Suisse) SA dans le cadre du congrès Quadrimed, le Pr François R. Jornayvaz, médecin-chef, service d’endocrinologie, diabétologie, nutrition et éducation thérapeutique du patient, HUG, a fait le point sur certains fondamentaux dans la prise en charge du diabète de type 2 en termes de diagnostic, de traitement et de suivi des patient·e·s.

Recommandations internationales et nationales

Comme dans toute maladie, le dépistage à un stade précoce permet notamment de prévenir les complications. Le Pr Jornayvaz a rappelé les critères de diagnostic présenté par l’American Diabetes Association (ADA)¹ en soulignant que même en l’absence de facteur de risque, le dépistage devrait commencer désormais dès l’âge de 35 ans. Les recommandations de la Société Suisse d’Endocrinologie et de Diabétologie (SSED)², mises à jour en avril 2023, découlent des directives américaines. Elles présentent notamment les différents objectifs thérapeutiques d’un traitement antidiabétique. Le choix des cibles glycémiq-ues se fait sur une base individuelle en fonction de facteurs liés au/à la patient·e et à sa maladie. La cible d’HbA_{1c} est en général inférieure à 7 %, mais sera adaptée au profil du/ de la patient·e. Par ailleurs, les traitements actuels (par ex., les inhibiteurs du SGLT-2, agonistes des récepteurs du GLP-1, agoniste des récepteurs du GIP/GLP-1) permettent d’atteindre des niveaux d’HbA_{1c} très bas sans augmenter le risque d’hypoglycémie.

Les étapes du traitement du DT2²

Pour ce qui est du traitement, l’approche multifactorielle souligne l’importance des mesures liées aux changements du mode de vie (alimentation adaptée, exercice physique régulier). Ces mesures sont recommandées en première intention pour la prise en charge du prédiabète et du diabète de type 2. En l’absence de résultat après 3-6 mois, on passera au traitement pharmacologique, c’est-à-dire, comme le rappelle le Pr Jornayvaz, la met-

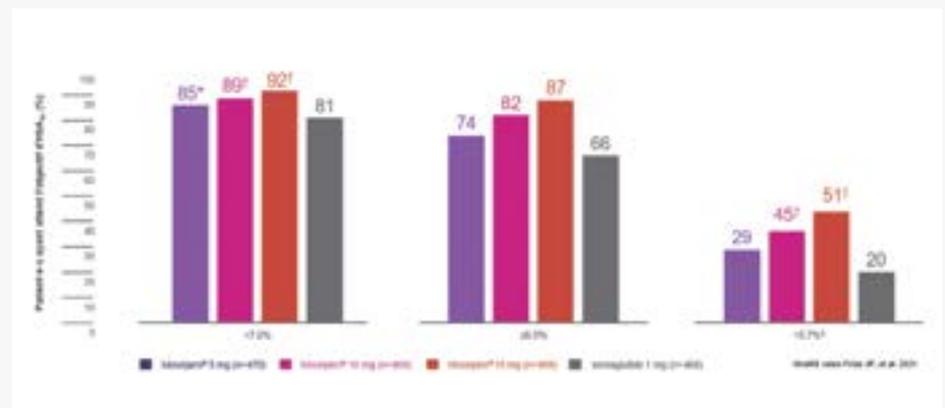


Figure 1: Mounjaro® a permis d’atteindre l’objectif d’HbA_{1c} de < 7 %, ≤ 6,5 % et < 5,7 %, respectivement, chez un pourcentage plus élevé de patient·e·s atteint·e·s de diabète de type 2 que le semaglutide.⁶

Analyse MMRM, population mITT (ensemble d’analyse d’efficacité). Les données sont des moyennes LS. Critère d’évaluation primaire: variation de l’HbA_{1c} à la semaine 40.
*P < 0,05 vs semaglutide 1 mg. †P < 0,001 vs semaglutide 1 mg ; ‡ Ces valeurs correspondent aux taux de glucose de personnes en bonne santé aux États-Unis et en Europe.

formine en 1^{ère} ligne thérapeutique en association à un agoniste des récepteurs du GLP-1 (AR-GLP-1) ou un inhibiteur du SGLT-2 (iSGLT-2), deux classes de médicaments favorables en termes de protection cardiovasculaire (CV) et rénale. Si cela ne suffit pas au contrôle du diabète, on passera à la triple combinaison metformine, iSGLT-2 et AR-GLP-1. Leur prescription est toutefois soumise à conditions pour obtenir une prise en charge par l’assurance maladie. Une autre alternative sont les inhibiteurs de la DPP-4. Ils ont peu d’effets indésirables mais n’apportent pas de bénéfice CV ou rénal et sont donc considérés comme un traitement de 3^{ème} ligne. De par leur mécanisme d’action, ils ne s’associent pas à un AR-GLP-1. Pour ce qui est de l’insulinothérapie, le Pr Jornayvaz en recom-

mande la prescription si c’est nécessaire mais recommande de favoriser les alternatives. En cas d’insuffisance insulinaire, on privilégiera les insulines basales.

Une prise en charge holistique

La prise en charge du DT2 n’est aujourd’hui plus uniquement glucocentrée. Elle englobe désormais une approche holistique prenant en compte les comorbidités telles que les maladies CV, rénales et la stéatose hépatique d’origine métabolique (MASLD). Cette approche thérapeutique élargie vise à prévenir et traiter les complications du diabète, tout en tenant compte des autres facteurs de risque cardiovasculaire et rénaux.²

Dans les études de sécurité cardiovasculaire, un effet de classe a été montré pour les

iSGLT-2 en termes de réduction des hospitalisations pour insuffisance cardiaque (IC), de protection rénale et d'événements cardiovasculaires majeurs (MACE) chez les patient·e·s avec un DT2. Un de leurs effets indésirables sont les infections mycosiques, répondant le plus souvent au traitement topique. Leur arrêt peut se justifier en cas d'infections récidivantes. Toutefois, la complication la plus redoutée sous iSGLT-2 est l'acidocétose euglycémique.³

En ce qui concerne les agonistes des récepteurs du GLP-1, les résultats les plus convaincants ont été obtenus avec le liraglutide, le dulaglutide et le semaglutide. On note toutefois des pénuries d'approvisionnement en ce qui concerne ces traitements. Une alternative existante est le semaglutide oral. Pour cette classe de traitement, les effets indésirables sont de nature gastro-intestinale.

Pour résumer, les critères de sélection de l'agent thérapeutique dans le DT2 se fait en fonction des complications, des comorbidités et des facteurs de risque.¹

Une classe à part⁴

En Suisse, il existe depuis juillet 2023 une autre option thérapeutique pour le traitement du diabète de type 2: le premier et unique agoniste des récepteurs du GIP/GLP-1.⁵

Cette classe thérapeutique est représentée par la molécule tirzepatide (Mounjaro®). Elle permet une réduction de l'HbA_{1c} pouvant atteindre 2.5 % et une réduction du poids[#] pouvant atteindre 12.4 kg après 40 semaines (voir encadré).⁶

La réduction de ces deux paramètres a de nombreux bénéfices en ce qui concerne les complications du DT2. Ces résultats s'inscrivent dans un contexte où, selon des extrapolations épidémiologiques de l'étude UKPDS 35⁷, abaisser de 1 % le taux d'HbA_{1c} a réduit de 21 % les décès liés au diabète, de 37 % les complications microvasculaire (p. ex. maladie rénale chronique, cécité), de 14 % les infarctus du myocarde, de 43 % les amputations ou évolutions létales d'une artériopathie périphérique oblitérante et de 12 % les AVC.

Par ailleurs, une baisse de 5 à 10 % du poids corporel améliore la condition physique et les facteurs de risque de maladies CV et réduit le taux d'HbA_{1c} et le recours aux antidiabétiques, aux antihypertenseurs et aux hypolipémiants.⁸ De plus, selon l'étude DIRECT⁹, une rémission du DT2 a été observée chez 86 % des participants ayant réduit de 15 kg ou plus leur poids corporel.

Pour le Pr Jornayvaz, la prévention et le traitement du surpoids doivent par conséquent être au centre de l'attention dans la prise en charge du diabète.

Informations complémentaires

Mounjaro® est indiqué chez les adultes pour le traitement du diabète de type 2 insuffisamment contrôlé. La variation du poids corporel était un critère d'évaluation secondaire dans les études cliniques.

ADA = American Association of Diabetes ; EASD = European Association for the study of diabetes ; GIP = Glucose-dependent insulintropic polypeptide, polypeptide insulino-trope dépendant du glucose ; GLP-1 = glucagon-like peptide-1. iSGLT-2 = inhibiteurs du cotransporteur sodium-glucose de type 2.

Première publication Medical Tribune / Tribune Médicale 2024 – Numéro 11/24, 15.03.24

**Avec le soutien de Eli Lilly (Suisse) SA,
Ch. des Coquelicots 16, CP 580, 1214 Vernier (GE).**

Information professionnelle abrégée

L'information professionnelle abrégée Mounjaro® se trouve à la page 35.

Références

- 1 American Diabetes Association Professional Practice Committee. Summary of Revisions: Standards of Care in Diabetes 2024. *Diabetes Care*. 2024; 47 (Suppl1): S5-S10.
- 2 Gastaldi G et al. Swiss recommendations of the Society for Endocrinology and Diabetes (SGED/SSED) for the treatment of type 2 diabetes mellitus. *Swiss medical weekly*. 2023;153: 40060.

3 Sciotto L et al. Inhibiteurs du SGLT2 : que des bénéfices ? *Rev Med Suisse*. 2021;7(741):1072-77.

4 Del Prato S et al. Tirzepatide versus Insulin Glargine in type 2 diabetes and increased cardiovascular risk (SURPASS-4): a randomised, open-label, parallel-group, multicentre, phase 3 trial. *Lancet*. 2021;398(10313):1811-24.

5 Information professionnelle Mounjaro®, www.swissmedicinfo.ch.

6 Frías JP et al. Tirzepatide versus semaglutide Once Weekly in Patients with Type 2 Diabetes. *N Engl J Med*. 2021;385(6):503-15.

7 Stratton IM et al. Association of glycaemia with macrovascular and microvascular complications of type 2 diabetes (UKPDS 35): prospective observational study. *BMJ*. 2000;321(7258):405-12.

8 Van Gaal et al. Weight management in type 2 diabetes: current and emerging approaches to treatment. *Diabetes Care*. 2015;38(6):1161-72.

9 Lean ME et al. Primary care-led weight management for remission of type 2 diabetes (DIRECT): an open-label, cluster-randomised trial. *Lancet*. 2018;391(10120):541-51.

10 Samms RJ et al. How may GIP enhance the therapeutic efficacy of GLP-1? *Trends Endocrinol Metab*. 2020;31:410-21.

Les professionnels de la santé peuvent demander les références auprès de l'entreprise en tout temps.

Mounjaro® (tirzepatide), une classe à part dans le DT2⁴

Mounjaro® (tirzepatide) est le premier et unique agoniste des récepteurs du GIP/GLP-1. Il s'agit d'une seule molécule capable d'activer les deux récepteurs GIP/GLP-1.⁵ L'intérêt de cette action agoniste unique réside dans le fait que l'activation du GIP et celle du GLP-1 ont des effets complémentaires. Au niveau du système nerveux central, les deux incrétilines augmentent la sensation de satiété par différentes voies de signalisation, ce qui conduit à un effet additif. De plus, le GIP exerce diverses influences sur le tissu adipeux, telles que l'augmentation du flux sanguin, l'amélioration de la sensibilité à l'insuline et la réduction de l'inflammation dans les tissus adipeux.¹⁰

Mounjaro® a été évalué dans le programme d'études SURPASS (études 1 à 6). L'étude SURPASS-2⁶ l'a comparé au semaglutide. Les réductions de l'HbA_{1c} et du poids étaient supérieures au semaglutide dès la dose de 5 mg. Mounjaro® s'est par ailleurs montré supérieur au semaglutide en termes de pourcentage de patient·e·s ayant atteint la valeur cible d'HbA_{1c}, et ce pour toutes les doses testées (5, 10 et 15 mg) et pour toutes les cibles testées d'HbA_{1c} (< 7.0 %, ≤ 6.5 % et < 5.7 %). Pour exemple, le pourcentage de patient·e·s ayant atteint une HbA_{1c} < 5.7 % (valeur de la normoglycémie), est de 51 % sous la dose maximale. Pouvoir atteindre des valeurs d'HbA_{1c} quasiment normales sans hypoglycémie devrait permettre de prévenir nombre de complications, notamment microvasculaires.

Mounjaro® se présente sous forme de stylo prêt à l'emploi avec aiguille cachée (similaire au stylo Trulicity®), qui s'utilise une fois par semaine. La dose initiale est de 2.5 mg/sem. Après 4 semaines, il est indiqué de passer à la dose de 5 mg/sem. pour au moins 4 semaines. En fonction de la réponse, la dose peut être ensuite augmentée par paliers de 2.5 mg (7.5 mg, 10 mg, 12.5 mg et 15 mg) après au moins quatre semaines à la dose en cours pour atteindre les objectifs thérapeutiques individuels.⁵

Le traitement est en général bien toléré. Les événements indésirables les plus fréquents avec Mounjaro® étaient des événements gastro-intestinaux, généralement légers à modérés. La plupart des cas de nausées, de vomissements et/ou de diarrhées sont survenus pendant l'augmentation de la dose et ont diminué avec le temps.⁵

Mounjaro® est disponible sur le marché suisse dans le traitement du diabète de type 2 depuis juillet 2023. Il n'est pas encore systématiquement remboursé par les assurances maladies.

Le mystère de la SLA

Défi accepté Se verser un seau d'eau glacée sur la tête, rester figé un instant... Il y a dix ans, avec l'Ice Bucket Challenge, plus de 17 millions de personnes mobilisaient l'attention sur le sort des personnes souffrant de sclérose latérale amyotrophique (SLA), ou maladie de Charcot. Où en sommes-nous aujourd'hui? Entretien avec le neurologue Markus Weber.

Propos recueillis par Rahel Gutmann

Markus Weber, il y a dix ans se déroulait l'Ice Bucket Challenge, qui a d'une part réuni des millions de participants, mais surtout collecté plus de cent millions au profit de la recherche sur la SLA. Le succès de cette action vous a-t-il surpris?

Le fait que le défi se propage des États-Unis à l'Europe m'a surpris. En Amérique du Nord, la SLA était déjà bien plus présente dans l'espace public que chez nous. Dès que la maladie touchait une personnalité, comme le joueur de baseball Lou Gehrig, les médias s'en faisaient l'écho.

«Ces quatre derniers mois ont été marqués par de gros revers en matière de développement de médicaments.»

Où sont allés les fonds recueillis?

Les millions collectés ont été redistribués à divers groupes de recherche – y compris en Europe. Cela a donné un formidable élan à la recherche fondamentale, notamment.

Pourriez-vous citer un exemple?

Je pense à la recherche génétique: par exemple au fait que nous soyons aujourd'hui capables de séquencer la totalité du génome humain – et à un coût abordable! Cela nous a considérablement aidés. Nous savons à présent qu'il y a des gènes de prédisposition à la SLA – des mutations génétiques, qui n'induisent pas toujours cette pathologie, mais qui augmentent le risque. Ils sont une cause des formes sporadiques de SLA. Or nous pensions auparavant que les gènes n'intervenaient que dans la variante héréditaire. Le progrès technique et les financements ont ici fait une grosse différence ces dix dernières années. A contrario, le défi du développement de médicaments n'a pas eu le succès escompté.

C'est-à-dire?

Ces quatre derniers mois ont malheureusement été marqués par de gros revers. Après vingt ans d'études négatives, un

médicament semblait enfin pouvoir freiner la maladie. Mais une autre étude avec la même substance a donné des résultats négatifs. Il en a été de même pour deux autres médicaments, qui semblaient efficaces dans les études de phase 1 et 2 respectivement, mais ont échoué en phase 3. Pour les personnes souffrant de SLA sporadique, cela signifie que nous nous retrouvons aujourd'hui au même point qu'en 1997, lors de la sortie du Rilutek en Suisse. S'y est depuis ajouté un seul nouveau médicament, pour une forme héréditaire précise. C'est frustrant. Pour les patients d'abord, mais aussi pour les chercheurs et l'ensemble de la communauté de la SLA.

Malgré tous ces revers, vous travaillez sans relâche sur la SLA depuis plus de 25 ans. Où trouvez-vous la motivation?

Chez les patientes et les patients. Ils sont infiniment reconnaissants et cela aide à garder la foi. Je dis toujours que ce n'est pas moi qui ai choisi la SLA, c'est elle qui m'a choisi. Et cela vaut pour l'ensemble de la communauté scientifique. Quand on commence à travailler dans ce domaine, on ne le quitte plus.

«Pour la SLA sporadique, nous nous retrouvons au même point qu'en 1997. C'est frustrant.»

Au centre musculaire de Saint-Gall, vous traitez quelque 250 malades, mais vous menez aussi vos propres recherches. Sur quoi travaillez-vous actuellement?

Avec l'Université de Munich, nous avons par exemple un projet de recherche de biomarqueurs de la SLA dans le liquide lacrymal. Nous avons déjà pu étudier en détail un autre biomarqueur: nous avons mis au point une méthode de mesure du nombre de motoneurones d'une personne. La SLA étant due à la mort progressive des motoneurones, ce biomarqueur permet, dans les études cliniques, de comparer l'efficacité de nouveaux médicaments par rapport au placebo. Nous développons en outre, conjointement avec l'ETH, un nouveau



Le Prof. Dr méd. Markus Weber dirige depuis 2006 le Centre musculaire/ clinique SLA à l'Hôpital cantonal de Saint-Gall, centre de référence suisse pour la sclérose latérale amyotrophique. Professeur de neurologie à l'Université de Bâle et coprésident du groupe de direction scientifique sur la SLA et la démence frontotemporale de l'Académie européenne de neurologie (EAN), il est aussi membre du comité exécutif d'ENCALS (European Network for the Cure of ALS).

procédé pour comprendre les effets de la SLA dans le cerveau et la moelle épinière. Nous participons aussi à une étude de l'Université de Bâle sur les démences.

Pourquoi les démences?

Certains signes indiquent que les sujets atteints de SLA ont des difficultés à identifier l'expression émotionnelle de leur vis-à-vis, comme c'est le cas des personnes atteintes de démence. Cela n'est pas très surprenant: la SLA fait partie des maladies neurodégénératives, tout comme les maladies de Parkinson et d'Alzheimer. Ces pathologies touchent certes différentes zones cérébrales, mais ont la même origine. La recherche sur la SLA présente ainsi également un intérêt particulier pour l'industrie pharmaceutique: la progression souvent rapide de cette affection permet d'obtenir des résultats d'étude en quelques mois, contre plusieurs années pour d'autres maladies. S'ils mettaient en lumière un mécanisme applicable aux maladies d'Alzheimer ou de Parkinson, ce serait une mine d'or.

Quelles avancées espérez-vous en matière de recherche?

Mon plus grand souhait serait une percée dans le ralentissement de la maladie. La découverte d'un médicament, grâce auquel je pourrais dire aux patientes et patients: «Prenez cela et votre maladie ne s'aggravera plus, même si on ne peut pas l'enrayer totalement.» Mais je dois bien avouer que les résultats évoqués ont porté un coup à mon enthousiasme.

Il y a aussi des éléments encourageants: vous suivez une patiente de 20 ans atteinte d'une SLA héréditaire et dont l'état s'est amélioré. C'est inédit.

Je n'aurais jamais imaginé voir, dans ma carrière, l'état de santé d'une personne atteinte de SLA s'améliorer définitivement.

C'est pourtant le cas de cette jeune patiente. Elle symbolise un espoir et son cas a éveillé un grand intérêt dans les médias [1]. Originnaire d'Allemagne, elle souffre d'une SLA juvénile avec mutation du gène FUS. Elle a d'abord été traitée aux États-Unis, il y a quatre ans, par Jacifusen, un médicament pour lequel il n'y avait alors aucune étude, juste un projet pilote. Son traitement n'a pas pu être poursuivi en Allemagne, mais en Suisse nous avons été autorisés à lui administrer ce médicament expérimental. Après un peu plus d'un an de traitement, nous avons noté qu'elle allait mieux. Elle remarque même maintenant. Et ce, après plusieurs années sans pouvoir respirer ou parler de façon autonome. On peut presque dire que c'est un miracle.

Pensez-vous que cette patiente a une chance de guérir?

Il y a des raisons d'espérer. Mais parler de guérison avec la SLA serait excessif. Nous savons qu'à l'apparition des premiers symptômes, 50% des motoneurons sont déjà détruits. À ce stade, le rythme de la régénération ne peut plus rattraper celui de la destruction. D'où l'importance primordiale des biomarqueurs, pour permettre un diagnostic aussi précoce que possible – avant qu'apparaissent les premiers symptômes.

Ces dernières années, le délai jusqu'au diagnostic s'est raccourci. Mais nombre de malades continuent malgré tout à devoir passer par plusieurs médecins et spécialistes. À quoi les médecins peuvent-ils faire attention pour détecter la SLA aussi tôt que possible?

La sensibilisation à la SLA a progressé, peut-être aussi grâce à l'Ice Bucket Challenge. Et grâce à Internet. Si on interroge Dr Google pour une sensation de contraction musculaire, on tombe vite sur cette maladie. Et nous recevons parfois des



© Reto Schlatter

«La sensibilisation à la SLA a progressé, peut-être aussi grâce à l'Ice Bucket Challenge», indique Markus Weber.



© Salajeen / Dreamstime

L'Ice Bucket Challenge est né en 2014: il consiste à se verser de l'eau froide sur la tête pour une bonne cause.

L'Ice Bucket Challenge

Les règles sont simples: remplir un seau d'eau glacée, se le verser sur la tête, poster la vidéo et désigner la prochaine personne devant relever le défi. L'origine de ce fameux Ice Bucket Challenge («défi du seau d'eau glacée») est incertaine. L'été 2014, il devient toutefois un phénomène médiatique mondial. Selon l'association pour la lutte contre la SLA aux États-Unis, plus de 17 millions de personnes y ont participé, contribuant ainsi à récolter 115 millions de dollars pour la recherche sur cette maladie [2]. Et ce, grâce à l'appel lancé par un ancien joueur de baseball atteint de SLA, Peter Frates, à accompagner le défi d'un don de 10 dollars à l'association de lutte contre la SLA [3].

appels de personnes qui craignent d'être atteintes d'une SLA. S'agissant des médecins, tout symptôme moteur non accompagné d'un trouble sensitif doit déclencher la sonnette d'alarme.

Comment vivez-vous le fait de poser un diagnostic de maladie inguérissable?

Après 25 ans de pratique, cela reste la chose la plus dure qui soit. L'annonce se fait toujours en présence d'un personnel soignant. Le message que nous voulons faire passer au malade est que nous ne l'abandonnons pas. Les personnes concernées et leurs proches doivent savoir que nous serons à leurs côtés tout au long de ce chemin difficile. C'est aussi, à mon sens, un facteur décisif. Il faut toutefois également savoir que

Lixim[®] Patch

Next Generation NSAID-Patch

FORMULATION BREVETÉE AVEC ÉTOFÉNAMATE²

- + Réduction hautement significative de la douleur ($p < 0.0001$)^{*1,3}
- + Très bonne adhérence³ et tolérance cutanée³
- + Grande souplesse²
- + Propriétés hydrofuges^{**2,4,5}

REMBOURSÉ
PAR L'ASSURANCE
DE BASE⁶



24 h¹

Lixim[®] Patch : **C** : 70 mg d'étofénamate par patch. **I** : Traitement symptomatique de courte durée des distorsions aiguës, bénignes de la cheville chez l'adulte. **D** : 1 patch est collé toutes les 24 heures, avec une pression légère sur la zone douloureuse. Seulement un patch par zone lésée. Durée du traitement 7 jours. **CI** : Peau lésée au niveau de la zone concernée (par ex. dermatite exsudative, eczéma, plaie infectée, brûlure ou plaie ouverte), nourrissons et jeunes enfants, 3e trimestre de grossesse, hypersensibilité au principe actif étofénamate, à d'autres anti-inflammatoires non stéroïdiens ou bien à l'un des excipients de la composition. **MeG** : À appliquer uniquement sur une peau saine, non lésée. Éviter tout contact avec les muqueuses ou les yeux. Si une éruption cutanée survient, arrêter immédiatement le traitement. Pour les patients avec de l'asthme, une rhinite allergique ou des polypes nasaux, un bronchospasme ou une rhinite peuvent apparaître dans de rares cas. Chez les patients avec de l'urticaire chronique, des réactions allergiques sont possibles. Les patches usagés doivent dans tous les cas être tenus hors de portée des enfants en bas âge et des animaux domestiques. **G/A** : Pendant le 1er et le 2e trimestre, Lixim[®] Patch ne doit pas être utilisé, sauf en cas de nécessité absolue. Le dosage doit être le plus faible possible, et la durée du traitement doit être la plus courte possible. **EI** : Les effets indésirables connus sont ceux de l'étofénamate en application topique recensés dans la littérature, sur la base de l'expérience générale : Rare : Réactions d'hypersensibilité Occasionnellement : réactions cutanées locales, par ex. rougeurs, démangeaisons, sensation de brûlure, gonflement de la peau. Rare : Réactions allergiques locales (dermatite de contact). Occasionnellement : respiration haletante. Cons. : Ne pas conserver à plus de 30 °C. Conserver hors de portée des enfants. Emb. : 1 emballage de 7 patches **Catégorie de remise** : D Titulaire de l'autorisation : Drossapharm AG, Bâle. Dernière mise à jour : Juillet 2022. Informations détaillées sur www.swissmedinfo.ch.

Références : **1** Information professionnelle Lixim[®] Patch, www.swissmedinfo.ch. **2** <https://patents.google.com/patent/EP2120896B1/de?q=EP2120896B1> (consulté le 29/11/2022). **3** Predel et al. Wirksamkeit und Sicherheit eines Etofenamatpflasters zur Behandlung akuter Sprunggelenksverstauchungen. The Orthopaedic Journal of Sports Medicine, 9(8). 2021. **4** Briquet F. et al. Silikone in der Medizin. Dow Corning Customer Service Center Meriden Business Park Copse Drive Allesley, Coventry CV5 9RGUK. Ref. MMV0396-03 Edition Dec. 1996. **5** <https://www.chemgapedia.de/vsengine/vlu/vsc/de/ch/9/mac/stufen/polykondensation/polyester/polyester.vlu/Page/vsc/de/ch/9/mac/stufen/polykondensation/polyester/esterigen.vscml.html> (consulté le 29/11/2022). **6** Lixim[®] Patch Liste des spécialités. Toutes les références sont disponibles auprès de Drossapharm.

*après 48 heures par rapport au placebo avec des distorsions aiguës, bénignes de la cheville (pain on movement).

**La matrice de Lixim[®] Patch est composée de silicone hydrofuge et d'un film en polyester aux propriétés hydrofuges (certificat d'analyse).

DROSSA PHARM



© Reto Schlatter

«Nous pouvons d'ores et déjà offrir aux malades une prise en charge honnête et globale», explique Markus Weber.

le diagnostic est pour beaucoup un soulagement, car les gens savent enfin de quoi ils souffrent.

Impliquez-vous les proches dans le traitement?

La patiente ou le patient est directement touché par la maladie, mais tout son entourage est affecté. Nous ne devons pas ignorer les proches. La compagne ou le compagnon devient souvent le soignant principal. Il faut donc être particulièrement attentif à cette personne, car tout le monde va être focalisé sur le malade. La soignante ou le soignant a le même chemin à parcourir et décompense lentement.

«La SLA est comme un puzzle de 1000 pièces. Nous en connaissons peut-être 700 à ce jour, mais nous ne savons pas les assembler.»

Les personnes diagnostiquées SLA sont-elles toujours condamnées?

La SLA est une maladie mystérieuse. C'est comme un puzzle de 1000 pièces. Nous en connaissons peut-être 700 à ce jour, mais nous ne savons pas les assembler. Certaines personnes décèdent en trois mois quand d'autres, comme Stephen Hawking, vivent plus de 50 ans avec la maladie. Il y a aussi des différences au sein d'une même famille dont plusieurs membres présentent une mutation génétique identique.

Comment l'expliquez-vous?

J'utilise souvent l'image d'un fût. En cas de forme héréditaire, le fût est déjà plein à 95% et il suffit de peu pour que la maladie se déclare. Dans une forme sporadique, il l'est peut-être à 5%. Et peu à peu, les pourcentages s'ajoutent. On peut

aussi utiliser l'image d'une porte avec plusieurs serrures: divers facteurs agissent comme des clés, qui sont tournées dans les serrures.

Le mode de vie peut-il contribuer à déclencher une SLA?

Oui, en cas de risque préexistant. Nous savons que fumer a une influence. Ou encore une électrocution. La recherche d'un facteur environnemental est un point essentiel de la recherche sur la SLA, mais aussi l'un des plus délicats. Il existe par exemple une rue où plusieurs personnes ont contracté cette pathologie. Pour quelle raison? Pour conduire une étude, il faudrait une cohorte importante, dont un groupe de contrôle, d'individus vivant dans les mêmes conditions. C'est presque irréalisable. C'est pourquoi la qualité de vie est un autre axe de recherche essentiel dans la SLA. Il manque encore beaucoup de pièces du puzzle pour enrayer la maladie. Ce que nous pouvons et voulons d'ores et déjà offrir aux malades, c'est une prise en charge honnête et globale – un «passionate care».



Références

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

Admis
par les
caisses¹

Vita Hepa 600

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

Pour une bonne digestion²⁻⁴

Vita Hepa 600® Dragées –
Stimulent la sécrétion de bile et
favorisent la digestion des lipides^{3,4}

- pour le traitement des troubles gastro-intestinaux p. ex. en cas de digestion difficile, de sentiment de pesanteur et de ballonnements²
- profil de tolérance favorable²
- admis par les caisses-maladie¹



Références: **1)** Office fédéral de la santé publique, liste des spécialités, www.listedesspecialites.ch, état au 1^{er} mai 2024. **2)** Information destinée aux patients Vita Hepa 600® sous www.swissmedinfo.ch. **3)** Holtmann G et al. Efficacy of artichoke leaf extract in the treatment of patients with functional dyspepsia: a six-week placebo-controlled, double-blind, multicentre trial. *Aliment Pharmacol Ther.* 2003;18:1099–1105. doi: 10.1046/j.1365-2036.2003.01767.x. **4)** Ben Salem M et al. Pharmacological Studies of Artichoke Leaf Extract and Their Health Benefits. *Plant Foods Hum Nutr.* 2015;70(4):441–453. doi: 10.1007/s11130-015-0503-8. Si nécessaire, les professionnels de santé peuvent se procurer les références citées auprès de Doetsch Grether AG (adresse ci-dessous).

Information professionnelle abrégée Vita Hepa 600 dragées

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

Informations basées sur l'information destinée aux patients. Pour des informations détaillées voir www.swissmedinfo.ch.

Déficits immunitaires:

Awareness, rôle du médecin de premier recours, facteurs génétiques – La situation du point de vue de l'immunologie universitaire

Prof. Mike Recher: research group leader et médecin directeur du centre d'immunologie, Hôpital universitaire de Bâle

L'immunodéficience (déficits immunitaires) est un domaine vaste et complexe. Il comprend d'une part les déficits immunitaires primaires (DIP), qui ont pour origine une cause génétique, et d'autre part les déficits immunitaires secondaires (DIS) dus à une maladie (par ex. infection par le VIH et maladies hématologiques) ou à une pharmacothérapie (cause iatrogène). Identifier clairement si les patient-e-s sont atteints d'un DIP ou d'un DIS n'est pas toujours simple mais la différenciation reste cruciale, surtout pour choisir le traitement adéquat. De plus, le nombre de DIP connus ainsi que la prévalence des DIS augmentent constamment. Les raisons sont nombreuses mais la prise de conscience de la situation («awareness») reste limitée chez les praticiens. Nous avons discuté de ces développements avec le Professeur Recher, médecin directeur du centre d'immunologie et research group leader à l'Hôpital universitaire de Bâle:

Interdisciplinarité et awareness

Une interdisciplinarité dynamique est cruciale pour la prise en charge optimale des patient-e-s. C'est également le cas au centre universitaire d'immunologie de l'Hôpital universitaire de Bâle, où un «board immunologique» (comité) rassemblant au moins un représentant des différentes spécialités (par ex. pneumologie, infectiologie, rhumatologie) se réunit une fois par semaine. «L'immunologie est une spécialité très interdisciplinaire» souligne le Prof Recher, avant d'ajouter: «Un tel échange est important, d'une part pour discuter des cas ambigus et d'autre part pour augmenter la prise de conscience, appelée «awareness», des déficits immunitaires par-delà les limites entre les disciplines. Ainsi par exemple, de nombreux déficits immunitaires se manifestent par l'apparition de pneumonies ou de bronchiectasies, causées par une carence en immunoglobulines. La pneumonie, associée à une certaine mortalité, peut potentiellement être évitée par une substitution en immunoglobulines».

Le concept d'awareness concerne aussi les médecins de premiers recours, à savoir les médecins de famille: «Il est fondamental d'augmenter la prise de conscience des déficits immunitaires dans les cabinets médicaux généralistes. Les médecins de famille doivent savoir ce que sont les déficits immunitaires et qu'il existe des options peu coûteuses pour mesurer la concentration en immunoglobulines (avec ou sans classement en sous-catégories d'IgG) dans

le cadre d'un premier examen. Chaque cabinet médical généraliste devrait normalement déjà avoir pratiqué cet examen car les déficits immunitaires sont fréquents.»

Heureusement, les manifestations destinées à stimuler l'awareness finissent par porter leurs fruits: «Nous constatons par exemple l'envoi de nouveaux/houvelles patient-e-s par des cabinets médicaux généralistes après un exposé sur les déficits immunitaires auquel les confrères/consœurs en question avaient assisté. Ainsi, en cas de pneumonie et d'agammaglobulinémie totale diagnostiquée par le médecin de famille, nous pouvons initier à temps un traitement de substitution par des immunoglobulines avant l'apparition d'une bronchiectasie chez le/la patient-e.» indique le Prof Recher, avant de compléter: «La mesure des immunoglobulines est très peu coûteuse: la détermination des IgG, IgM et IgA ne coûte pas plus que celle

de la CRP, qui fait partie des standards en cabinet généraliste.»

Après la mesure initiale de la concentration en immunoglobulines, l'envoi du/de la patient-e chez un spécialiste est extrêmement important: «Une diminution de la concentration en IgG sert de signal d'alarme à l'immunologue mais ne suffit pas, à elle seule, pour justifier un traitement de substitution. Chaque patient-e est unique, il faut donc soigneusement prendre en compte les antécédents individuels en termes d'infections et d'implication des organes.»

Dans le cadre d'un traitement de substitution par des IgG purifiées et issues de plasma de donneurs, la mesure supplémentaire de la concentration en IgA et en IgM est utile pour contrôler en continu le système immunitaire du/de la patient-e et identifier des modifications endogènes.

Évolution au cours des dernières années

Selon le Prof Recher, la prise en charge au cours des dix à quinze dernières années s'est globalement améliorée et la prise de conscience générale des déficits immunitaires a augmenté. De même, avec les nouvelles options thérapeutiques, des possibilités supplémentaires pour les patient-e-s sont apparues: «Le traitement sous-cutané par immunoglobulines est pour moi un progrès très significatif! Cette alternative à l'administration intraveineuse est associée

«Imaginez un-e patient-e atteint-e d'asthme bronchique sévère et d'une hypogammaglobulinémie. Généralement, les patient-e-s souffrant d'asthme sévère sont traité-e-s par corticothérapie. La question se pose alors de savoir si le déficit en anticorps a été causé par l'immunosuppression entraînée par la cortisone ou s'il s'agit d'un DIP. Les différents isotopes d'immunoglobulines entrent ici en jeu. En présence d'une hypogammaglobulinémie causée par des corticoïdes, la concentration sérique en IgA est généralement normale. Si le taux d'IgA est également diminué, cela plaide fortement en faveur d'un DIP. Ainsi, il est possible d'envisager le remplacement de la corticothérapie associée à des effets indésirables importants par la substitution en immunoglobulines. Sous cette prophylaxie, le nombre de crises d'asthme sévères est plus faible chez ces patient-e-s car les infections sont considérées comme des déclencheurs de crises.»

«Imaginons maintenant un-e patient-e avec une concentration sérique totale en IgG normale et qui souffre fréquemment d'infections respiratoires, y compris de pneumonies. L'examen des sous-classes d'IgG montre un déficit total des sous-classes IgG 2. En cas de DIP, dont la cause du déficit en sous-classes est par conséquent génétique, ce déficit en IgG associé à la présence d'infections récurrentes est suffisant pour justifier l'initiation d'un traitement de substitution des immunoglobulines aussi vite que possible et obtenir son remboursement.»

à une autonomie importante pour les patient-e-s sous traitement de substitution. L'autotraitement à domicile permet aux patient-e-s d'intégrer facilement leur thérapie dans leur quotidien. De plus, l'administration sous-cutanée d'immunoglobulines avec une concentration sérique en IgG stable offre des avantages physiologiques par rapport à l'injection intraveineuse toutes les trois à quatre semaines.»

En outre, la prescription d'agents immunomodulateurs et immunosuppresseurs a fortement augmenté dans les domaines thérapeutiques les plus divers, un phénomène clairement révélateurs d'une augmentation des immunodéficiences. L'amélioration de la prise en charge des patient-e-s atteint-e-s de déficits immunitaires sévères conduit, via la prolongation de l'espérance de vie, à un besoin de traitement à plus long terme.

Composantes génétiques des déficits immunitaires

«Les études ont montré que les patient-e-s atteint-e-s de DIS ne souffrent pas moins de bronchiectasies que les patient-e-s touché-e-s par des DIP. L'implication des poumons est indépendante de la cause du déficit en anticorps. Un déficit en anticorps d'intensité identique conduit chez les patient-e-s aux mêmes complications. Du point de vue clinique, il est cependant crucial de savoir s'il s'agit d'un DIS ou d'un DIP afin de choisir le meilleur traitement possible et d'améliorer la prise en charge des patient-e-s.»

Avec la possibilité offerte par la technique de Next Generation Sequencing (NGS), il est désormais théoriquement possible de séquencer en une nuit seulement l'intégralité du génome d'un-e patient-e. C'est pourquoi le nombre de DIP connus n'augmente pas de manière linéaire mais exponentielle. De plus en plus d'entités sont

classées parmi les DIP. Actuellement, nous en sommes à 500. Le Prof Recher est d'avis que tout-e-s les patient-e-s avec des antécédents d'infections sévères et un statut immunologique inhabituel devraient bénéficier d'un séquençage de leur profil génétique en laboratoire. Cependant, il est conscient que cela pose problème: «Les examens génétiques prescrits sur des bases cliniques se heurtent en Suisse à des carences à plusieurs niveaux: premièrement, le nombre de médecins spécialisés en génétique est très restreint. Deuxièmement, les caisses-maladie sont très réticentes à prendre en charge le séquençage. Troisièmement, il existe de très nombreuses variantes dites «of unknown significance», à savoir des mutations génétiques dont la pertinence ne fait l'objet d'aucune publication scientifique et d'aucune entrée dans une base de données.»

«Une composante du système immunitaire est codée par 3 000 à 5 000 gènes. Les mutations dans ces gènes ne sont donc pas rares. Le criblage des bases de données aboutit presque toujours à cinq à dix variantes pathogènes par génome qui peuvent, selon le «prediction score», causer une modification fonctionnelle. Lorsqu'une telle personne est traitée par un médicament exerçant aussi un effet sur le système immunitaire, un déficit en immunoglobulines peut notamment en résulter. Il se peut

ainsi qu'une pharmacothérapie révèle un déficit qui sera considéré comme secondaire conformément aux enseignements, mais qui aura en fait une composante génétique primaire. Simultanément, il est aussi possible que le déficit en immunoglobulines constaté se serait manifesté sans le traitement.»

«Dans une telle constellation, l'anamnèse familiale entre également en jeu: prenons l'exemple d'un-e patient-e souffrant de DIP sévère, avec un gène pathogène (par ex. CTLA-4) identifié comme étant à l'origine du déficit. Les membres de la famille avec la même mutation dans ce gène peuvent être en bonne santé et le rester. On parle ici de pénétrance génétique. Avec les gènes associés aux déficits immunitaires, cette pénétrance est souvent basse (entre 30 et 60%), ce qui signifie qu'il peut exister des porteurs sains d'une mutation donnée qui serait hautement létale en cas de maladie.» Outre la substitution des immunoglobulines, un déficit en CTLA-4 peut parfois être traité spécifiquement et avec beaucoup de succès par l'abatacept (CTLA-4-Ig).

Afin de souligner l'importance de la distinction entre les DIP et les DIS, le Prof Recher s'appuie sur deux exemples montrant la relation concrète entre les facteurs génétiques et le traitement par immunoglobulines (voir les encarts gris).

Remerciements

CSL Behring remercie chaleureusement le Prof Mike Recher pour sa collaboration sur cet article. Pour de plus amples informations à propos des produits ou du contenu de l'article, veuillez vous adresser au Dr Silvan Heeb, Product Manager chez CSL Behring. (silvan.heeb@cslbehring.com).

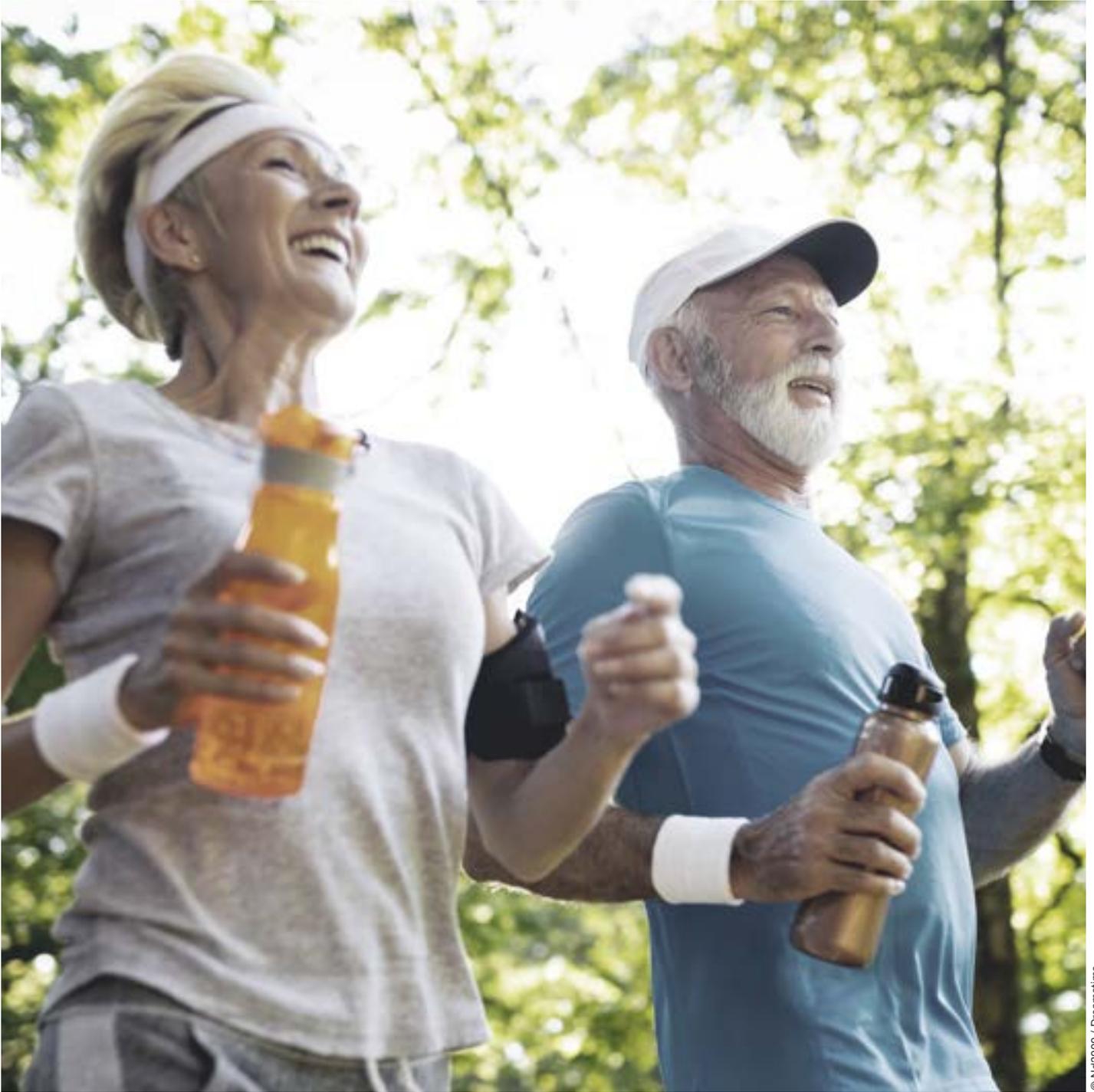
Privigen® (IVIG) et Hizentra® (SCIG) de CSL Behring sont autorisés en Suisse en cas de DIP et DIS comme suit:

Traitement de substitution chez l'enfant ou l'adulte en cas de: Déficits immunitaires primaires (DIP) tels que: agammaglobulinémie et hypogammaglobulinémie congénitales, déficit immunitaire commun variable, déficit immunitaire combiné sévère, syndrome de Wiskott-Aldrich, déficits en sous-classes d'IgG avec infections récurrentes

Déficits immunitaires secondaires (DIS) chez les patients présentant des infections graves ou récurrentes, un traitement antimicrobien inefficace ou soit une hausse insuffisante prouvée des anticorps anti-vaccin (PSAF*), soit un taux d'IgG sérique < 4 g/l. PSAF = Absence d'augmentation au moins égale au double de la concentration d'anticorps IgG contre les polysaccharides des pneumocoques et le vaccin polypeptide antigène (PSAF = proven specific antibody failure).

Des informations complètes sur les produits du titulaire de mise sur le marché CSL Behring AG, Wankdorfstrasse 10, 3014 Berne, se trouvent sur www.swissmedicinfo.ch.

L'information professionnelle abrégée de Privigen® et d'Hizentra® se trouve sur la page 7.



L'âge biologique peut diverger de l'âge chronologique: il dépend en grande partie du mode de vie.

L'horloge de la vie

Longévité Les biomarqueurs du vieillissement sont au cœur de la médecine de la longévité. Ils permettent de comprendre les mécanismes qui sous-tendent la sénescence, et de contrôler l'efficacité des traitements utilisés pour lutter contre. Dans le troisième volet de notre série thématique, nous présentons les avancées de la recherche dans ce domaine.

Steve Horvath a 56 ans... Et aussi 53. Il en a 56 si l'on se fie à sa date de naissance. Mais l'âge biologique réel de son organisme correspond seulement à 53 ans. Il s'est notamment maintenu en forme grâce au sport et à une alimentation saine. Au fait, comment connaît-il son âge biologique? Généticien et biostatisticien, il a lui-même mis au point les instruments de mesure, les fameuses horloges épigénétiques, également appelées «Horvath's clocks», d'après son nom.

Alors qu'il enseignait à l'Université de Californie, à Los Angeles, il a rendu publique en 2011 la première version d'horloge épigénétique. Il effectue aujourd'hui ses recherches au sein d'une entreprise de biotechnologie, Altos Labs, à Cambridge. Cette horloge est le résultat d'une découverte, à savoir que la méthylation de l'ADN change avec l'âge dans toutes nos cellules. On peut en même temps établir une corrélation entre l'épigénétique et les biomarqueurs cliniques comme la tension et la glycémie. Plus ces valeurs sont hautes, moins nous sommes en bonne santé, et plus notre horloge épigénétique indique un âge élevé. Sur la base de ces interactions, Steve Horvath a développé d'autres formes d'horloges épigénétiques, qui n'indiquent pas seulement l'âge. GrimAge indique également si notre risque de mourir est supérieur ou inférieur aux prévisions en lien avec notre âge et notre sexe [1].

Pas de pilule miracle

Steve Horvath connaît donc son âge biologique et d'autres choses sur son avenir. Mais il appelle à la prudence: «Il ne serait pas éthique, ni scientifiquement juste, de communiquer aujourd'hui aux personnes le temps qu'il leur reste à vivre.» Les pronostics ne sont pas assez précis, mais surtout, en dehors des recommandations de vie saine connues, il n'existe aucune pilule qui permette à une personne de prolonger sa durée de vie. Il n'existe que des traitements éprouvés en cas de biomarqueurs définitivement anormaux, comme la tension et la glycémie.

Jusqu'à maintenant, ce sont donc surtout les biohackers et certains instituts de beauté qui se préoccupent de mesurer leur âge biologique ou celui de leur clientèle. Là encore, Steve Horvath met en garde. «Il existe désormais d'innombrables horloges épigénétiques sur le marché. Certaines utilisent mon nom, mais je n'ai rien à voir avec elles. Il y a un besoin de standardisation, tout n'est pas validé. C'est un peu le 'Far West' des biomarqueurs.»

D'autres marqueurs sont nécessaires

Ce manque de transparence ne concerne pas seulement les marqueurs épigénétiques. Ces dernières décennies, de nombreuses tentatives ont été réalisées pour mesurer le processus de vieillissement. Steve Horvath confirme que c'est nécessaire: «Les horloges épigénétiques ne suffisent pas.»

Pour le Prof. Dr Andreas Simm, biologiste et directeur du centre interdisciplinaire du vieillissement à Halle, en Allemagne, et président de la Société allemande de gérontologie et de gériatrie, les horloges épigénétiques sont actuellement les meilleurs biomarqueurs du vieillissement. «Mais elles doivent encore être validées par des études de cohorte.» Il souhaite lui aussi des marqueurs supplémentaires: «L'objectif est d'obtenir une vue d'ensemble de l'être humain. Plusieurs marqueurs peuvent nous y aider, du diagnostic clinique

classique aux tests fonctionnels (vitesse de marche ou force des mains), sans oublier les nouveaux types de marqueurs moléculaires.»

Andreas Simm a participé au vaste projet MarkAge de 2008 à 2013. À l'époque, un groupe de recherche de 25 personnes a compilé les principaux biomarqueurs pour calculer un score prédictif de l'âge biologique d'un individu. Parmi eux, quatre marqueurs de méthylation de l'ADN, des marqueurs immunologiques et du stress oxydatif, ainsi que certaines hormones, des marqueurs du métabolisme et des protéines [2]. Il est intéressant de noter que les marqueurs du score étaient différents pour les hommes et les femmes.



«Il y a un besoin de standardisation, tout n'est pas validé. C'est un peu le 'Far West' des biomarqueurs.»

Prof. Dr Steve Horvath

Inventeur des horloges épigénétiques

Des mécanismes, pas des maladies

Pour Andreas Simm, il est fondamental de comprendre que les biomarqueurs ne reflètent pas des maladies, mais les mécanismes à l'œuvre dans le vieillissement. Si le passage de la vieillesse à la maladie est un continuum, la vieillesse n'est pas en soi une maladie. C'est aussi l'avis de Steve Horvath: «Nous ne devons pas considérer le vieillissement comme un dommage, telle la rouille qui attaque la carrosserie. Le vieillissement est programmé et se situe dans la continuité de notre développement, depuis notre naissance.» L'épigénétique a par exemple des avantages au début de l'existence: la méthylation permet aux cellules d'adopter une identité, de se spécialiser; au fur et à mesure de la vie, ce n'est plus nécessaire, et les méthylations deviennent souvent plutôt nocives.

L'interaction des multiples facteurs du vieillissement est complexe. Les méthylations épigénétiques ont par exemple pour fonction d'activer ou de désactiver les gènes. En même temps, d'après Steve Horvath, seuls 40% de la signature épigénétique sont déterminés par la génétique. Pour lui, notre espérance de vie dépend aussi de nos parents: «Il existe des gènes de longévité. Nous savons que les enfants des personnes qui ont vécu plus de 100 ans ont eux aussi de plus grandes chances d'atteindre un très grand âge.»

Cependant, les mutations génétiques acquises au fil de l'existence ne font pas partie des marqueurs de l'âge, explique Andreas Simm. Certes, elles pourraient représenter un risque accru de maladies, mais le simple nombre de mutations dans l'organisme n'est pas corrélé à notre âge. Sans compter que nous n'avons pas su pendant longtemps si une mutation avait un effet négatif ou positif sur notre santé, ajoute-t-il.

Les protéines ont un rôle positif

La recherche confirme de façon de plus en plus claire que les protéines constituent un autre groupe de biomarqueurs importants. Le Prof. Dr Tony Wyss-Coray est un immunologiste suisse. Chercheur spécialisé dans le vieillissement à l'Université Stanford, il travaille sur les protéines plasmatiques de certains organes. Il est parvenu à mesurer et à mettre en lumière les différences de vieillissement propres à chaque

organe: l'accélération de la sénescence des organes est associée à un risque plus élevé de maladie et de décès. Par exemple, les personnes dont la sénescence du cœur s'accélère courent un danger plus élevé de 250% de souffrir d'insuffisance cardiaque [3].

Les protéines permettent également de se représenter les processus de la sénescence. Les cellules qui ne se divisent plus restent dans l'organisme et entraînent des processus inflammatoires, via le sécrétome SASP (senescence-associated secretory phenotype). Les protéines contenues dans le SASP se retrouvent dans le sang; d'après les études, elles sont corrélées à l'âge chronologique et à l'accélération de l'âge biologique [4]. Ce sont aussi des facteurs essentiels de maladies chroniques telles que le cancer et les maladies neurodégénératives ou cardiovasculaires [5].

Ainsi, le portefeuille des biomarqueurs de l'âge importants ne cesse de s'étoffer, et pourrait encore s'enrichir. «Les acides gras sont des composants cellulaires difficiles à mesurer, mais ils sont également nécessaires pour comprendre certains processus. Et à ce jour, il reste compliqué de mesurer la capacité individuelle d'une personne à réparer les lésions cellulaires», complète Andreas Simm.

Pas de consensus en perspective

Steve Horvath ne pense pas que la recherche sur le vieillissement va pouvoir trouver un consensus sur les biomarqueurs. Il plaide pour qu'une commission spéciale, une instance sanitaire par exemple, décide de la combinaison de biomarqueurs devant être utilisée à l'avenir: «Une standardisation aiderait énormément la R&D portant sur les traitements.»

Pour Andreas Simm, il serait judicieux d'intégrer les marqueurs biologiques et fonctionnels dans un modèle commun, qui prendrait aussi en compte une appréciation personnelle de la santé, ainsi que des facteurs psychosociaux et environnementaux: «Nous avons besoin d'un tableau complet de la vieillesse, avec une définition universelle de l'âge et de la santé ainsi que des méthodes de mesure uniformes.» Il estime en outre qu'il est important de procéder aux études correspondantes à l'échelle mondiale, pour recenser également les différences d'origine génétique.

Pour le biologiste Andreas Simm, les horloges épigénétiques sont actuellement les meilleurs biomarqueurs du vieillissement.

Neutraliser les cellules sénescences

Cela faciliterait aussi la vérification de l'efficacité des approches préventives et thérapeutiques dans les études, en vue d'influencer le vieillissement. La médecine de la longévité est en pleine évolution sur le sujet. Selon Andreas Simm, les recherches les plus avancées portent sur les médicaments visant à détruire les cellules sénescences (les sénolytiques) ou à contenir leur action inflammatoire (les sénomorphiques). Les équipes de recherche sont arrivées à prolonger la vie et la bonne santé de certaines souris, grâce à des préparations adéquates, et les premières études cliniques sont en cours. «Ces approches sont très prometteuses. Je pense que dans

deux ans, nous saurons ce que nous pouvons en faire», déclare le professeur.

D'une façon générale, il pense que d'ici une dizaine d'années, on en saura nettement plus sur les mécanismes de vieillissement et les approches envisageables pour influencer le processus de la sénescence. Dans ce domaine, il estime notamment très prometteuses les cellules souches pluripotentes induites et les protéines thérapeutiques. Pour Steve Horvath, la question cruciale est de savoir si un ralentissement du vieillissement biologique entraîne effectivement un prolongement de la vie: «C'est difficile à prouver, mais finalement nous avons besoin de cette preuve de la causalité d'un traitement.»

L'âge biologique n'est pas gravé dans le marbre. Il peut être influencé dès aujourd'hui en menant une vie plus saine.

Il rêvait de voyager dans l'espace

En fin de compte, tout cela pour quoi? Pour prolonger la vie en bonne santé? Ou bien vraiment pour nous faire vivre jusqu'à 200 ans, voire pour accéder à l'immortalité, dont beaucoup rêvent dans le secteur de la longévité. Quand il était jeune, Steve Horvath était en effet fasciné par l'idée de prolonger la vie, notamment pour pouvoir voyager sur d'autres planètes. Pour lui, l'essentiel maintenant est de prolonger la durée de la vie en bonne santé: «À ce jour, nous ne pouvons pas arrêter le vieillissement. En choisissant le bon mode de vie, je peux peut-être gagner deux à trois ans en bonne santé. Mais la grande question est la suivante: pouvons-nous prolonger la durée de vie en bonne santé de dix ans? J'espère que nous y parviendrons bientôt.»

Pour Steve Horvath comme pour Andreas Simm, il est clair que le mode de vie est (du moins pour l'instant) le facteur numéro un pour vivre le plus longtemps possible en bonne santé. Andreas Simm n'envisage aucun remède miracle à l'avenir, mais compte sur la combinaison de diverses approches thérapeutiques, qui permettra de s'attaquer aux mécanismes fondamentaux du vieillissement, et de traiter plusieurs maladies en même temps. «Dans le meilleur des cas, nous parviendrons ainsi à prolonger très nettement la longévité et l'espérance de vie en bonne santé.»

D'ici là, la bonne nouvelle, c'est que l'âge biologique n'est pas gravé dans le marbre. Il peut être influencé dès aujourd'hui en menant une vie plus saine. Steve Horvath va sans aucun doute fêter bientôt ses 57 ans. Mais il a le pouvoir d'agir sur son horloge épigénétique.



Références

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

FMH



26

Conditions cadres des systèmes de santé en Suisse et en Europe

Pénurie et bureaucratie L'Association européenne des médecins des hôpitaux (AEMH) et la Fédération européenne des médecins salariés (FEMS) se sont réunies en mai à Berlin. Les défis sont similaires et pourtant il règne de grandes différences.

Jana Siroka



28

CIRS: un système pour améliorer la sécurité des patients

Position de la FMH Les systèmes de déclaration d'incidents critiques et d'apprentissage (CIRS) sont une stratégie répandue pour améliorer la sécurité des patients et servent à analyser les risques liés au système. En dépit de leur popularité, il n'existe pas encore de preuves suffisantes de leur efficacité. Le Comité central de la FMH prend position sur le sujet.

Comité central de la FMH



30

Systemes de déclaration d'incidents critiques et d'apprentissage

CIRS Les systèmes de déclaration d'incidents critiques et d'apprentissage (CIRS) figurent parmi les mesures fréquemment appliquées pour améliorer la sécurité des patients. La division Développement numérique, données et qualité (DDQ) de la FMH a établi les bases scientifiques sur ce thème, et le Comité central de la FMH prend position à ce sujet.

Michelle Gerber, Esther Kraft, Christoph Bosshard



Le manque de personnel qualifié, la bureaucratie et le virage ambulatoire sont aussi des défis majeurs dans le reste de l'Europe.

Conditions cadres des systèmes de santé en Suisse et en Europe

Pénurie et bureaucratie L'Association européenne des médecins des hôpitaux (AEMH) et la Fédération européenne des médecins salariés (FEMS) se sont réunies en mai à Berlin. Les défis sont similaires et pourtant il règne de grandes différences.



Jana Siroka
Dre méd., membre du Comité central de la FMH, responsable du département Médecine et tarifs hospitaliers

Les deux associations offrent une plateforme pour la mise en réseau en matière de politique professionnelle ainsi que pour l'échange d'informations et d'études sur les systèmes de santé du point de vue des hôpitaux et des cabinets médicaux, et ce, dans les différents États membres. Je saisis l'occasion de ce congrès pour évoquer les différences et les similitudes entre les systèmes de santé suisse et d'autres pays. Bien que certaines choses soient différentes, de très nombreux problèmes et défis sont déplorablement identiques.

Le pays hôte a ouvert le bal avec des présentations sur le système de santé allemand. Le président de la «Bundesärztekammer», le Dr Klaus Reinhard, était également l'invité surprise de la Chambre médicale de la FMH du 6 juin. Il a décrit le système de santé allemand comme un système offrant un large catalogue de prestations, des soins de proximité, doté d'une forte densité hospitalière avec des temps d'attente réduits et laissant la liberté de choix du médecin. Le secteur de la santé emploie 6 millions de personnes, soit plus que l'industrie automobile. Il ne faut pas seulement

considérer les coûts des prestations de santé, mais aussi la création de valeur non négligeable au sens économique du terme du plus gros employeur allemand – sans parler de son utilité pour les patientes et les patients.

Cependant, la culture de la méfiance émanant du monde politique et des répondants des coûts conduit à un durcissement important des réglementations administratives et à une bureaucratie débordante. Mettre en place une numérisation intelligente, appliquer le principe du «once-only» pour la collecte des données et faire appel aux politiques et aux assureurs pour qu'ils misent sur des contrôles aléatoires plutôt que sur des déclarations généralisées sont autant de moyens d'alléger la charge de travail.

Partout les mêmes défis

Il a également été largement question de la pénurie de main-d'œuvre qualifiée. Pour résumer: au cours des cinq à dix prochaines années, la pénurie de médecins va considérablement s'accroître en Allemagne, et ce, pour des raisons démographiques. En ce qui concerne le personnel infirmier, le tableau est tout aussi sombre. Un article éloquent paru dans le «Spiegel» sur les conditions de travail dans une unité de soins intensifs pédiatriques allemande présente les conséquences qu'implique déjà le manque de personnel: www.stern.de/gesellschaft/wie-sich-eine-kinderintensivstation-gegen-die-katastrophe-stemmt-34740654.html

La pénurie de personnel qualifié est intensifiée par le manque de compétences en matière de santé d'une grande partie de la population, par une culture de sécurité et d'exigence élevée et, quand on parle de démographie par le vieillissement de la population.

En Allemagne, différentes réformes sont en cours, par exemple dans le domaine de l'interprofessionnalité. Le mot magique ici est «soins intégrés». Ils doivent être combinés à de nouvelles offres de soins comme les cabinets médicaux itinérants, les services de livraison et de retrait, les réseaux de cabinets médicaux et le développement de l'infrastructure télé-matique.

Voici un coup de projecteur intéressant sur quelques autres pays européens:

Le manque de médecins généralistes était un grave problème en Norvège. Grâce à des investissements considérables de la part de l'État, les médecins de famille sont désormais mieux rémunérés et plus autonomes que les spécialistes. C'est à présent le manque de spécialistes qui en résulte qui pose problème. De plus, en 2022, l'introduction généralisée dans les cliniques du centre de la Norvège du système informatique Epic a engendré une charge administrative beaucoup plus importante.

Le petit pays qu'est le Luxembourg est confronté au problème de sa dépendance colossale vis-à-vis de la main-d'œuvre étrangère. 70% du personnel infirmier et 40% des médecins vivent à l'étranger et font quotidiennement la navette pour aller travailler. En guise de contre-mesure, une filière universitaire a été créée pour la médecine et les études en sciences infirmières. Cependant, les études de médecine ne sont possibles que jusqu'au niveau du bachelier, le master devant être effectué à l'étranger.

En Belgique, on tente actuellement de remédier à la grave pénurie de personnel infirmier en investissant un milliard d'euros dans le secteur. Cependant, les problèmes ne sont pas uniquement d'ordre financier. À cela s'ajoutent une image plutôt négative de ces métiers dans la société, une volonté de moins en moins grande de travailler en horaire en alternance et les difficultés à donner un sens à son travail.

En Slovénie, les médecins ont récemment mis fin à une grève qui a duré une centaine de jours pour réclamer de meilleures conditions de travail. Pour pallier l'absence de concessions du gouvernement, les médias de référence du pays ont même diffamé le corps médical pendant la grève, à la demande du gouvernement.

Chypre du Nord est confronté à un défi particulier: sa population a doublé en quelques années. De nombreuses personnes ont immigré, dont de nombreuses personnes venues d'Afrique pour y faire leurs études. Il existe au total huit «medical schools», mais six d'entre elles sont privées et à but lucratif. La qualité de leur formation est parfois insuffisante. En raison des meilleures conditions-cadres, les jeunes médecins ne veulent travailler que dans le secteur privé. Dans le secteur public, outre le manque de spécialistes, il y a en général trop peu de médecins. Ceci principalement en raison du taux d'inflation incroyablement élevé. Les salaires du secteur public ont récemment été augmentés de 50%, mais l'inflation dépasse 90%.

Satisfaction au travail en baisse

Le «journal blanc» de la FEMS nous a été présenté le deuxième jour de cette rencontre. Il s'agit d'une étude de grande envergure sur les conditions de travail des médecins salariés dans tous les États membres. L'ouvrage, qui n'a pas encore été publié, compare des faits concernant les ordonnances sur le temps de travail, la démographie des médecins, y compris le thème de la féminisation de la médecine, les salaires, les différences générales entre les différents systèmes de santé, les thèmes psychosociaux tels que les taux de burn-out et la satisfaction au travail entre différents pays

européens. En résumé, les lois sur le temps de travail sont très hétérogènes. Cela va de directives extrêmement strictes sur la protection des travailleuses et des travailleurs dans les pays nordiques à l'absence quasi totale de réglementation en Pologne.

La question des revenus est également intéressante. Parmi les 21 pays participant à l'enquête, on constate une grande disparité. Les médecins assistants et assistants en Allemagne gagnent plus du double de leurs collègues en Espagne, tandis que les spécialistes expérimentés en France gagnent environ le triple par rapport à leurs homologues en Albanie.

Les risques psychosociaux et les taux de burn-out chez les médecins augmentent, parfois de manière dramatique, dans l'ensemble des pays. La satisfaction au travail est encore élevée dans plusieurs pays, mais la tendance est à la baisse. Ces deux phénomènes se manifestent notamment chez les jeunes médecins. L'augmentation de la violence envers les professionnelles et professionnels de la santé a également été abordée à plusieurs reprises. En Italie, par exemple, 2500 incidents de violence psychologique ou physique à l'encontre de professionnelles et professionnels de la santé salariés ont été signalés l'an dernier; le livre blanc ne dispose pas de données provenant du secteur privé.

Économicisation et bureaucratie

Un thème central est l'économicisation croissante du système de santé sans prise en compte de l'expertise médicale ou infirmière. Les deux associations ont donc présenté un projet commun qui vise à répondre à cette évolution: l'«European Academy of Clinical Leadership» (EACL) propose des fellowships s'adressant aux médecins ayant terminé leur formation professionnelle, disposant d'une expérience de direction en milieu hospitalier et souhaitant être reconnus par l'EACL. Le prochain aura lieu du 16 au 18 octobre 2024 à Bruxelles. Plus d'informations sous: www.aemh-eacl.org.

En résumé, je peux dire que les trois thèmes phares de la FMH, à savoir le manque de personnel qualifié, la bureaucratie et le virage ambulatoire, constituent également des défis majeurs dans le reste de l'Europe. Ce n'est qu'en réunissant nos forces que nous, professionnelles et professionnels de la santé, pourrions trouver des solutions aux niveaux politique, économique et social. Apprenons les uns des autres et soutenons-nous les uns les autres. Pour un système de santé durable, axé sur l'éthique et porteur de sens, permettant de consacrer du temps à nos patientes et nos patients – et offrant donc une satisfaction élevée au travail pour nous toutes et tous.



© Prakritta Lappaththaranan / Dreamstime

La FMH est favorable aux CIRS comme démarche pour analyser les risques jusqu'alors inconnus pour la sécurité des patients.

CIRS: un système pour améliorer la sécurité des patients

Position de la FMH Les systèmes de déclaration d'incidents critiques et d'apprentissage (CIRS) sont une stratégie répandue pour améliorer la sécurité des patients et servent à analyser les risques liés au système. En dépit de leur popularité, il n'existe pas encore de preuves suffisantes de leur efficacité. Le Comité central de la FMH prend position sur le sujet.

Comité central de la FMH

Les systèmes de déclaration d'incidents critiques et d'apprentissage (critical incidents reporting systems, CIRS) sont un outil de gestion des risques cliniques permettant aux professionnelles et professionnels de la santé de déclarer de manière anonyme les incidents impactant la sécurité. Ils servent à analyser les erreurs, les risques, les événements critiques et les presque incidents liés aux systèmes mis en place au sein des organisations du secteur de la santé. Au sens d'un processus

de développement continu, ils permettent de dégager des mesures d'amélioration efficaces visant à élever la résilience de ces organisations et à les prémunir contre de prochains incidents similaires. Ils font partie d'une approche répandue, principalement dans les hôpitaux, pour améliorer la sécurité des patientes et des patients. Leur mise en œuvre diffère en fonction des pays dans lesquels ils sont en application et des conditions-cadres qui y règnent. Dans notre pays, les milieux politiques et l'ad-

ministration fédérale exigent avec une insistance accrue que tous les fournisseurs de prestations hospitalières ou ambulatoires mettent en place de tels systèmes (art. 58g, let. c, OAMal).

En dépit de leur popularité, il n'existe pas pour l'instant de preuves suffisantes de leur efficacité. C'est pourquoi de plus en plus de voix critiques s'élèvent au sein de la communauté scientifique nationale et internationale pour réclamer le perfectionnement des CIRS.

Les arguments

1. *Amélioration par une approche systémique de la sécurité des patients*: Une approche systémique, selon laquelle l'analyse des incidents susceptibles d'impacter la sécurité des patients ne se focalise pas sur les individus mais sur leur environnement, à savoir les structures et les processus dans lesquels ils évoluent, est indissociable des CIRS. Les conditions présentant des risques pour une organisation (par exemple hôpital ou cabinet médical) doivent être réexaminées en permanence afin de réduire leur impact sur la sécurité des patients. L'engagement actif des différents acteurs de la santé est nécessaire pour permettre aux CIRS de contribuer à une amélioration durable et, en particulier, pour s'attaquer aux risques à l'échelle d'un système en instaurant des mesures fortes. Pour ce faire, la collaboration aussi bien entre les organisations de santé qu'avec les différentes parties prenantes est primordiale, tout comme l'utilisation des synergies pour échanger sur les analyses de cas et en déduire des mesures efficaces.

De voix critiques s'élèvent au sein de la communauté scientifique pour réclamer le perfectionnement des CIRS.

2. *Culture d'apprentissage, culture de sécurité et culture juste*: Les observations et les suggestions d'amélioration des professionnelles et professionnels de la santé sont déterminantes. Pour eux, il est donc primordial de considérer les systèmes de déclaration d'incidents et d'apprentissage comme des systèmes sécurisés, faciles à utiliser et surtout pertinents, et d'être associés à l'analyse ainsi qu'à l'élaboration et à la mise en œuvre des mesures. Pour le bon fonctionnement des CIRS, il est important que les personnes qui déclarent un incident obtiennent un retour en temps réel et soient informées des étapes suivantes. Il est fondamental que la déclaration d'un événement indésirable ne les expose pas à des accusations et à des conséquences négatives. En d'autres termes, il est indispensable que la culture d'apprentissage et la culture juste soient une réalité vécue à tous les niveaux du système de santé en général et dans les hôpitaux et les cabinets médicaux en particulier. La FMH se félicite que la sécurité des patients soit un thème abordé de manière approfondie pendant la formation prégraduée, postgraduée et continue des médecins afin de les former de manière ciblée à ces questions fondamentales. Pour ce faire, la FMH et l'Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue (ISFM) ont développé ensemble un catalogue de compétences

en matière de sécurité des patients pour la formation médicale postgraduée.

3. *Perfectionnement des CIRS*: Mettre sur pied des mesures appropriées à partir des cas annoncés dans un CIRS et réussir à faire appliquer ces mesures durablement constituent un défi qui exige une grande expertise technique. En plus des ressources pour son exploitation, un système CIRS exige des ressources financières, du personnel et du temps, ce qui suppose l'utilisation de synergies. Les CIRS ne sont pas un instrument d'évaluation quantitative de la sécurité des patients, mais se fondent sur l'analyse qualitative de cas individuels complexes pour identifier et analyser des risques inconnus. La poursuite de leur perfectionnement permettra de déployer leur potentiel en vue d'améliorer la sécurité des patients. Dès lors, il s'agit d'approfondir la recherche sur les thèmes suivants : mise en œuvre pratique des CIRS, marche à suivre pour établir une mesure, mise en œuvre des mesures et évaluation de leur efficacité.

Les CIRS doivent se fonder sur une approche systémique de la sécurité des patients.

sonnel et du temps, ce qui suppose l'utilisation de synergies. Les CIRS ne sont pas un instrument d'évaluation quantitative de la sécurité des patients, mais se fondent sur l'analyse qualitative de cas individuels complexes pour identifier et analyser des risques inconnus. La poursuite de leur perfectionnement permettra de déployer leur potentiel en vue d'améliorer la sécurité des patients. Dès lors, il s'agit d'approfondir la recherche sur les thèmes suivants : mise en œuvre pratique des CIRS, marche à suivre pour établir une mesure, mise en œuvre des mesures et évaluation de leur efficacité.

Ce que nous demandons

La FMH estime que les CIRS constituent une approche possible pour analyser les risques jusqu'alors inconnus pour la sécurité des patients et posent les bases pour l'améliorer; en complément au développement et à la mise en œuvre de mesures relatives aux risques connus pour la sécurité des patients.

Il est indispensable que la culture d'apprentissage et la culture juste soient une réalité vécue.

- Pour la FMH, il est essentiel que les CIRS se fondent sur une approche systémique de la sécurité des patients. Pour ce faire, il s'agit de garantir la collaboration aussi bien entre les organisations de santé qu'avec les différentes parties prenantes, d'utiliser les synergies et de promouvoir la recherche pour développer les CIRS.
- Pour le succès des CIRS, la FMH considère important de disposer de l'expertise, des ressources financières, du personnel et du temps requis pour la mise sur pied de mesures appropriées à partir des cas annoncés dans les CIRS et le succès de leur application

durable. Il est par ailleurs indispensable d'associer à ces travaux les professionnelles et professionnels de la santé, et plus exactement les organisations qui les représentent.

- La FMH soutient l'obligation d'inscrire les thèmes relatifs à la sécurité des patients dans la formation médicale prégraduée, postgraduée et continue.
- Depuis 2001, la FMH demande que les rapports confidentiels déposés dans les CIRS (ou dans toute autre mesure d'amélioration de la qualité) soient protégés par la loi (sans vide juridique) contre tout accès des autorités et de tiers. Malheureusement, cela est resté sans réponse jusqu'à présent. Pour la FMH, une inscription dans la loi est pourtant une condition importante et serait non seulement un signal clair en faveur d'une culture juste et

Pour le déploiement d'une culture juste, les CIRS doivent être protégés par la loi contre tout accès des autorités et de tiers.

d'une culture d'apprentissage mais soulignerait aussi l'importance accordée à la sécurité des patientes et des patients pour la société. Intégrer ces questions très complexes sous forme de base légale dans le droit civil, le droit pénal et le droit public exige une évaluation approfondie. Dans ce contexte, il convient de mentionner l'avis de droit Gächter / Vokinger intitulé « Berichtssysteme in Spitälern. Rechtsfragen rund um den Schutz von Berichts- und Lernsystemen in Spitälern vor gerichtlichem Zugriff » (disponible uniquement en allemand).

Correspondance
asqm[at]fmh.ch



© Solarseven / Dreamstime

Les CIRS sont un élément important, mais pas le seul, pour améliorer la sécurité des patients.

Systemes de déclaration d'incidents critiques et d'apprentissage

CIRS Les systèmes de déclaration d'incidents critiques et d'apprentissage (CIRS) figurent parmi les mesures fréquemment appliquées pour améliorer la sécurité des patients. La division Développement numérique, données et qualité (DDQ) de la FMH a établi les bases scientifiques sur ce thème, et le Comité central de la FMH prend position à ce sujet.

Michelle Gerber^a; Esther Kraft^b; Christoph Bosshard^c

^a lic. phil. hum., collaboratrice scientifique DDQ/ASQM; ^b lic. rer. oec., cheffe de la division DDQ; ^c Dr méd., vice-président de la FMH, responsable du département DDQ/ASQM

Les systèmes de déclaration d'incidents critiques et d'apprentissage (CIRS) sont un outil qui permet aux professionnels de la santé de déclarer de manière anonyme – ou, du moins, confidentielle – les incidents ayant un impact sur la sécurité. Il s'agit d'identifier, sur la base des informations fournies par les professionnels de la santé impliqués, des

risques jusqu'alors inconnus pour la sécurité des patients et d'en tirer des enseignements pour éviter des incidents similaires à l'avenir.

L'industrie aéronautique et d'autres industries où la sécurité est primordiale ont développé les CIRS dans les années 50 du siècle dernier. Vers la fin du 20^e siècle, le secteur de la santé a commencé à employer les CIRS, dans un premier

temps dans les domaines de l'anesthésie et de la médecine intensive [1,2]. En Suisse, l'Hôpital universitaire de Bâle a fait œuvre de pionnier en réalisant, déjà au milieu des années 1990, des CIRS basés sur internet, développés ensuite en un système à l'échelle suisse avec le concours de la Société suisse d'anesthésiologie de l'époque [3–5]. Le rapport «To Err is human» publié en

1999 a été à l'origine de la diffusion internationale à large échelle des CIRS [6,7]. En Suisse, au début des années 2000, le CIRSmedical interdisciplinaire a été développé, en collaboration avec la FMH [5]. Un outil qui est aussi utilisé en Allemagne (cirsmedical.de) et en Autriche (cirsmedical.at). En 2006, le CIRNET (patientensicherheit.ch/fr/cirnet-3) de la Fondation Sécurité des patients est entré en service. Les déclarations provenant de systèmes de déclaration d'incidents critiques et d'apprentissage locaux peuvent être transmises à CIRNET. Le but est d'identifier des risques suprarégionaux pour la sécurité des patients. Parmi les exploitants de systèmes de déclaration d'incidents critiques et d'apprentissage figurent, entre autres, l'organisation des médecins tessinois (www.omct.ch/omct/cirs/cirs-omct.html) et la plate-forme du forum de la médecine de premier recours (www.forum-hausarztmedizin.ch). Les professionnels de la santé exerçant en cabinet traitent ensemble des cas CIRS, notamment dans les cercles de qualité (pour de plus amples informations, cf. le groupement Forum pour les cercles de qualité [8]).

Les erreurs humaines sont inévitables et concernent tous les professionnels de la santé à un moment ou l'autre de leur carrière.

La législation suisse prévoit une obligation pour tous les fournisseurs de prestations (fournisseurs de prestations selon l'OAMal tels que médecins, pharmaciennes et pharmaciens, sage-femmes, physiothérapeutes, infirmières et infirmiers, logopédistes, etc.) des secteurs hospitalier et ambulatoire d'exploiter un CIRS. Ainsi, le CIRS est un critère d'admission selon les exigences en matière de qualité de l'art. 58g, let. c, OAMal: les fournisseurs de prestations doivent «disposer d'un système interne de rapports et d'apprentissage approprié et avoir adhéré à un réseau de déclaration des événements indésirables uniforme à l'ensemble de la Suisse, pour autant qu'un tel réseau existe». En plus de cela, le Conseil fédéral exige explicitement un CIRS dans ses objectifs «pour le développement de la qualité AOS 2025-2028»[9]: «Tous les fournisseurs de prestations utilisent un système interne de rapports et d'apprentissage approprié». Il vise par ailleurs «la mise en place d'une culture juste» et «d'un système de gestion des risques cliniques». En conséquence, la Commission fédérale pour la qualité instaurée par le Conseil fédéral a mandaté des études sur ce thème et lancé des appels d'offres. La convention de qualité pour le secteur hospitalier approuvée le 22 mai 2024

par le Conseil fédéral oblige les hôpitaux et cliniques à mettre en œuvre un CIRS [10]. Pour sa part, la Réglementation pour la formation postgraduée de l'Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue (ISFM) mentionne ce point parmi les critères pour la reconnaissance des établissements de formation postgraduée [11].

Toutefois, de plus en plus de voix critiques s'élèvent au sein de la communauté scientifique nationale et internationale pour réclamer une réorientation fondamentale, respectivement le perfectionnement des CIRS. Les expériences décevantes compte tenu des attentes très élevées envers les CIRS sont décrites dans un rapport technique de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) publié en 2020: «The optimism that fuelled the rush to place reporting systems at the heart of patient safety programmes around the world has been replaced by scepticism (born of over a decade's experience of such systems) that reporting is not a stand-alone mechanism for reducing risk and improving safety» [12].

Critical Incident Reporting Systems

Les systèmes de déclaration d'incidents critiques et d'apprentissage (critical incidents reporting systems, CIRS) sont un outil de gestion des risques cliniques permettant de déclarer des incidents de manière anonyme ou confidentielle. Ils servent à analyser les erreurs, les risques, les événements critiques et les presque incidents liés aux systèmes mis en place au sein des organisations du secteur de la santé. Les résultats de l'analyse permettent d'identifier les risques et/ou d'en déduire des mesures d'amélioration et de prévention (définition selon les recommandations des trois organisations de sécurité des patients germanophones [13]). Une approche systémique comprenant l'analyse des incidents susceptibles d'affecter la sécurité des patients est indissociable des CIRS (cf. encadré).

Mise en œuvre hétérogène

Les CIRS sont mis en œuvre selon différentes approches au niveau international (et parfois dans un même pays). Certains pays exploitent des systèmes de déclaration d'incidents nationaux, d'autres des systèmes régionaux ou locaux (limités à certains établissements de santé). D'autres encore regroupent les déclarations provenant de systèmes locaux dans un système national. Dans certains systèmes de déclaration d'incidents critiques et d'apprentissage, seuls les responsables CIRS peuvent accéder à l'interne aux déclarations, tandis qu'il existe d'autres CIRS qui publient en ligne les déclarations sous forme anonymisée afin de permettre une discussion interinstitutionnelle. De nombreux systèmes s'appuient sur des déclarations volontaires. Dans certains pays, les CIRS sont obligatoires dans les hôpitaux et les cabinets médicaux, ou les fournisseurs de prestations sont eux-mêmes tenus de déclarer certains cas. Alors que certains systèmes de déclaration d'incidents critiques et d'apprentissage s'orientent exclusivement sur les déclarations (volontaires) de presque incidents (en particulier dans les pays où les CIRS ne sont pas inscrits dans la loi, notamment en Suisse), il existe également des systèmes de déclaration d'incidents graves (adverse events) et d'apprentissage (obligatoires) ou des formes mixtes. De plus, il existe des systèmes de déclaration d'incidents critiques et d'apprentissage spécifiques, par exemple orientés sur les médicaments. Certains CIRS se limitent à une discipline, alors que dans d'autres, tous les collaborateurs et collaboratrices peuvent déclarer des incidents. Parfois, cette possibilité est élargie aux patientes et patients ainsi qu'à leurs proches [4,16-18].

La plupart des expériences avec les CIRS proviennent du domaine hospitalier, les CIRS étant moins répandus dans les cabinets médicaux [12]. Cela s'explique par le fait que les hô-

Approche systémique de la sécurité des patients

Selon l'approche systémique (approche selon les «facteurs humains»), les erreurs humaines sont inévitables et concernent tous les professionnels de la santé à un moment ou l'autre de leur carrière. Dans ce contexte, les demandes aux professionnels de la santé d'être plus attentifs, ou de faire plus d'efforts, ne permettent pas d'atteindre les objectifs. La fréquence à laquelle se produisent les incidents liés à la sécurité des patients dépend de conditions systémiques latentes, par exemple une charge de travail excessive en raison de la pénurie de personnel, l'absence d'une culture de la sécurité, des sources de distraction, des emballages de médicaments similaires, des appareils non conviviaux, etc. Un incident grave évitable se produira généralement lorsque plusieurs erreurs, circonstances à risque et mesures de sécurité inefficaces se conjuguent. Les organisations comme les hôpitaux ou les cabinets médicaux, et plus largement le système de santé dans son ensemble, doivent donc systématiquement et continuellement être améliorées et aménagées de manière à accroître leur résilience en vue de réduire les risques pour la sécurité des patients [8,14,15].

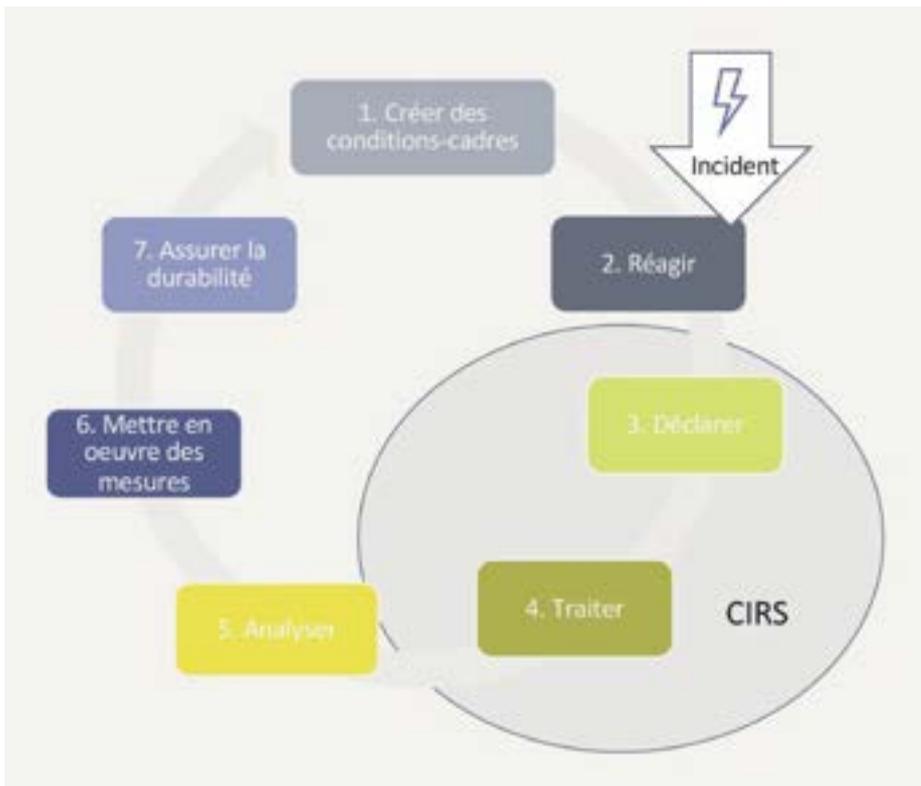


Figure: Le rôle des CIRS dans la gestion des incidents liés à la sécurité des patients (en référence à [1,12,24,25]).

pitaires disposent plus facilement des ressources (personnel et financement) nécessaires pour mettre en œuvre les CIRS. Dans les cabinets médicaux, en revanche, la prise en charge des patientes et patients est souvent assurée par de petites équipes au sein de petites structures fragmentées et géographiquement séparées. Dans ce contexte, une déclaration anonyme n'est souvent pas possible et, par ailleurs, les incidents graves liés à la sécurité des patients sont plus rares [19–21]. Des chercheurs [19] ont néanmoins découvert dans la littérature scientifique des indications relatives à dix-sept systèmes de déclaration d'incidents critiques et d'apprentissage dans la médecine ambulatoire de premier recours dans onze pays différents. Dans certains pays comme l'Angleterre, le Danemark, l'Irlande

ou l'Allemagne, les CIRS sont également obligatoires dans le secteur ambulatoire.

Ce n'est toutefois qu'au cours de ces dernières années que la mise en œuvre effective des CIRS dans les hôpitaux et les cabinets médicaux a été étudiée scientifiquement [18,19,22,23].

Processus de développement continu

La gestion des incidents liés à la sécurité des patients s'effectue dans le cadre d'un cycle de développement continu (cf. figure). Les CIRS entrent en jeu aux étapes «déclarer» et «traiter» et servent de base pour les étapes suivantes.

1. Conditions-cadres: des conditions-cadres doivent être créées pour un CIRS. Il faut disposer de ressources financières, en personnel et en temps, d'un soutien visible de la part des res-

ponsables de l'organisation, de responsabilités définies, de directives relatives à la mise en œuvre, de formations et, enfin, d'un encouragement à une culture de la sécurité et de l'apprentissage, etc. [20,25].

2. Réaction: lorsqu'un incident critique se produit, il faut en premier lieu éviter tout dommage, si nécessaire soutenir les patientes et patients concernés et communiquer de manière ouverte et empathique. Les professionnels de la santé concernés devraient également bénéficier d'un soutien en tant que «secondes victimes» [8,25].

3. Déclaration: les professionnels de la santé doivent savoir quels incidents déclarer ou non dans le CIRS, par exemple uniquement les incidents sans dommage pour le patient. Ils documentent le cas dans le système de déclaration et décrivent de leur point de vue le déroulement des événements. Le processus de déclaration doit être facile d'accès, convivial, simple et efficace (par exemple éviter les saisies multiples des mêmes données) [1,12,16,25].

4. Traitement: les déclarations reçues sont analysées et traitées par la personne responsable du CIRS, par exemple concernant l'urgence, le triage avec d'autres systèmes de déclaration (par exemple de Swissmedic) et une anonymisation suffisante [13].

5. Analyse: dans l'idéal, les cas (classés selon un ordre de priorité) sont analysés en détail par des équipes qualifiées à l'aide de méthodes qualitatives (par exemple sous forme d'interviews, d'une analyse de documents ou d'une visite sur place), afin de comprendre dans le détail les facteurs pertinents. Pour ce faire, il faut disposer de ressources en temps, d'une expertise multidisciplinaire dans le domaine clinique concerné et dans les facteurs humains (cf. encadré 1), et mettre en œuvre des approches méthodologiques appropriées [1,12,25,26], par exemple Root cause analysis (RCA) [23,26], System Engineering Initiative for Patient Safety (SEIPS), AcciMaps [27–29], London-Protocol [4,13] et bien d'autres [27]. Sécurité des pa-

© FMH

Tableau: Exemple pour l'évaluation de l'efficacité de mesures en faveur de la sécurité des patients [23,29,32]

Mesures faibles	Mesures de force moyenne	Mesures fortes
Formation	Rappels	Automatisation
Information	Listes de contrôle	Numérisation testée quant à la praticité
Mise en garde	Doubles contrôles	Réaménagement de l'environnement physique
Règles	Simplifications	Pilotage technique par le biais de fonctions ou restrictions contraignantes
Directives	Standardisation	Évolution de la culture d'entreprise



*Virological suppression is
the first step to achieving*

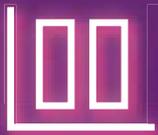
HIV + HEALTHY^{4,5}

**For your patients living with HIV, make
DOVATO a part of their healthy future.^{2,3}**

Taille originale



DOVATO



**DURABLE
ET ROBUSTE^{2,3}**



**SANS TDF, TAF
ET ABC¹**

* Chaque emballage de DOVATO contient 30 comprimés emballés dans 5 blisters. Quatre blisters contiennent 7 comprimés avec des marquages pour les divers jours de la semaine. Un blister contient 2 comprimés sans marquage. DOVATO est indiqué pour une prise quotidienne unique.¹

DOVATO est indiqué pour le traitement de l'infection à VIH chez les patients adultes et adolescents (à partir de 12 ans; poids minimum: 40 kg) non prétraités, ou en remplacement d'un traitement antirétroviral actuel chez les patients présentant depuis au moins 6 mois une suppression virologique sous traitement antirétroviral stable, sans antécédent d'échec virologique et sans mutation de résistance du VIH-1 aux antirétroviraux de la classe des INI ou des INTI.¹

Tolérance: Dans les études GEMINI, les profils de tolérance à la semaine 144 étaient comparables dans les deux bras d'étude et montraient un risque d'effets indésirables (EI) médicamenteux significativement plus bas pour DTG + 3TC que pour DTG + TDF/FTC. L'EI médicamenteux grade 2-5 survenu le plus fréquemment était des maux de tête (1% dans les deux bras d'étude). Les interruptions de l'étude en raison d'EI aux médicaments étaient de 4% avec DTG + 3TC et de 5% avec DTG + TDF/FTC.² Dans l'étude TANGO, les interruptions de l'étude à cause d'EI et les EI médicamenteux à la semaine 144 dans le bras DTG/3TC ont été plus fréquents par rapport à la poursuite des régimes contenant du TAF (6% vs. 2% et 15% vs. 5%). Les EI les plus fréquents (>10 %) dans l'un ou l'autre bras (proportions similaires) étaient la rhinopharyngite, la diarrhée, le mal de dos, l'infection des voies respiratoires supérieures, la syphilis et l'arthralgie.³

Références: 1. DOVATO Swiss Prescribing Information, www.swissmedicinfo.ch. 2. Cahn P, Sierra Madero J, Arribas JR, et al. Three-year durable efficacy of dolutegravir plus lamivudine in antiretroviral treatment-naïve adults with HIV-1 infection. *AIDS*. 2022;36(1): 39-48. doi:10.1097/QAD.0000000000003070 3. Osiyemi O, De Wit S, Ajana F, et al. Efficacy and safety of switching to dolutegravir/lamivudine (DTG/3TC) versus continuing a tenofovir alafenamide-based 3- or 4-drug regimen for maintenance of virologic suppression in adults living with HIV-1: results through week 144 from the phase 3, non-inferiority TANGO randomized trial. *Clin Infect Dis*. 2022; doi:10.1093/cid/ciac036.4. Montaner JS, Wood E, Kerr T et al. Expanded highly active antiretroviral therapy coverage among HIV-positive drug users to improve individual and public health outcomes. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2010;55 Suppl 1:5. 5. Eisinger RW, Dieffenbach CW, Fauci AS. HIV Viral Load and Transmissibility of HIV Infection: Undetectable Equals Untransmittable. *JAMA*. 2019;321(5):451-452. Les professionnel·le·s de la santé peuvent demander les références mentionnées à ViV Healthcare Sarl.

Information professionnelle abrégée

Dovato comprimés pelliculés

PA: Dolutegravir 50 mg, lamivudine 300 mg. **I:** Traitement de l'infection à VIH chez les patients adultes et adolescents (à partir de 12 ans; poids minimum: 40 kg) non prétraités, ou en remplacement d'un traitement antirétroviral actuel chez les patients présentant depuis au moins 6 mois une suppression virologique sous traitement antirétroviral stable, sans antécédent d'échec virologique et sans mutation de résistance du VIH-1 aux antirétroviraux de la classe des INI ou des INTI. **P:** Un comprimé par jour (avec ou sans repas). Dovato est un comprimé à doses fixes et ne doit donc pas être prescrit aux patients nécessitant des ajustements posologiques (p.ex. dans le cas d'une clairance de la créatinine inférieure à 30 ml/min). **CI:** Hypersensibilité à l'un des principes actifs ou à l'un des excipients. Utilisation concomitante des médicaments à marge thérapeutique étroite, qui sont des substrats du transporteur OCT2, comme le dofétilide ou la pilsacainide ou la fampridine (également connue sous le nom de dalfampridine). Dovato ne doit pas être administré simultanément à de fortes doses de co-trimoxazole. **M/P:** Réactions d'hypersensibilité: L'administration de Dovato respectivement d'autres principes actifs suspectés doit être interrompue immédiatement dès l'apparition de signes et symptômes d'une réaction d'hypersensibilité. L'état clinique ainsi que les taux d'aminotransférases hépatiques doivent être surveillés. Eventuellement, un traitement adéquat doit être instauré. Il faut envisager des ajustements de la dose de metformine au début et à la fin d'une co-administration de Dovato. **IA:** Dovato ne doit être pris avec aucun autre médicament contenant du dolutegravir, de la lamivudine ou de l'emtricitabine, à moins qu'une dose supplémentaire de 50 mg de dolutegravir soit nécessaire en raison d'interactions médicamenteuses. La dose recommandée de dolutegravir est de 50 mg deux fois par jour en cas de co-administration avec de la rifampicine, de la carbamazépine, de l'étravirine (sans inhibiteurs de protéase boostés), de l'efavirenz, de la névirapine ou du tipranavir/ritonavir. Eviter l'utilisation concomitante de l'oxcarbazépine, de la phénytoïne, du phénobarbital ou du millepertuis. Le dolutegravir doit être administré 2 heures avant ou 6 heures après la prise d'antiacides contenant des cations polyvalents ou de suppléments contenant du fer ou du calcium. Eviter l'utilisation concomitante de médicaments contenant du sorbitol. **GA:** Les femmes en âge de procréer doivent être informées du risque potentiel d'anomalies du tube neural sous dolutegravir, et être conseillées quant à l'utilisation d'une méthode de contraception efficace. Un test de grossesse doit être effectué avant le début du traitement par Dovato. Chez les femmes qui envisagent une grossesse et chez lesquelles une grossesse au premier trimestre est constatée pendant la prise de Dovato, les risques et les bénéfices de la poursuite du traitement par Dovato par rapport à un changement de traitement antirétroviral doivent être discutés avec la patiente. Dovato ne doit être administré pendant le reste de la grossesse que si le bénéfice pour la mère est supérieur au risque pour le fœtus. Eviter l'allaitement. **EI:** Très fréquent: céphalée, nausées, diarrhées. Fréquent: hyperlactatémie, idées suicidaires, dépression, anxiété, insomnie, rêves anormaux, sensation de vertige, somnolence, vomissements, flatulences, douleur et inconfort abdominal, douleurs dans la partie supérieure de l'abdomen, éruption cutanée, prurit, alopecie, troubles musculaires, arthralgie, fatigue, malaise, fièvre, prise de poids. Occasionnel: neutropénie, anémie, thrombopénie, flushing, hypersensibilité, syndrome de reconstitution immunitaire, tentative de suicide, trouble de l'humeur, désorientation, nervosité, troubles de l'attention, hypoesthésie, reflux gastro-œsophagien, sécheresse de la bouche, hépatite, augmentation transitoire des taux d'enzymes hépatiques, myalgie, hyperplasie des glandes sébacées, sueurs nocturnes. **Catégorie de remise:** A. **Mise à jour de l'information:** Décembre 2023. ViV Healthcare GmbH. Vous trouverez des informations détaillées sur www.swissmedicinfo.ch. Veuillez signaler les effets indésirables à l'adresse pv.swiss@gsk.com.

tients Suisse met à disposition différents outils pour l'analyse d'incidents sur: patientensicherheit.ch/fr/cirnet-3/management-cirs/ou-tils-cirnet.

6. Mesures: des mesures pour améliorer la sécurité des patients sont formulées sur la base de l'analyse approfondie des cas CIRS. On ne sait cependant pas comment les hôpitaux les mettent en œuvre dans la pratique. En outre, les recommandations relatives aux méthodes et aux démarches pour définir des mesures ne sont pas encore disponibles [23]. Même si les mesures dites fortes sont plus complexes à mettre en œuvre, elles sont plus efficaces et durables, étant donné qu'elles misent moins sur la capacité de mémoire et d'action des individus et davantage sur des changements systémiques, par exemple au moyen de solutions techniques testées quant à leur praticité ou par l'amélioration des conditions latentes (par exemple culture de la sécurité et de l'apprentissage ou planification du personnel) [30,31]. Ces systèmes d'évaluation des mesures (cf. tableau pour un exemple) sont toutefois utilisés de différentes manières et suscitent la controverse [23].

Pour améliorer la sécurité des patientes et des patients, il faut améliorer le système de santé dans son ensemble.

7. Durabilité: l'objectif de ce processus consiste à mettre en œuvre des mesures efficaces dans la pratique qui améliorent la sécurité des patients [12,25,26]. Les mesures découlant de l'analyse doivent donc être évaluées quant à leur praticité et leur efficacité à long terme pour éviter de futurs incidents liés à la sécurité des patients. À noter que la recherche sur les méthodes et les approches appropriées fait jusqu'ici défaut [32] et que dans la pratique, l'accent est plutôt mis sur les méthodes informelles telles que les discussions en équipe [33]. De plus, les résultats des analyses et les mesures mises en œuvre avec succès devraient être communiqués à l'interne et à l'externe, d'une part pour rendre visible le bénéfice qui en découle (en particulier pour les personnes à l'origine d'une déclaration) et, d'autre part, pour mettre à profit des synergies [25,34].

Bénéfice

Les CIRS servent à améliorer la sécurité des patients et à minimiser les dommages évitables causés aux patients. Les mécanismes d'action suivants sont proposés:

1. Base pour le processus de développement continu: les CIRS peuvent contribuer à identifier et classer par ordre de priorité les risques nou-

veaux et inédits dans les soins de santé. Il s'agit de les analyser en détail afin d'améliorer la sécurité des patients à l'aide de mesures découlant d'un processus de développement continu. Les CIRS peuvent aider à identifier les incidents liés à la sécurité des patients et, en cas d'incidents rares, à déterminer les schémas sous-jacents à l'aide de cas agrégés [13,16,35,36].

2. Culture de la sécurité: la mise en œuvre des CIRS et la communication dans ce sens contribuent à sensibiliser les professionnels de la santé et leurs organisations aux risques de sécurité systémiques pour les patients (cf. encadré 1) ainsi que pour l'amélioration de la culture d'apprentissage et de la sécurité [13,16,33]. Les organisations et professionnels de la santé sont souvent motivés à rechercher des améliorations sur la base de cas CIRS qui se sont produits ou auraient pu se produire dans leur environnement de travail.

3. Institutionnalisation: les CIRS devraient permettre d'ancrer de manière contraignante les processus relatifs au traitement régulier des incidents liés à la sécurité des patients dans une organisation, ce qui implique la mise à disposition des ressources correspondantes. L'engagement peut être porté à la connaissance du public et des patientes et patients concernés, mais aussi des collaboratrices et collaborateurs impliqués [12,16,37].

Limites et défis

Malgré la popularité des CIRS, les interrogations se multiplient au sein de la communauté scientifique internationale. En effet, il n'existe actuellement guère de preuves scientifiques démontrant l'efficacité des CIRS [7,12,16,36,38]. Les raisons à cela – et donc les pistes envisageables pour un perfectionnement des CIRS – se situent à différents niveaux: (1) orientation inadéquate des CIRS, (2) conditions-cadres défavorables et (3) difficultés dans la mise en œuvre.

1. Orientation des CIRS

Une critique fondamentale porte sur l'interprétation erronée d'aspects fondamentaux des CIRS: «These problems can be traced to what was lost in translation when incident reporting was adapted from aviation and other safety-critical industries, with fundamental aspects of successful incident reporting systems misunderstood, misapplied or entirely missed in health-care» [35].

Les cas CIRS déclarés volontairement par les professionnels de la santé ne sont pas adaptés pour connaître la fréquence des incidents liés à la sécurité des patients. C'est souvent une augmentation du nombre de déclarations qui est visée. Le nombre de déclarations ne permet cependant pas de s'exprimer sur l'état ou l'amélioration de la sécurité des patients (ou de la

culture de la sécurité) au fil du temps. Il n'est pas possible de procéder avec des CIRS à des comparaisons entre les organisations ou systèmes de santé ni à des comparaisons entre les différentes catégories d'incidents liés à la sécurité des patients. Au contraire, il y a parfois trop de déclarations dans les CIRS, par exemple sur des risques déjà connus, ou lorsque les CIRS sont utilisés pour déposer des plaintes personnelles [16,39]. Cela peut avoir pour conséquence que les déclarations ne sont pas traitées (de manière approfondie), ce qui peut être une source de frustration pour les professionnels de la santé. Au Royaume-Uni, on compte ainsi chaque année environ 1,5 million de déclarations dans le CIRS national [40] et entre 50 et 130 000 déclarations dans différents CIRS du secteur ambulatoire [19]. Il faudrait donc définir un ordre de priorité concernant la question de savoir ce qu'il faut déclarer et/ou la sélection des cas devant être soumis à une analyse approfondie [4,12,18,35,36,40]. À noter que la recherche n'a jusqu'ici pas défini un ordre de priorité approprié.

À eux seuls, les CIRS ne suffisent pas à améliorer la sécurité des patients. En tant qu'outil pour la prise en compte systématique des observations et propositions d'amélioration des professionnels de la santé relatives à la sécurité des patients, ils ne sont impliqués que dans deux des sept phases du processus de développement continu présenté dans la figure 1. Souvent, on accorde trop d'importance au processus de traitement des données et on perd de vue l'objectif initial: les changements systémiques de réduction des risques réalisés de manière participative [12,16,35,36,38,40,41]. Les auteurs d'une étude d'un hôpital pionnier dans le domaine des CIRS admettent ainsi: «the feedback loop was the weakest part of our CIRS, indicating that unfortunately no learning effect and improvement of patient safety may result from many reports» [3]. La mise sur pied de mesures appropriées à partir des cas annoncés dans un CIRS et l'application durable de ces mesures constituent un défi au quotidien qui n'a jusqu'ici, pour ainsi dire, pas été pris en compte dans la recherche [12,23,26]. Des mesures multiples et fortes qui permettent de modifier les conditions systémiques latentes sont l'idéal (cf. tableau). Dans la réalité, on ne prend souvent que des mesures découlant de l'analyse qui sont faibles et peu durables. En effet, les mesures faibles se fondent sur des facteurs superficiels et sont plus faciles à mettre en œuvre [7,26,32,36,42]. Cela vaut d'autant plus pour les cabinets médicaux qui ne disposent que de ressources limitées pour les CIRS. Une étude portant sur 184 cabinets en Allemagne a montré que 83 % des mesures prises étaient faibles [43]. Une autre étude allemande met en lumière la rareté d'une gestion systématique des erreurs dans les cabinets in-

1* par semaine

mounjaro[®]
(tirzepatide) injection



POUR LES PATIENT·E·S AVEC
UN DIABÈTE DE TYPE 2*

**ALLER
AU-DELÀ**
GRÂCE À DES RÉSULTATS
EXCEPTIONNELS^{1-5,**}

UNE CLASSE À PART¹



**Le premier et unique
agoniste des récepteurs
GIP/GLP-1⁶**



**Réduction supérieure
de l'HbA_{1c}
jusqu'à -2.5%^{2,+}**



**Réduction supérieure
du poids[#]
jusqu'à -12.4 kg^{2,+}**

* Mounjaro[®] est indiqué chez les adultes pour le traitement du diabète de type 2 insuffisamment contrôlé en complément à un régime et de l'exercice en monothérapie, en cas de contre-indication ou d'intolérance à la metformine, et en association avec d'autres médicaments hypoglycémisants. Voir la rubrique « Efficacité clinique » pour les résultats obtenus avec les associations examinées dans des études cliniques.⁶

** La supériorité de Mounjaro[®] (5 mg, 10 mg et 15 mg) se rapporte à la réduction de l'HbA_{1c} et du poids et a été démontrée dans les études de phase 3 SURPASS-1 à 5 (N = 6 263) d'une durée de 40 à 104 semaines chez des patient·e·s atteint·e·s de diabète de type 2 qui présentaient auparavant un contrôle glycémique insuffisant. Mounjaro[®] a été étudié dans les doses de 5 mg, 10 mg et 15 mg par rapport à un placebo ou à un comparateur actif (semaglutide 1 mg, insuline degludec, insuline glargine) et a été administré - en fonction de l'étude - en complément d'un régime alimentaire et de l'exercice, en monothérapie ou en combinaison avec jusqu'à trois traitements de fond (metformine, inhibiteurs du SGLT2, sulfonurées et/ou insulines basales). Le critère d'évaluation primaire de ces études était la variation de l'HbA_{1c} à partir de la valeur initiale jusqu'à la semaine 40 ou 52 (selon l'étude).¹⁻⁵

+ Avec Mounjaro[®] 15 mg vs semaglutide 1 mg après 40 semaines.²

Mounjaro[®] est indiqué chez les adultes pour le traitement du diabète de type 2 insuffisamment contrôlé. La variation du poids corporel était un critère d'évaluation secondaire dans les études cliniques.

GIP = polypeptide insulinothéropé dépendant du glucose; **GLP-1** = glucagon-like peptide 1; **ISGLT2** = inhibiteurs du sodium-glucose co-transporter 2.

1. Del Prato S. et al. for the SURPASS-4 Investigators. Tirzepatide versus insulin glargine in type 2 diabetes and increased cardiovascular risk (SURPASS-4): a randomised, open-label, parallel-group, multicentre, phase 3 trial. *Lancet*. 2021;398(10313):1811-24. **2.** Frias JP. et al. for the SURPASS-2 Investigators. Tirzepatide versus semaglutide once weekly in patients with type 2 diabetes. *N Engl J Med*. 2021;385(6):503-15. **3.** Rosenstock J. et al. Efficacy and safety of a novel dual GIP and GLP-1 receptor agonist tirzepatide in patients with type 2 diabetes (SURPASS-1): a double-blind, randomised, phase 3 trial. *Lancet*. 2021;398(10295):143-55. **4.** Ludvik B. et al. Once-weekly tirzepatide versus once-daily insulin degludec as add-on to metformin with or without SGLT2 inhibitors in patients with type 2 diabetes (SURPASS-3): a randomised, open-label, parallel-group, phase 3 trial. *Lancet*. 2021;398(10300):583-98. **5.** Dahl D. et al. Effect of subcutaneous tirzepatide vs placebo added to titrated insulin glargine on glycaemic control in patients with type 2 diabetes: the SURPASS-5 randomized clinical trial. *JAMA*. 2022;327(6):534-45. **6.** Information professionnelle Mounjaro[®], www.swissmedinfo.ch.

Les spécialistes de la santé peuvent demander les références auprès de l'entreprise en tout temps.

Mounjaro[®] (tirzépate) (tirzépate)

I: Mounjaro est indiqué dans le traitement d'adultes souffrant du diabète de type 2 insuffisamment contrôlé en complément à un régime et de l'exercice : en monothérapie, en cas de contre-indication ou d'intolérance à la metformine ; en association avec d'autres médicaments hypoglycémisants. **Po/ME:** La dose initiale de tirzépate est de 2.5 mg une fois par semaine. Après 4 semaines, la dose est augmentée à 5 mg une fois par semaine. Si nécessaire, la dose peut être augmentée par paliers de 2.5 mg après au moins 4 semaines à la dose actuelle. La dose maximale est de 15 mg une fois par semaine. La dose peut être administrée à toute heure de la journée, indépendamment des repas. Mounjaro est injecté par voie sous-cutanée dans l'abdomen, la cuisse ou le haut du bras. Le site d'injection doit être changé à chaque injection. **CI:** Hypersensibilité au principe actif ou à l'un des excipients. **Pr/IM:** Des patients atteints de carcinome médullaire de la thyroïde ou de syndrome néoplasique endocrinien multiple de type 2 (MEN 2) n'ont pas été examinés dans des études cliniques avec tirzépate. Ces patients ne doivent recevoir un traitement par tirzépate qu'après un examen approfondi du rapport bénéfice-risque. Tirzépate n'a pas été étudié chez les patients ayant des antécédents de pancréatite et doit être utilisé avec prudence chez ces patients. Chez les patients prenant du tirzépate en association avec une sulfonurée ou de l'insuline, le risque d'hypoglycémie peut augmenter. L'utilisation de tirzépate peut être associée à des effets indésirables gastro-intestinaux, notamment des nausées, des vomissements et de la diarrhée. Ces événements peuvent entraîner une déshydratation, qui peut provoquer une détérioration de la fonction rénale, y compris une insuffisance rénale aiguë. Tirzépate n'a pas été étudié chez les patients atteints de maladies gastro-intestinales sévères, y compris la gastroparésie et chez les patients atteints de rétinopathie diabétique proliférante ou d'œdème maculaire diabétique. Ces patients doivent faire l'objet d'une surveillance adaptée. **IA:** Tirzépate retarde la vidange gastrique, mesurée par la pharmacocinétique du paracétamol, affectant ainsi potentiellement l'absorption de médicaments oraux concomitants. L'utilisation de tirzépate peut diminuer l'efficacité des contraceptifs hormonaux oraux. **GA:** Tirzépate ne doit pas être utilisé pendant la grossesse. Il faut décider si arrêter l'allaitement ou l'utilisation de tirzépate, compte tenu des avantages de l'allaitement pour l'enfant et des avantages de la thérapie pour la femme. **EI:** Très fréquents et fréquents : nausées, diarrhée, hypoglycémie, réactions d'hypersensibilité (parfois sévères, par exemple urticaire, eczéma), douleurs abdominales, vomissements, dyspepsie, constipation, météorisme, éructations, flatulences, reflux gastro-œsophagien, fatigue, réactions au site d'injection. **P:** Mounjaro 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg, 10 mg, 12.5 mg et 15 mg 4 stylos préremplis. Catégorie de remise B. Pour de plus amples informations, consulter www.swissmedinfo.ch. Eli Lilly (Suisse) SA, Ch. des Coquelicots 16, CP 580, 1214 Vernier (GE), V09-2023

▼ Ce médicament fait l'objet d'une surveillance supplémentaire. Pour plus d'informations, se référer à l'information professionnelle/l'information destinée aux patients de Mounjaro[®] disponible sous www.swissmedinfo.ch.

Lilly

cluant une analyse approfondie et le développement de mesures d'amélioration préventives appropriées [22].

2. Conditions-cadres

Un engagement visible des acteurs du système de santé est décisif pour assurer le succès des CIRS. Les CIRS demandent des ressources financières, en personnel et en temps pour l'infrastructure technique, pour l'exploitation et la formation, mais en particulier aussi pour l'analyse approfondie et la mise en œuvre de mesures. L'analyse et la mise en œuvre de mesures sont complexes et requièrent de combiner expertise en matière de sécurité des patients et compréhension du contexte clinique et local [4,13,16,18,25,32,36-38,40].

Les cours consacrés aux thèmes de la sécurité des patients [22,37,44] sont considérés comme utiles (pour les bases existantes, cf. groupement Forum pour les cercles de qualité [8] ou Fondation Sécurité des patients [45]). Pour mieux ancrer le thème de la sécurité des patients dans la formation médicale postgraduée, la FMH et l'ISFM ont développé ensemble un catalogue de compétences en matière de sécurité des patients.

Il est fondamental que la déclaration d'un événement indésirable n'expose pas à des accusations et à des conséquences négatives. Une culture juste d'une organisation, le soutien des collaboratrices et collaborateurs concernés (secondes victimes), la saisie anonyme des cas CIRS (aussi pour des raisons de protection des données) et la déclaration des cas CIRS auprès d'une instance indépendante (pas aux supérieurs hiérarchiques) sont donc des éléments indispensables [4,8,17,19,25,33,35].

Une condition-cadre essentielle, qui est aussi un signal clair en faveur d'une culture juste et d'une culture d'apprentissage, consiste à inscrire dans la loi les systèmes de déclaration d'incidents critiques et d'apprentissage et d'accorder ainsi une protection juridique appropriée aux professionnels de la santé [4,17-19,25,33]. Une inscription dans la loi a déjà été exigée en 1999 dans le rapport «To Err is human» [6], par l'OMS dans le «Plan d'action mondial pour la sécurité des patients 2021-2030» [46], et en Suisse avec la motion de Ruth Humbel (18.4210, Systèmes d'apprentissage mis en place dans les hôpitaux pour éviter des erreurs. Protéger la confidentialité) adoptée par le Parlement fédéral en 2020. Cela fait d'ailleurs plus de 20 ans que la FMH rend attentif à la nécessité de protéger par la loi les déclarations confidentielles dans le cadre des CIRS (et d'autres mesures d'amélioration de la qualité) contre l'accès par les autorités et les tiers [47]. L'arrêt du Tribunal fédéral 1B_289/2016 du 8 décembre 2016 témoigne de cette nécessité. La discussion sur la question de

savoir si l'autorité de poursuite pénale peut être empêchée d'utiliser des documents issus d'un système de déclaration d'incidents critiques et d'apprentissage, dans le cas concret un hôpital, a suscité des incertitudes parmi les exploitants de CIRS [2]. D'après un avis de droit du 26 mai 2020 mandaté par l'OFSP, cela devrait «en particulier dans les cas les plus critiques avoir pour conséquence que des déclarations importantes et objectives ne sont pas déposées, raison pour laquelle il est souhaitable de limiter autant que possible l'accès des autorités» [2]. Dans les pays sans base légale correspondante (comme en Suisse), il est actuellement recommandé [2,48] de ne saisir que les presque incidents dans les systèmes de déclaration d'incidents critiques et d'apprentissage. En revanche, il est conseillé de ne pas déclarer dans les CIRS les incidents lors desquels les patientes ou patients ont subi un dommage (incidents indésirables évitables). Toutefois, la distinction n'est pas toujours facile à opérer dans la pratique [2].

3. Mise en œuvre

Pour que les professionnels de la santé utilisent le CIRS, la charge de travail liée à la déclaration doit être limitée. Certains experts [40] espèrent que la numérisation, l'utilisation d'un seul dossier électronique du patient par différentes institutions et les développements dans le domaine de l'intelligence artificielle permettront de réduire la charge de travail que cela implique. Les cabinets médicaux emploient souvent des systèmes moins formalisés et plus conviviaux, impliquant par exemple la discussion de cas lors de réunions d'équipe ou avec les responsables des centres médicaux régionaux. Les cas sont alors consignés individuellement ou dans un dossier accessible à tous, par exemple un dossier électronique du patient établi à cet effet [22,44].

Les CIRS exigent des ressources importantes, notamment pour analyser et mettre en œuvre des mesures.

Après une déclaration, il est important que les professionnels de la santé reçoivent un retour en temps réel et soient informés des étapes suivantes [13,16,33-35,40], ce qui, dans les systèmes de déclaration anonyme, ne peut se faire qu'au moyen de solutions techniques et de communication appropriées [20]. Des informations et retours ainsi que des recommandations d'amélioration et mises en garde [12] ne suffisent cependant pas à garantir une mise en œuvre durable. Il faut donc impliquer les professionnels de la santé concernés dans l'analyse, l'élaboration

et la mise en œuvre de mesures [26,33]. Le CIRS est plus efficace lorsque l'équipe clinique locale est responsable de la mise en œuvre [4,7], étant donné que les mesures seront praticables, plus rapidement mises en œuvre et visibles pour les personnes concernées [19]. Une étude portant sur un réseau ambulatoire de médecins urgentistes aux Pays-Bas, réalisée lors de la mise en place d'un système local (au niveau du cabinet), a montré que la participation au CIRS a augmenté et que les mesures ont été plus vite réalisées comparativement à un système centralisé impliquant tous les cabinets [49].

La mise en œuvre à l'échelon local comporte cependant le risque que le CIRS n'ait pas d'effet au-delà du contexte local [34,41]. L'échange au sein d'une organisation et la mise à profit de synergies entre les organisations (partage de connaissances et savoir-faire, analyse des incidents et des mesures implémentées) peuvent s'avérer utiles dans cette situation [4,13,16,21]. L'échange peut aussi inclure des exemples de déclarations CIRS anonymisées (par exemple de cirsmedical.de, cirsmedical.at et, pour les médecins de famille, de jeder-fehler-zaehlt.de) et des rapports d'analyse détaillés (cf. ci-après). L'analyse des déclarations centralisées peut permettre d'identifier des tendances et signes avant-coureurs suprarégionaux et des schémas sous-jacents aux incidents rares [13,19,21,36]. Il est fondamental d'aborder les risques à l'échelle du système, par exemple le design des emballages de médicaments, l'utilité des systèmes d'information électroniques, la pénurie de personnel qualifié et autres. Ces risques systémiques ne peuvent guère être influencés par une seule organisation [16,19,36]. Les pays comme l'Angleterre ou la Norvège se sont engagés sur de nouvelles voies en prenant exemple sur les industries où la sécurité est primordiale. Une organisation nationale indépendante (Health Services Safety Investigations Body in England, www.hssib.org.uk und Norwegian Healthcare Investigation Board, <https://ukom.no>) analyse les incidents graves liés à la sécurité des patients en tenant compte du système de santé dans son ensemble. Pour son analyse, l'équipe multidisciplinaire d'experts adopte une perspective axée sur l'apprentissage et consulte les professionnels de la santé concernés ainsi que les patientes et patients avec leurs proches. La recherche portant sur l'analyse de cette nouvelle approche n'est toutefois pas encore disponible [50,51].

Conclusion

Les CIRS comptent parmi les stratégies répandues pour améliorer la sécurité des patients. Les milieux politiques et l'administration fédérale l'exigent avec une insistance accrue. Les CIRS peuvent contribuer à identifier de nouveaux risques sur la base d'observations de pro-

fessionnels de la santé en vue d'améliorer la sécurité des patients au moyen de mesures découlant d'un processus de développement continu mises en œuvre avec succès et d'un développement de la culture de la sécurité. En établissant les processus et les structures des CIRS et en mettant à disposition les ressources en personnel et financières nécessaires, les organisations du secteur de la santé peuvent créer des bases importantes pour un engagement en faveur de la sécurité des patients.

Les CIRS doivent se concentrer sur la mise en œuvre plutôt que sur la déclaration.

À l'heure actuelle, les CIRS ne peuvent toutefois pas répondre aux attentes [38]. En effet, il n'existe jusqu'à présent pas de preuves suffisantes d'une amélioration durable de la sécurité des patients. Ce constat s'applique d'ailleurs aussi à d'autres activités liées à la qualité. Afin que les CIRS puissent déployer leur potentiel pour améliorer la sécurité des patients, ils doivent être perfectionnés avec le soutien d'une recherche tenant compte de leurs points forts, mais aussi de leurs limites. Les dommages aux patients évitables dans les soins de santé représentent un défi international pour les différents systèmes de santé [52,53] et occasionnent des souffrances inutiles.

Pour éviter que les CIRS ne servent que d'alibi [38,40], il faut mettre à disposition des ressources financières, en personnel et en temps suffisantes. Les ressources devraient si possible être mobilisées de manière ciblée et s'appuyer sur une analyse du rapport coût-bénéfice. Car il ne faut pas oublier que les CIRS ne sont qu'une approche parmi d'autres pour améliorer la sécurité des patients, et une des diverses méthodes d'analyse des risques en vue d'améliorer la sécurité des patients. Les conférences sur la morbidité et la mortalité, la révision par des pairs, les audits, les parcours de sécurité des patients, les observations systématiques, les cercles de qualité, l'analyse de cas issus de la gestion des réclamations et l'analyse prospective du potentiel de risque en sont d'autres exemples [4,7,21].

Les CIRS ne sont pas un instrument de collecte et d'évaluation quantitative de la sécurité des patients. Ils se fondent essentiellement sur l'analyse qualitative de cas individuels complexes pour identifier et analyser des risques inconnus. Une définition des priorités dans le relevé de données et l'analyse sont décisives, afin que les précieuses informations fournies par les professionnels de la santé puissent être exploitées pour améliorer durablement la sécu-

rité des patients. L'accent doit donc davantage être mis sur l'apprentissage et moins sur la déclaration. Il ne s'agit pas d'un apprentissage individuel sur la base de nouvelles informations, mais d'un processus complexe pour mettre en œuvre des mesures d'amélioration systémiques dans des organisations telles qu'un hôpital ou un cabinet et à l'échelon de l'ensemble du système de santé [12].

L'enjeu consiste à résoudre le paradoxe entre mesures systémiques et responsabilité locale. D'une part, des mesures fortes en faveur de la sécurité des patients (cf. tableau) sont plus efficaces. Leur élaboration est cependant complexe et requiert des ressources suffisantes, une grande expertise et souvent aussi une collaboration à l'échelle du système, entre les organisations et les parties prenantes [50,51], ce qui ne peut que difficilement être accompli à l'échelon local. D'autre part, les CIRS sont plus efficaces lorsque la responsabilité pour leur mise en œuvre incombe aux équipes cliniques locales. Les CIRS ne peuvent fonctionner que si les professionnels de la santé y voient un bénéfice et y participent. Pour eux, il est primordial de considérer les CIRS comme des systèmes sécurisés, faciles à utiliser et surtout pertinents [4,12,16].

Correspondance
asqm[at]fmh.ch



Références

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

Protection non invasive efficace contre la MSC après un IM et en cas d'ICFEr

La mort subite cardiaque (MSC) est l'une des causes de décès les plus fréquentes dans les pays occidentaux. Rien qu'en Suisse, 8000 personnes en décèdent chaque année.¹ Le PD Dr méd. Alexander Breitenstein, médecin adjoint de la clinique de cardiologie de l'Hôpital universitaire de Zurich, a discuté avec le Prof. David Duncker, directeur du Centre du rythme cardiaque de la Faculté de médecine de Hanovre (Allemagne), lors du congrès 2024 de l'European Heart Rhythm Association (EHRA), de la prévention de la MSC après un infarctus du myocarde (IM) et en cas d'insuffisance cardiaque à fraction d'éjection réduite (ICFEr) nouvellement diagnostiquée, ainsi que du rôle du défibrillateur automatique portable (DAP).

Le risque de MSC ne doit pas être sous-estimé. Ce risque est particulièrement élevé après un IM aigu et en cas d'ICFEr nouvellement diagnostiquée, lorsque les patientes et patients présentent une fraction d'éjection ventriculaire gauche (FEVG) $\leq 35\%$. Le risque est maximal dans la phase précoce, en particulier dans les 90 jours suivant un événement cardiaque.² Chez 83% des personnes qui décèdent d'une MSC durant cette période, le décès survient après la sortie de l'hôpital.² Plus la FEVG est réduite, plus le risque est élevé. C'est précisément dans la phase précoce, lorsque le traitement médicamenteux, composé d'une combinaison d'ARNI, d'ARM, de bêtabloquants et d'inhibiteurs du SGLT2 («quatre fantastiques»), est progressivement instauré, qu'il n'existe pas de protection suffisante contre la MSC. Paradoxalement, les défibrillateurs automatiques implantables (DAI) posés précocement, c'est-à-dire dans les 40 premiers jours après un IM, ne réduisent pas la mortalité globale.^{3,4} «Nous constatons dans certains cas une amélioration de la FEVG dès que les médicaments commencent à agir. Dans la phase précoce, avant qu'un DAI soit finalement indiqué et avant que les nouveaux

médicaments agissent, le risque de décéder d'une MSC est particulièrement élevé», explique le Dr Breitenstein. Sa conclusion: «Les patientes et patients retirent des bénéfices d'une option temporaire telle que le gilet défibrillateur LifeVest® dans cette phase vulnérable» (cf. figure 1).

La recommandation de l'ESC (IIb) pour la prévention de la MSC est donc la suivante: un DAP peut être envisagé au stade précoce après un IM.⁵

Stratification prolongée du risque

Parallèlement, selon les lignes directrices, en cas d'insuffisance cardiaque (IC) ischémique ou non ischémique, un DAI est indiqué après ≥ 3 mois de traitement médical optimal chez les personnes avec FEVG $\leq 35\%$.⁶ La mise à jour ciblée de 2023 des lignes directrices de l'ESC sur le diagnostic et le traitement de l'IC aiguë et chronique recommande une augmentation rapide de la dose des médicaments afin de réduire le risque de décès.⁷

Le Prof. David Duncker recommande lui aussi de considérer la patiente ou le patient individuellement afin d'évaluer comment sa

fonction cardiaque peut s'améliorer, car une utilisation prolongée du DAP au-delà de trois mois présente également des avantages.^{8,9}

«Chez certaines personnes, une optimisation prolongée de la dose entraîne une amélioration de la FEVG après six mois, de sorte qu'un DAI n'est plus indiqué», explique le Prof. Duncker.⁹ Le DAP confère donc non seulement une protection temporaire, mais permet aussi au cœur de récupérer et laisse le temps au traitement médicamenteux de déployer pleinement ses effets. «Il faut souligner que le gilet défibrillateur ne remplace pas un dispositif implantable. Il sert plutôt de 'bridge-to-decision' pour décider individuellement, sur la base des données disponibles et du temps d'attente nécessaire, si un DAI doit être implanté ou non. En effet, il vaut la peine d'attendre, mais il est tout aussi important de protéger», résume le Prof. Duncker.

Éducation et durée de port

Le bénéfice du DAP pour la protection contre la MSC après un IM a été évalué dans l'étude VEST chez des patientes et patients avec une FEVG $\leq 35\%$ sur 90 jours.¹⁰ «Dans l'analyse

en intention de traiter (ITT), il n'y avait aucune différence significative entre les sujets avec et sans gilet», constate le Dr Breitenstein. L'une des raisons en était l'adhérence au traitement: 34 % des patientes et patients ne portaient pas le DAP, tandis que 53 % avaient une durée de port élevée de >22 heures (médiane) par jour. Ainsi, la durée moyenne de port dans l'étude était nettement inférieure à la normale, s'élevant à seulement 18 heures (médiane).¹⁰ Une analyse per-protocole supplémentaire de l'étude VEST a ensuite montré une réduction significative du taux de MSC et de la mortalité totale, de respectivement 62 % et 75 %, chez les personnes qui portaient effectivement le DAP. Ces résultats ont démontré l'efficacité du gilet.¹¹

Les études de registre nationales et internationales, qui montrent une adhérence élevée, fournissent aussi de vastes données sur le temps de port. Dans la plupart des registres, dont un registre suisse de 456 individus, le temps de port était de ≥ 22 heures par jour.¹²⁻¹⁶ «L'idéal est de porter le gilet 24 h / 24. Le DAP ne peut protéger d'une MSC que s'il est porté. Un aspect important et essentiel à cet égard est l'éducation des patientes et patients, qui

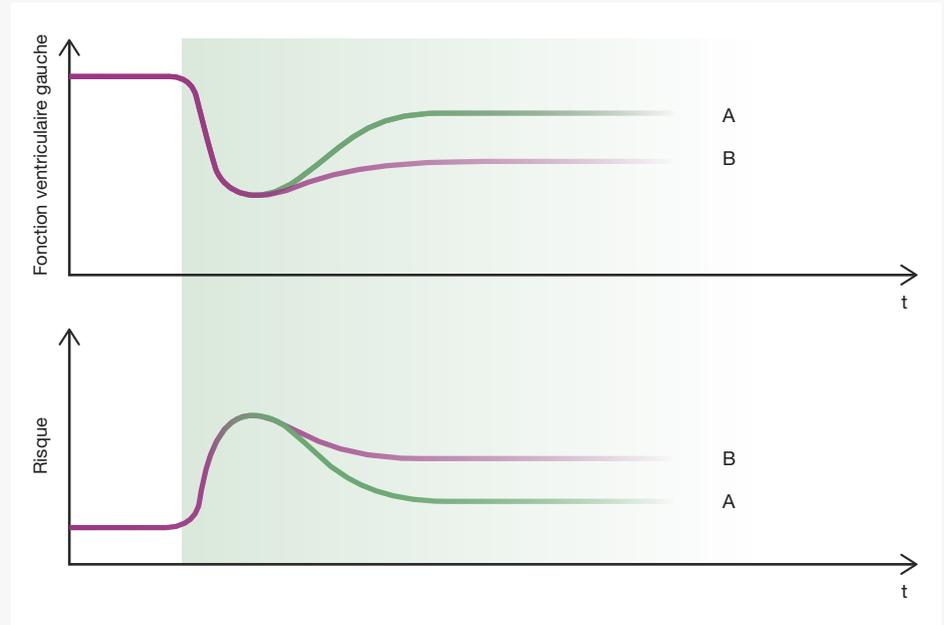


Figure 1: Évolution de la fonction ventriculaire gauche et risque associé de tachyrythmies ventriculaires après un nouveau diagnostic d'insuffisance cardiaque. Source: Duncker D, Veltmann C: *Curr Heart Fail Rep* 2018;15:368–375.

est assurée par le personnel de l'entreprise», résume l'expert.

9 Duncker, D., König, T., Hohmann, S., Bauersachs, J. & Veltmann, C. Avoiding Untimely Implantable Cardioverter/Defibrillator Implantation by Intensified Heart Failure Therapy Optimization Supported by the Wearable Cardioverter/Defibrillator—The PROLONG Study. *J Am Heart Assoc* 6, (2017).

10 Olgin, J. E. et al. Wearable Cardioverter–Defibrillator after Myocardial Infarction. *New England Journal of Medicine* 379, 1205–1215 (2018).

11 Olgin, J. E. et al. Impact of wearable cardioverter-defibrillator compliance on outcomes in the VEST trial: As-treated and per-protocol analyses. *J Cardiovasc Electrophysiol* 31, 1009–1018 (2020).

12 Kovacs, B. et al. Use of the wearable cardioverter-defibrillator - the Swiss experience. *Swiss Med Wkly* 150, w20343 (2020).

13 Veltmann, C. et al. Protected risk stratification with the wearable cardioverter-defibrillator: results from the WEARIT-II-EUROPE registry. *Clinical Research in Cardiology* 110, 102–113 (2021).

14 Kutuyifa, V. et al. Use of the wearable cardioverter defibrillator in high-risk cardiac patients data from the prospective registry of patients using the wearable cardioverter defibrillator (WEARIT-II registry). *Circulation* 132, 1613–1619 (2015).

15 Wäßnig, N. K. et al. Experience with the wearable cardioverter-defibrillator in patients at high risk for sudden cardiac death. *Circulation* 134, 635–643 (2016).

16 Garcia, R. et al. Wearable cardioverter-defibrillator in patients with a transient risk of sudden cardiac death: The WEARIT-France cohort study. *Europace* 23, 73–81 (2021).

17 Duncker, D. & Veltmann, C. Role of the Wearable Defibrillator in Newly Diagnosed Heart Failure. *Curr Heart Fail Rep* 15, 368–375 (2018).

LifeVest®: quelques faits

- Gilet défibrillateur
- Composé d'un gilet, d'une ceinture d'électrodes et d'un moniteur
- Détection immédiate des arythmies potentiellement mortelles par les électrodes
- Module d'alarme avec signaux d'avertissement sonores, visuels et tactiles
- Les chocs inutiles peuvent être évités par le patient
- Env. 60 secondes entre la détection et la délivrance du choc
- Pas d'intervention d'autres personnes nécessaire



Factbox LifeVest®

Conclusion

Les experts s'accordent à dire que le DAP peut offrir une protection sûre et efficace contre la MSC pendant l'optimisation du traitement en tant que «bridge-to-decision». Dans de nombreux cas, la FEVG peut s'améliorer si nettement sous l'effet d'un traitement médicamenteux moderne dans les premiers mois suivant un événement cardiaque qu'une implantation de DAI peut être évitée.

Literatur

- 1 Erath, J. W., Operhalski, F., Hecker, F. & Wakili, R. Ploetzlichen-Herzod-vermeiden. *Ars Med* 9, 276–279 (2023).
- 2 Solomon, S. D. et al. Sudden Death in Patients with Myocardial Infarction and Left Ventricular Dysfunction, Heart Failure, or Both. *N Engl J Med* 352, 2581–2588 (2005).
- 3 Hohnloser, S. H. et al. Prophylactic Use of an Implantable Cardioverter-Defibrillator after Acute Myocardial Infarction. *NEJM* 351, 2481–2488 (2004).
- 4 Steinbeck, G. et al. Defibrillator Implantation Early after Myocardial Infarction. *NEJM* 15, 1427–1436 (2009).
- 5 Zeppenfeld, K. et al. 2022 ESC Guidelines for the management of patients with ventricular arrhythmias and the prevention of sudden cardiac death. *Eur Heart J* 43, 1–130 (2022) doi:10.1093/eurheartj/ehac262.
- 6 McDonagh, T. A. et al. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *Eur Heart J* 42, 3599–3726 (2021).
- 7 McDonagh, T. A. et al. 2023 Focused Update of the 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *Eur Heart J* 44, 3627–3639 (2023).
- 8 Lupón, J. et al. Dynamic Trajectories of Left Ventricular Ejection Fraction in Heart Failure. *J Am Coll Cardiol* 72, 591–601 (2018).



© Sincerely Media / Unsplash

Nicht verpassen: An der IFAS bieten FMH und FMH Services mehrere Workshops für die Ärzteschaft an.

FMH, FMH Services und AD Swiss – gemeinsam an der IFAS

IFAS-Workshops 2024 Die FMH, die FMH Services und AD Swiss heissen Sie vom 22. bis 24. Oktober 2024 an der IFAS am gemeinsamen Stand auf der Galerie vor der Halle 7 der Messe Zürich herzlich willkommen. Lernen Sie unser grosses, auf die Ärzteschaft ausgerichtetes Dienstleistungsangebot kennen. Die Workshops werden nur in deutscher Sprache angeboten.

Claudia Blackburn^a; Patricia Zimmerli^b

^a Leiterin Abteilung Mitgliedschaften DLM, FMH; ^b Marketing und Kommunikation, FMH Consulting Services AG

Wir freuen uns auf den persönlichen Kontakt mit Ihnen und gehen gerne auf Ihre Anliegen und Bedürfnisse ein.

Workshops am Mittwoch, 23. Oktober 2024

Die FMH- und FMH Services-Workshops stehen ausschliesslich Ärztinnen und Ärzten sowie deren MPA offen (sofern die Anmeldung durch den Praxisinhaber/die Praxisinhaberin erfolgt).

Sie werden ausschliesslich in deutscher Sprache durchgeführt und sind kostenlos.

Der HIN-Workshop richtet sich an Ärztinnen und Ärzte, IT-Fachpersonen von Institutionen sowie HIN-Partner.

Die Registrierung erfolgt nach Eingang der Anmeldungen. Die Teilnahme an den Workshops berechtigt zum Gratisseintritt zur IFAS 2024.

Anmeldung: Online-Anmeldeformular unter: <https://www.fmhservices.ch/workshops-ifas-2024>

Veranstaltungsort: Seminarraum K6, Galeriegeschoss Halle 7, Messe Zürich.

Korrespondenz

[mail\[at\]fmhconsulting.ch](mailto:mail[at]fmhconsulting.ch)

Workshop Nr. 1 (FMH): Zulassungssteuerung – Aktueller Stand und Auswirkungen auf die Ärzteschaft

Mittwoch, 23. Oktober 2024, 10:00 – 10:45 Uhr

Referent: Nils Graf, lic. iur., Rechtsdienst FMH

Die KVG-Änderung zur Zulassung von Leistungserbringern stellt die Ärzteschaft vor eine Vielzahl von Problemen. In diesem Workshop informieren wir über die rechtlichen Grundlagen in Bund und Kantonen, die Hürden bei der Anstellung von Ärztinnen und Ärzten sowie die Auswirkungen auf das Eröffnen einer eigenen Praxis.

Workshop Nr. 3 (FMH Services): Was bedeutet eine Beteiligung oder sogar Übernahme einer Praxis in der Rechtsform der AG?

Mittwoch, 23. Oktober 2024, 13:30 – 14:15 Uhr

Referent: Patrick Tuor, Leiter Beratung, Mitglied der Geschäftsleitung FMH Services

Bei juristischen Personen ist die Anstellung üblich, aber auch Beteiligungen oder der Kauf sind häufig eine Option. Im Workshop erfahren Sie, worauf Sie achten sollten, wenn Sie Aktien zeichnen möchten.

Workshop Nr. 2 (FMH Services): Ärztliche Vergütung: Flexibles Entgeltsystem für verschiedene Zusammenarbeitsformen

Mittwoch, 23. Oktober 2024, 11:00 – 11:45 Uhr

Referent: Patrick Tuor, Leiter Beratung, Mitglied der Geschäftsleitung FMH Services

Im Workshop wird besprochen, wie die Bezahlung für ärztliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Praxen gestaltet werden sollte, abhängig von der Art der Zusammenarbeit. Ausserdem wird erörtert, ab welchem Arbeitspensum sich der Schritt in die Selbstständigkeit lohnt.

Workshop Nr. 4 (HIN): Das E-Rezept in der Praxis

Mittwoch, 23. Oktober 2024, 14:30 – 15:15 Uhr

Referent: Christoph Weber, Leiter Arbeitsgruppe E-Rezept Schweiz, HIN

Das E-Rezept Schweiz ist eine Initiative der FMH und von pharma-Suisse. Der E-Rezept Schweiz Service, betrieben von HIN und integriert in die Primärsysteme der Leistungserbringer, wird bis Ende 2024 schweizweit ausgerollt. Der Service macht das Rezept nicht nur fälschungs- und missbrauchssicher. Er sorgt auch für einen effizienten Medikationsprozess, da Medienbrüche zwischen Primärsystemen wegfallen. Die Rezeptdaten bleiben dabei in den Händen der Patienten.

Nouvelles du corps médical

Todesfälle / Décès / Decessi

René De Biasio (1938), † 16.1.2024, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, 9010 St. Gallen

Peter Paul Möhr (1934), † 19.1.2024, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, 8820 Wädenswil

Samuel Schneider (1923), † 14.3.2024, Spécialiste en chirurgie, 2036 Cormondrèche

Pierre-Yves Eschmann (1961), † 19.4.2024, Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe, 8645 Jona

Matthaeus Schmid (1928), † 21.4.2024, Facharzt für Chirurgie, 8704 Herrliberg

Albert Wick (1929), † 29.5.2024, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, 8500 Frauenfeld

Daniela Barbon-Jermini (1969), † 21.5.2024, Fachärztin für Rechtsmedizin, 8143 Stallikon

Yves Saudan (1928), † 2.6.2024, Spécialiste en médecine physique et réadaptation et Spécialiste en médecine interne générale, 1052 Mont-sur-Lausanne

Ärztegesellschaft des Kantons Luzern

Zur Aufnahme in unsere Gesellschaft Sektion Stadt hat sich gemeldet:

Cornelia Maria Thali-Schwab, Fachärztin für Radiologie, Swiss Health On (Adresse noch unbekannt, Eröffnung im Herbst 2024)

Einsprachen sind innert 20 Tagen nach der Publikation schriftlich und begründet zu richten an: Ärztegesellschaft des Kantons Luzern, Schwanenplatz 7, 6004 Luzern.

Ärztegesellschaft des Kantons Bern Ärztlicher Bezirksverein Bern Regio

Zur Aufnahme als ordentliches Mitglied in leitender Funktion hat sich angemeldet:

Laurent Roten, Facharzt für Kardiologie, Mitglied FMH, Leitender Arzt, Universitätsklinik für Kardiologie, Inselspital, Freiburgstrasse, 3010 Bern

Zur Aufnahme als ordentliches Mitglied hat sich angemeldet:

Matthias von Allmen, Facharzt für Chirurgie, Mitglied FMH, Chirurgie Team Bern, Bremgartenstrasse 119, 3001 Bern

Lukas Hänel, Praktischer Arzt, Mitglied FMH, Medbase Bern Zentrum, Schwanengasse 10, 3011 Bern

Andrea Raaflaub, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, Intesto - Gastroenterologische Praxis, Bremgartenstrasse 119, 3012 Bern

Karina Trojan, Fachärztin für Kardiologie und Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, Kardiologie Innenstadt, Bubenbergplatz 8, 3011 Bern

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

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.



336

Bêtabloquants contre l'hypertension artérielle?

Cardiologie Les lignes directrices 2023 de la Société européenne d'hypertension pour le traitement réévaluent les bêta-bloquants comme option thérapeutique, les mettant sur un pied d'égalité avec les diurétiques thiazidiques, les bloqueurs du système rénine-angiotensine, les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine et les antagonistes calciques. Cela doit être remis en question.

Emrush Rexhaj, Engjëll Sylja et al.



338

Nouveautés au sujet des infections à transmission vectorielle

Médecine des voyages Il y a des nouvelles positives: l'Agence européenne des médicaments EMA a autorisé un vaccin contre la dengue (le deuxième) et un vaccin contre le chikungunya (le premier). Par ailleurs, les résultats prometteurs d'une étude portant sur le typhus des broussailles d'évolution sévère sont rapportés.

Cornelia Staehelin, Gilles Eperon et al.



342

Une cause inhabituelle de rétention gastrique

Maladie avec des conséquences Un patient de 74 ans avec méléna, anémie progressive, nausées et vomissements, inappétence et perte de poids de douze kilogrammes au cours des trois derniers mois a été hospitalisé. En 2014, une maladie de Waldenström (macroglobulinémie de Waldenström) avait été diagnostiquée.

Annina Gutzwiller, Livia Kammerlander et al.

Journal Club

Weekly Briefing

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

Rédaction scientifique Forum Médical Suisse

Encore plus âgé qu'âgé

Équilibre, coordination et vitesse de marche

L'espérance de vie a fortement augmenté. Même avec des maladies chroniques et/ou des déficiences motrices, il est aujourd'hui possible d'atteindre >80 ans. Comment peut-on vivre encore plus vieux? Les différences entre les personnes atteignant ≥ 95 ans et celles ne les atteignant pas ont été étudiées prospectivement chez 195 personnes (toutes <85 ans, \bar{X} 82,3 ans): les facteurs déterminants ne sont pas les maladies cardiaques, la bronchopneumopathie chronique obstructive, le diabète sucré, la démence, la maladie de Parkinson, le cancer, la dépression, la multimorbidité ou la polypharmacie, mais la forme physique. Celle-ci a été évaluée à l'aide d'un test vérifiant l'équilibre, la coordination et la vitesse de marche. Même sans preuve de causalité, ces données incitent à rester physiquement actif si l'on souhaite fêter son 100^e anniversaire.

J Am Geriatr Soc. 2024, doi.org/10.1111/jgs.18941.
Rédigé le 29.5.2024_MK

«Double cover»: premier volet

Antidiabétiques et diabète de type 2

En cas de contrôle insuffisant du diabète sucré de type 2 sous metformine en monothérapie, un deuxième antidiabétique est ajouté: 75 739 personnes chez qui la metformine a été complétée par un inhibiteur de SGLT2, une sulfonurée (SU) ou un inhibiteur de DPP-4 ont été suivies pendant 2 ans. Les inhibiteurs de SGLT2 étaient supérieurs aux SU et aux inhibiteurs de DPP-4 pour la réduction de l'HbA_{1c}, de la pression artérielle et de l'indice de masse corporelle. Ils ont aussi réduit les hospitalisations pour insuffisance cardiaque par rapport aux inhibiteurs de DPP-4 et ont mieux protégé la fonction rénale que les SU. Il n'y avait pas de différence entre les trois antidiabétiques concernant les événements cardiovasculaires ou la mortalité. Ces résultats soutiennent les recommandations suisses de combiner précocement les inhibiteurs de SGLT2 avec la metformine.

BMJ. 2024, doi.org/10.1136/bmj-2023-077097.
Rédigé le 1.6.2024_MK

«Double cover»: deuxième volet

Antibiotiques et pneumonie communautaire

Cette étude randomisée en double aveugle confirme qu'en milieu hospitalier, la double antibiothérapie est supérieure à la monothérapie en cas de pneumonie communautaire. 278 patientes et patients ont reçu des β -lactamines (céphalosporine de 3^e génération ou β -lactame + inhibiteur de β -lactamase) avec de la clarithromycine orale 2x 500 mg ou un placebo pendant 7 jours. Dans le groupe sous double antibiothérapie, les éléments suivants étaient significativement meilleurs: symptômes respiratoires, développement d'un sepsis, atteinte d'organes supplémentaires et régression de la procalcitonine. Après 3 mois, davantage de personnes étaient vivantes et sorties de l'hôpital. L'effet positif de la clarithromycine ne semble pas être dû à l'élargissement du spectre antibiotique, mais aux propriétés anti-inflammatoires du macrolide.

Lancet Respir Med. 2024,
doi.org/10.1016/S2213-2600(23)00412-5.
Rédigé le 28.5.2024_MK

CME

Gale

- La gale est causée par l'acarien *Sarcoptes scabiei*. Elle est présente à l'échelle mondiale. En Suisse, sa fréquence semble augmenter.
- Les acariens creusent des sillons de 1–10 mm de long dans la couche supérieure de la peau, où leur salive, leurs œufs et leurs excréments provoquent un fort prurit. Des papules avec des traces de grattage apparaissent au niveau des espaces interdigitaux, des plis ou des parties génitales.
- Le prurit est incessant et accentué la nuit.
- Une personne infectée héberge 10–20 acariens. En cas d'immunosuppression, le nombre d'acariens se chiffre en millions, la peau est alors très croûteuse (gale hyperkératosique).

- L'infection se produit par contact direct prolongé avec la peau infectée ou, plus rarement, avec des textiles contaminés. Typiquement, toute la famille est infectée. Les crèches et les centres d'asile sont aussi des lieux d'infection fréquents.
- Les acariens et leurs sillons ne sont généralement visibles qu'au dermatoscope dans la peau rouge et égratignée.
- Traitement: perméthrine topique et ivermectine orale. Les deux traitements sont considérés comme équivalents. En raison des échecs thérapeutiques, il est de plus en plus recommandé d'effectuer un traitement combiné et/ou de répéter le traitement une semaine plus tard.
- Perméthrine (5%): appliquer le soir sur l'ensemble de la peau et du cuir chevelu, se doucher 8 heures (h) plus tard.
- Ivermectine: prendre une dose unique adaptée (200 μ g/kg de poids corporel) à jeun, se doucher 8 h après la prise.
- La décontamination de l'environnement a lieu 8 h après le traitement: laver à 60 ° les vêtements, les serviettes et le linge de lit déjà utilisés.
- Pour les textiles lavables à <60 °: les enfermer dans un sac en plastique pendant 1 semaine, puis les laver normalement. Les textiles non lavables (matelas, coussins, sièges de voiture, poussettes) doivent être traités avec un spray anti-acariens.

Swiss Med Forum. 2024,
doi.org/10.4414/fms.2024.1397784404.
StatPearls. 2024,
www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK544306.
Rédigé le 4.6.24_MK.

Statines

Nouveau diagnostic de diabète sucré

Des données d'études ont suggéré une interaction réciproque entre le métabolisme du glucose et le métabolisme des lipides: les personnes ayant un taux de LDL-cholestérol génétiquement bas ont un risque de diabète plus élevé que celles ayant un taux de LDL-cholestérol élevé. Un traitement par statine semble interférer en plus et augmente le risque de nouveau diagnostic de diabète sucré, sans doute principalement de type 2.

Une méta-analyse [1] a examiné l'incidence et les facteurs de risque de diabète sous traitement par statine. Elle a inclus 23 études randomisées contrôlées avec un total de >150 000 participantes et participants, dont environ 20% avaient déjà un diabète sucré. Le suivi moyen était de près de 5 ans. Les principales conclusions sont les suivantes: 1. L'incidence d'un diabète sucré nouvellement diagnostiqué est dose-dépendante. En cas de faible dose de statine, elle n'était que légèrement augmentée par rapport au placebo (1,3 vs. 1,2%). Sous traitement à haute dose (4,8 vs. 3,5%), le risque annuel de diabète était environ 1% plus élevé que sous placebo. 2. Le diagnostic de diabète était plus souvent posé lorsque l'HbA_{1c} de base se situait déjà dans la plage prédiabétique et lorsque – ce qui est un peu tautologique (!) – l'HbA_{1c} était plus souvent contrôlée ultérieurement. 3. En cas de diabète sucré préexistant, le contrôle glycémique sous statines se détériorait également de façon dose-dépendante.

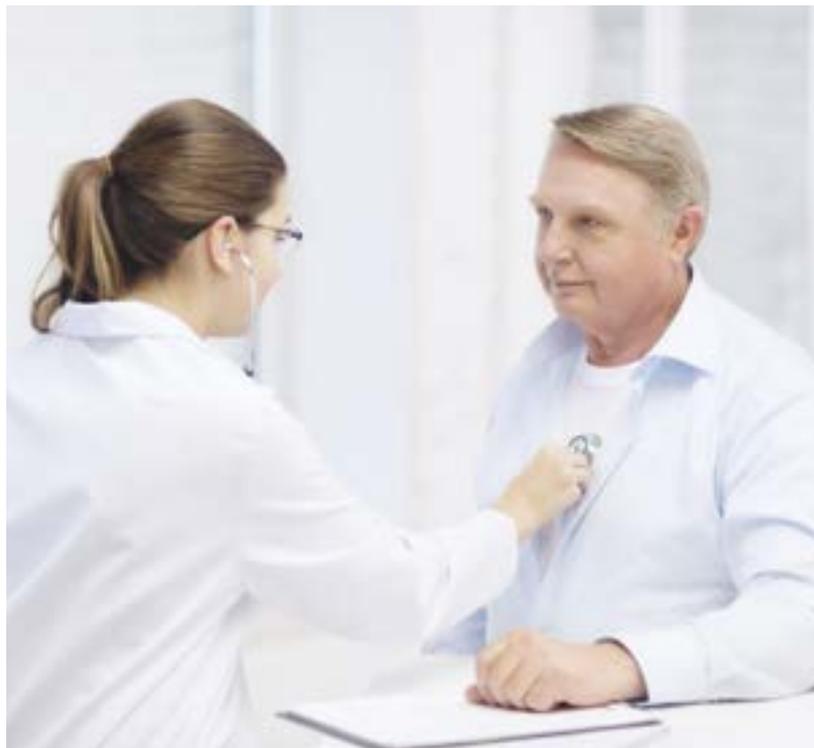
Bilan: la détérioration gluco-métabolique limitée ne remet pas en question le bénéfice cardiovasculaire des statines, d'autant plus que les effets diabétogènes ont déjà été pris en compte dans les études à long terme avec des critères d'évaluation cardiovasculaires. Toutefois, pour la prévention primaire, l'indication doit être posée de manière d'autant plus stricte et les effets positifs incontestés d'un traitement par statine doivent être mis en balance avec le risque potentiel de diabète. Ou, pour généraliser dans les termes de l'éditorial [2]: «These findings emphasize the importance of always being alert for harmful adverse effects, even with the most beneficial and successful preventive therapies.»

1 Lancet Diabetes Endocrinol. 2024, doi.org/10.1016/S2213-8587(24)00040-8.

2 Lancet Diabetes Endocrinol. 2024, doi.org/10.1016/S2213-8587(24)00059-7.

Rédigé le 2.6.24_HU

Technique d'examen



© Syda Productions / Dreamstime

Une erreur fréquente: l'auscultation à travers les vêtements.

Aptitudes des jeunes internistes

Le stéthoscope n'est-il plus qu'un instrument paléontologique dans le processus diagnostique? En aucune façon. La formulation d'un diagnostic différentiel se fait toujours en premier lieu à partir des informations de l'anamnèse et de l'examen physique. Mais quelle est la qualité de nos techniques d'examen et quelle est la corrélation entre celles-ci et l'identification de résultats pertinents?

C'est ce qu'a évalué une étude menée dans deux grands hôpitaux universitaires d'enseignement aux États-Unis: à l'aide de médecins assistantes et assistants en médecine interne en première année de formation postgraduée («interns»), qui ont examiné un patient réel souffrant d'insuffisance aortique. Le seul élément anamnestique connu était le symptôme principal: «shortness of breath». Les 109 «interns» disposaient de six minutes pour l'examen cardiovasculaire, puis de quatre minutes pour rapporter les résultats et établir un diagnostic différentiel.

Les résultats ne sont guère enthousiasmants: un peu plus de la moitié des «interns» (n = 58, 53,2%) ont entendu un souffle diastolique, dont 48 ont conclu à un diagnostic différentiel d'insuffisance aortique. Six (8,8%) ont palpé un «pouls de Corrigan». Les erreurs fréquentes étaient: auscultation à travers les vêtements (10x), examen incorrect des veines du cou (23x), absence de palpation du choc de pointe (25x). En revanche, aucune différence n'a été constatée dans les aptitudes d'examen des «interns» avant et après la pandémie.

L'étude souligne l'importance de l'examen physique dans le processus diagnostique à travers l'exemple concret de l'examen cardiovasculaire lors de l'évaluation d'un patient souffrant de souffle court. L'identification de l'anomalie à l'auscultation a permis de poser le bon diagnostic dans la plupart des cas (82,8%). Toutefois, cela n'a été le cas que pour environ la moitié des «interns». Inversement, en cas d'examen incomplet, le diagnostic correct n'a pas été posé dans la plupart des cas: nota bene chez un patient se présentant avec les anomalies typiques. Un appel en faveur de l'apprentissage et de l'enseignement des techniques d'examen!

Am J Med. 2024, doi.org/10.1016/j.amjmed.2024.04.039.

Rédigé le 2.6.24_HU

The Bad, the Ugly and the not so Good

Bêtabloquants contre l'hypertension artérielle?

Les lignes directrices actuelles de la Société européenne d'hypertension de 2023 relatives au traitement de l'hypertension artérielle valorisent la place des bêtabloquants en tant qu'option thérapeutique. Cet article a pour but de remettre en question cette décision de manière critique.

PD Dr méd. Emrush Rexhaj; Engjëll Sylja, médecin diplômé; Dr méd. Michael Schmid; Prof. Dr méd. Dr h. c. Franz H. Messerli
Universitätsklinik für Kardiologie, Inselspital, Universitätsspital Bern, Bern

En juin 2023, la Société européenne d'hypertension (ESH) a publié de nouvelles lignes directrices relatives au traitement de l'hypertension artérielle [1]. La classe des bêtabloquants (BB) y a été valorisée et mise sur un pied d'égalité avec les diurétiques thiazidiques, les bloqueurs du système rénine-angiotensine (par ex. antagonistes des récepteurs de l'angiotensine [ARA], inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine [IECA]) et les antagonistes calciques (AC). À contrario, la plupart des autres lignes directrices ne recommandent les BB que pour des indications ciblées telles que l'angor, l'infarctus du myocarde, l'insuffisance cardiaque ou le contrôle de la fréquence cardiaque [2].

Cette initiative inattendue soulève quelques questions et réflexions:

- Cette actualisation a-t-elle reposé sur des preuves ou sur la commodité? Les auteures et auteurs des lignes directrices de l'ESH reconnaissent ouvertement qu'il n'existe pas de nouvelles preuves pour justifier cette mesure. Il doit donc s'agir d'une décision de pure commodité. La question simple, mais essentielle, est ici bien évidemment: Commodité pour qui? Dans ce contexte, il convient de rappeler que certaines associations fixes de BB avec d'autres classes d'anti-

hypertenseurs sont récemment devenues disponibles. Un lien avec la valorisation des BB semble possible, si ce n'est probable.

- Les BB abaissent la pression artérielle systolique (brachiale) principalement par une réduction du débit cardiaque. Cependant, lorsque l'effet antihypertenseur des BB a été mesuré simultanément au niveau de l'artère brachiale et au niveau central dans l'aorte, la réduction dans l'aorte était en moyenne inférieure de >4 mm Hg [3]. Rapportée à la population, cette différence peut entraîner une plus faible réduction du risque d'événements cardiovasculaires de 5–12%. Il n'est donc pas surprenant que les BB se soient avérés moins efficaces pour réduire le risque d'accident vasculaire cérébral (AVC) que d'autres classes de médicaments.
- L'utilisation de BB a un prix, même si une méta-analyse récente n'a prétendument pas trouvé d'augmentation des dépressions, de la fatigue ou des dysfonctionnements sexuels sous BB [4]. Cependant, une nouvelle analyse des mêmes données a montré que le taux d'arrêt des BB en raison de dysfonctionnements sexuels ou de fatigue était 2–5 fois plus élevé que sous placebo [5]. Pour chaque événement évité, une impuissance est survenue chez trois personnes

traitées par BB. Chez huit autres, la fatigue a entraîné l'arrêt du traitement. Pour une maladie asymptomatique comme l'hypertension essentielle, un rapport bénéfice/risque aussi effrayant est inacceptable.

- Aujourd'hui, la recommandation d'utiliser telle ou telle classe de médicaments ou tel ou tel médicament est basée sur des preuves. Or, il a été démontré à maintes reprises que les BB sont moins efficaces que les IECA/ARA ou les AC. Les auteures et auteurs des lignes directrices justifient jusqu'à un certain point leur décision de valoriser les BB en invoquant une méta-analyse en réseau. Cependant, un examen plus approfondi de cette méta-analyse montre que, par rapport au placebo, les BB n'ont pas eu d'influence sur la mortalité cardiovasculaire et ont entraîné une réduction des AVC inférieure de 35% à 49% par rapport aux AC, IECA, ARA et thiazides [6]. D'autres méta-analyses méticuleuses montrent, malgré une bonne réduction de la pression artérielle, une augmentation de 24–42% du risque d'AVC sous BB [7, 8]. Ces travaux suggèrent tout au plus que les BB devraient conserver leur statut subordonné, comme il ressort également des lignes directrices nationales et internationales les plus récentes.

– Il ne fait aucun doute que les BB offrent un bénéfice dans de nombreuses affections associées à l'hypertension artérielle. Comme le soulignent les lignes directrices de l'ESH, il existe plus de 50 «doubles indications» de ce type, allant du traitement après un infarctus du myocarde (avec, au mieux, de faibles preuves) à l'insuffisance cardiaque (avec les preuves les plus solides). Il peut donc sembler attrayant, commode et économique de poser une double indication de BB, c'est-à-dire d'abaisser la pression artérielle et de conférer une cardioprotection à une patiente ou un patient ayant été victime d'un infarctus du myocarde. Il est toutefois prouvé que le risque d'AVC est excessivement augmenté chez les personnes ayant été victimes d'un infarctus du myocarde (multiplié par 30 au cours du premier mois et par 3 au cours de la première année) [9]. Nous considérons qu'il est irresponsable d'abaisser la pression artérielle avec un médicament dont il est prouvé qu'il ne réduit que peu ou pas le risque d'AVC. Si elle est indiquée, une réduction de la pression artérielle doit être entreprise après un infarctus du myocarde, mais en cas d'hypertension artérielle, il convient d'opter pour une stratégie thérapeutique basée sur l'évidence, qui confère en plus une prophylaxie cérébrale. Il a été démontré que la réduction de la pression artérielle à l'aide de médicaments génériques tels que les AC, les bloqueurs du système rénine-angiotensine et les thiazides à longue durée d'action offre une excellente protection contre les AVC.

Comme nous l'avons déjà fait remarquer, il n'y a pas de nouvelles preuves dans les lignes directrices de l'ESH qui soutiennent une valorisation des BB en tant que traitement de première ligne. Nous craignons que cette mesure ne conduise à une détérioration du traitement du fait d'une protection moindre contre les AVC. Il a été insinué que les lignes directrices en médecine ne sont élaborées que pour fournir des munitions aux avocates et avocats et empêcher les médecins de réfléchir. Contrairement à cette affirmation quelque peu sarcastique, la valorisation injustifiée des BB par les lignes directrices de l'ESH devrait toutefois inciter les médecins à réfléchir et peut-être aussi leur rappeler le précepte d'Hippocrate: *Primum nil nocere*.

Correspondance

Prof. Dr. med. Dr. h. c. Franz H. Messerli
Universität Bern, Schweiz
Jagiellonian University Krakow, Polen
messerli.f[at]gmail.com

Conflict of Interest Statement

ER a déclaré avoir reçu des honoraires de conférencier et une aide pour la participation à des congrès / frais de déplacement de la part de Servier (à l'attention de l'institution). FM a déclaré avoir reçu des honoraires de consultant de Medtronic et Recor, ainsi que des honoraires de conférencier d'Arbor, Viatrix et Farmaconsum. ES et MS ont déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts potentiels.

Author Contributions

FM: conception et rédaction de la première version anglaise [10]. ER: traduction de la première version en allemand. Tous les auteurs: correction et vérification de la version finale.

Références

- Mancia G, Kreutz R, Brunström M, Burnier M, Grassi G, Januszewicz A, et al. 2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension: Endorsed by the International Society of Hypertension (ISH) and the European Renal Association (ERA). *J Hypertens*. 2023;41:1874–2071.
- Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti Rosei E, Azizi M, Burnier M, et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *Eur Heart J*. 2018;39:3021–104.
- Williams B, Lacy PS, Thom SM, Cruickshank K, Stanton A, Collier D, et al. Differential impact of blood pressure-lowering drugs on central aortic pressure and clinical outcomes: principal results of the Conduit Artery Function Evaluation (CAFE) study. *Circulation*. 2006;113:1213–25.
- Ko DT, Hebert PR, Coffey CS, Sedrakyan A, Curtis JP, Krumholz HM. Beta-blocker therapy and symptoms of depression, fatigue, and sexual dysfunction. *JAMA*. 2002;288:351–7.
- Messerli FH, Bangalore S, Grossman E. Adverse effects and tolerability of β blockers. *BMJ*. 2016;353:i3142.
- Wei J, Galaviz KI, Kowalski AJ, Magee MJ, Haw JS, Narayan KMV, Ali MK. Comparison of Cardiovascular Events Among Users of Different Classes of Antihypertension Medications: A Systematic Review and Network Meta-analysis. *JAMA Netw Open*. 2020;3:e1921618.
- Ettehad D, Emdin CA, Kiran A, Anderson SG, Callender T, Emberson J, et al. Blood pressure lowering for prevention of cardiovascular disease and death: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2016;387:957–67.
- Mukete BN, Cassidy M, Ferdinand KC, Le Jemtel TH. Long-Term Anti-Hypertensive Therapy and Stroke Prevention: A Meta-Analysis. *Am J Cardiovasc Drugs*. 2015;15:243–57.
- Sundbøll J, Horváth-Puhó E, Schmidt M, Pedersen L, Henderson VW, Bøtker HE, Sørensen HT. Long-Term Risk of Stroke in Myocardial Infarction Survivors: Thirty-Year Population-Based Cohort Study. *Stroke*. 2016;47:1727–33.
- Messerli FH, Bangalore S, Mandrola JM. β blockers switched to first-line therapy in hypertension. *Lancet*. 2023;402:1802–4.



PD Dr méd. Emrush Rexhaj
Universitätsklinik für Kardiologie,
Inselspital, Universitätsspital Bern, Bern

Highlight: Médecine tropicale et médecine des voyages

Nouveautés au sujet des infections à transmission vectorielle

Il y a des nouvelles positives: l'Agence européenne des médicaments EMA a autorisé un vaccin contre la dengue (le deuxième contre cette maladie) et un vaccin contre le chikungunya (le premier). Par ailleurs, nous présentons les résultats prometteurs d'une étude portant sur le typhus des broussailles d'évolution sévère.

PD Dr méd. Cornelia Staehelin^a; PD Dr méd. Gilles Eperon^b; Dr méd. Sabine Haller^c; Dr méd. Olivia Veit^{b,d}; au nom du Comité de la Société Suisse de Médecine Tropicale et de Médecine des Voyages

^a Universitätsklinik für Infektiologie, Universitätsspital Bern, Universität Bern, Bern; ^b Service de médecine tropicale et humanitaire, Hôpitaux universitaires Genève, et Faculté de médecine, Université de Genève, Genève; ^c Klinik für Infektiologie, Infektionsprävention und Reisemedizin, Kantonsspital St. Gallen, St. Gallen; ^d Schweizerisches Tropen- und Public Health Institut, Basel

(Re)conquête du continent européen

Les insectes, en particulier les moustiques, sont des vecteurs extrêmement efficaces d'agents pathogènes. En raison du réchauffement climatique, les maladies transmises par les moustiques gagnent du terrain dans l'hémisphère nord, y compris en Europe [1-3]. Ce n'est qu'une question de temps avant que nous en fassions également l'expérience en Suisse. La lutte contre les moustiques et la protection individuelle contre les moustiques revêtent une importance croissante. De nouveaux vaccins et de nombreux candidats vaccins suscitent l'espoir de possibilités préventives supplémentaires – surtout pour les pays endémiques.

Nouvelle vaccination contre la dengue

La fièvre dengue, causée par un virus de la famille de *Flaviridae* est une arbovirose, transmise par les moustiques du genre *Aedes*, présente dans la plupart des pays tropicaux et sous-tropicaux. Depuis quelques années, des cas autochtones sporadiques sont aussi observés aux États-Unis ou en Europe [1-3]. L'impact de la dengue en termes de santé publique, particulièrement en termes d'hospitalisation et de mortalité pédiatrique, est majeur dans les pays endémiques. L'arrivée d'un nouveau vaccin est ainsi bienvenue, et l'Organisation mondiale de la santé (OMS) recommande une

Tableau 1: Efficacité vaccinale de Qdenga® selon le statut sérologique et le sérotype, 54 mois après la 2^e dose [5]

	Efficacité vaccinale (%) pour la protection contre une infection par la dengue confirmée virologiquement (intervalle de confiance à 95%)	Efficacité vaccinale (%) pour la protection contre une hospitalisation due à une infection par la dengue confirmée virologiquement (intervalle de confiance à 95%)
Total	61,2 (56,0; 65,9)	84,1 (77,8; 88,6)
Séronégativité initiale		
Tous les sérotypes	53,5 (41,6; 62,9)	79,3 (63,5; 88,2)
DENV-1	45,5 (26,1; 59,7)	78,4 (43,9; 91,7)
DENV-2	88,1 (78,6; 93,3)	100 (88,5; 100)
DENV-3	-15,5 (-108,2; 35,9)	-87,9 (-573,4; 47,6)
DENV-4	-105,6 (-628,7; 42,0)	Pas de données (trop peu de cas)
Séropositivité initiale		
Tous les sérotypes	64,2 (58,4; 69,2)	85,9 (78,7; 90,7)
DENV-1	56,1 (44,6; 65,2)	66,8 (37,4; 82,3)
DENV-2	80,4 (73,1; 85,7)	95,8 (89,6; 98,3)
DENV-3	52,3 (36,7; 64,0)	74,0 (38,6; 89,0)
DENV-4	70,6 (39,9; 85,6)	Pas de données (trop peu de cas)

Extrait de [5]. © EMA [1995-2024].

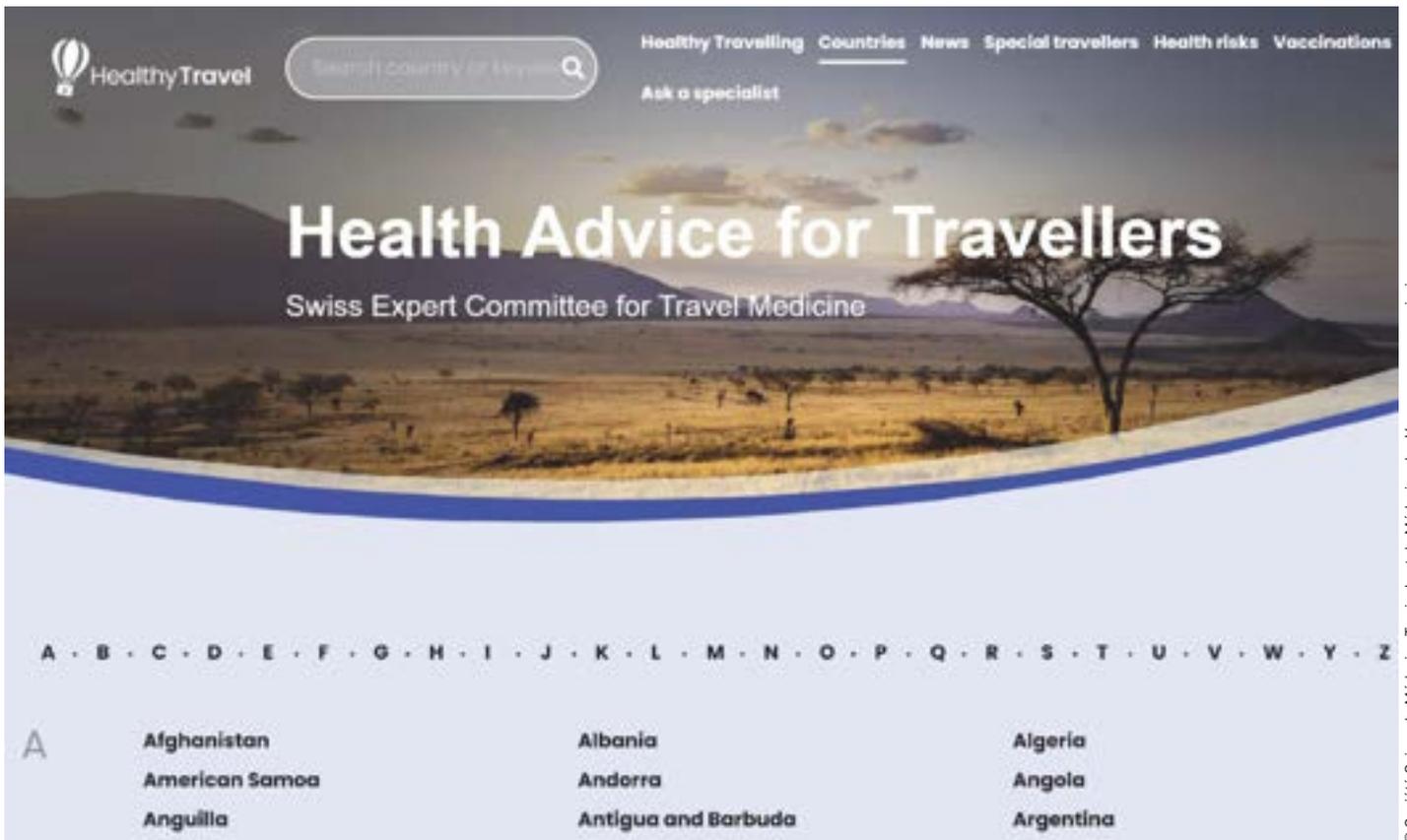


Figure 1: Page d'accueil du site internet www.healthytravel.ch.

vaccination systématique avec le vaccin Qdenga® (TAK003) dans les pays endémiques avec une forte intensité de transmission [4].

Bien que le vaccin ait été accepté par l'Agence européenne des médicaments (EMA), il serait erroné de considérer cette recommandation ciblant les populations endémiques comme une porte ouverte à l'utilisation du vaccin TAK003 dans les populations de voyageuses et voyageurs vivant hors zone endémique. Pour rappel, un mécanisme physiopathologique complexe explique que le risque de complications est supérieur chez les patientes et patients ayant préalablement été infectés par un des quatre sérotypes. En conséquence, la vaccination doit induire simultanément et de manière équivalente une immunité de longue durée contre tous les quatre sérotypes. À l'heure actuelle, cela n'est pas possible dans le cas du TAK003 chez les personnes naïves de toute infection (tab. 1) et par conséquent, on ne peut pas confirmer une complète innocuité à une telle vaccination chez des séronégatifs. Pour cette raison, le comité des experts suisses de médecine des voyages (CEMV) – un comité de la Société Suisse de Médecine Tropicale et Médecine des Voyages – de même que la plupart des sociétés savantes européennes recommandent une telle vaccination uniquement chez des personnes ayant préalablement souffert d'une in-

fection de la dengue (des informations plus détaillées sur notre société / le CEMV sont disponibles dans la version professionnelle de www.healthytravel.ch sous la rubrique Dengue). Notons que l'interprétation d'une sérologie isolée est rendue compliquée par un manque de spécificité chez des patientes et patients vaccinés contre d'autres flavivirus comme la fièvre jaune ou l'encéphalite à tiques.

Premier vaccin contre le chikungunya

Le virus du chikungunya a été décrit pour la première fois en 1952. Ce n'est que dans le cadre des grandes épidémies dans l'océan Indien et de la propagation ultérieure en Asie (2006–2007) et en Amérique du Sud (2013) que l'ampleur de la charge de morbidité due au chikungunya est devenue évidente. Des troubles musculo-squelettiques chroniques persistant plus de deux mois après l'infection ont été rapportés par 34% des personnes infectées, dont 14% souffraient d'une arthrite inflammatoire manifeste [6]. Cela a entraîné des pertes de productivité considérables; par exemple, il a été estimé que l'épidémie indienne a entraîné 7,4 millions de jours de travail perdus, soit jusqu'à cinq millions d'US dollars de perte de productivité [7]. Même si la mortalité due à cette maladie est faible, les conséquences économiques représentent un fardeau pour le système de santé et l'économie d'un pays, en

plus de la charge de morbidité individuelle. Cette année, les données d'une étude de phase 3 multicentrique, randomisée et en double aveugle sur l'efficacité vaccinale d'un vaccin vivant atténué contre le chikungunya ont été publiées [8]: six mois après la vaccination avec une dose unique, plus de 95% des personnes vaccinées présentaient encore un titre protecteur.

L'autorité américaine des médicaments (Food and Drug Administration [FDA]) a autorisé le vaccin en novembre 2023; celui-ci a été soumis à l'EMA, mais pas encore à Swissmedic. Il convient toutefois de préciser que

- la preuve de la protection vaccinale contre une infection naturelle doit encore être apportée (ce qui est cependant considéré comme quasiment certain sur une base biologique),
- des données à long terme font encore défaut et
- la commission des vaccinations de l'OMS n'a pas encore pris position pour l'autorisation dans les pays endémiques.

Traitement du typhus des broussailles sévère

Le typhus des broussailles est causé par *Orientia tsutsugamushi* et transmis par la piqûre d'un acarien. Il est surtout présent dans la région Asie-Pacifique. Le taux de mortalité est

d'environ 6% en l'absence de traitement, et peut atteindre 70% en cas d'évolution sévère [9]. Une nouvelle étude pionnière a montré que le traitement d'association par doxycycline et azithromycine est une meilleure option thérapeutique que la monothérapie en cas d'évolution sévère [10].

Informations actuelles de médecine des voyages

Après les restrictions liées à la pandémie, les voyages internationaux ont à nouveau nettement augmenté en 2023. Les informations médicales et les conseils aux voyageuses et voyageurs, y compris la vérification du statut vaccinal, redeviennent essentiels. L'accès rapide à des recommandations vaccinales constamment actualisées et à d'autres thèmes majeurs de la médecine des voyages, ainsi que la connaissance des épidémies dans le pays de destination, sont indispensables pour les voyageuses et voyageurs et les professionnels de santé qui les conseillent, afin de prévenir les maladies liées aux voyages. Cela est tout aussi important pour la détection rapide de maladies importées au retour de voyages, comme l'ont récemment montré la propagation de la variole du singe dans des pays qui n'étaient pas endémiques auparavant ou la détection inattendue de la poliomyélite aux États-Unis et en Grande-Bretagne.

Afin de répondre à ce besoin, le CEMV a créé le site internet www.healthytravel.ch (fig. 1). HealthyTravel.ch, qui remplace Safe-travel® depuis 2021, est le site internet officiel suisse de référence pour les conseils de santé aux voyageuses et voyageurs. Il est soutenu par l'Office fédéral de la santé publique.

HealthyTravel.ch propose une version gratuite avec des recommandations de base en matière de médecine des voyages pour le grand public ainsi qu'une version PRO payante. La version PRO s'adresse aux professionnels de la santé et contient des informations approfondies pour chaque pays et pour chaque vaccination, des cartes détaillées (y compris pour la prévention du paludisme), ainsi que des fiches d'information pour les voyageuses et voyageurs présentant un risque spécifique et des flyers avec des informations médicales qui peuvent être remis lors de la consultation de médecine des voyages. Les informations sur les épidémies de maladies spécifiques à chaque pays et les comportements à adopter sont actualisées en per-

manence. Les personnes intéressées par la version PRO peuvent s'inscrire directement sur www.healthytravel.ch.

Perspectives

Les vaccinations mentionnées sont surtout pertinentes pour les pays endémiques – une vaccination générale de la population suisse n'est pas indiquée, même si les cas de dengue en Italie durant l'été 2023 ont donné lieu à de telles spéculations. Les mesures visant à endiguer la population d'*Aedes* deviennent de plus en plus importantes en Europe également. Le site internet de la Société de Médecine Tropicale et de Médecine des Voyages www.healthytravel.ch est un site internet essentiel et constamment mis à jour sur le paysage épidémiologique en rapide évolution.

Correspondance

PD Dr. med. Cornelia Staehelin
Universitätsklinik für Infektiologie
Inselspital
Universitätsspital Bern
Freiburgstrasse 20
CH-3010 Bern
[cornelia.staehelin\[at\]insel.ch](mailto:cornelia.staehelin[at]insel.ch)

Conflict of Interest Statement

CS est présidente de la Société Suisse de Médecine Tropicale et de Médecine des Voyages. Elle a reçu des bourses de voyage pour des conférences de plusieurs entreprises pharmaceutiques via cette institution. Les autres auteurs et auteurs ont déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts potentiels.

Références

- 1 European Centre for Disease Prevention and Control [Internet]. Solna: Autochthonous vectorial transmission of dengue virus in mainland EU/EEA, 2010-present. [cited 2024, June 5]. Available from: <https://www.ecdc.europa.eu/en/all-topics-z/dengue/surveillance-and-disease-data/autochthonous-transmission-dengue-virus-eueea>
- 2 Istituto Superiore di Sanità. EpiCentro – L'epidemiologia per la sanità pubblica [Internet]. Rom: Ultimi aggiornamenti. Casi di arbovirosi in Italia. [cited 2024, June 5]. Available from: <https://www.epicentro.iss.it/arbovirosi/aggiornamenti>
- 3 Fournet N, Voiry N, Rozenberg J, Bassi C, Cassonet C, Karch A, et al. A cluster of autochthonous dengue transmission in the Paris region – detection, epidemiology and control measures, France, October 2023. *Euro Surveill.* 2023;28(49):2300641.
- 4 Strategic Advisory Group of Experts on Immunization (SAGE). Meeting of the Strategic Advisory Group of Experts on Immunization, September 2023: conclusions and recommendations. *Weekly Epidemiological Record WHO.* 2023;47(98):599–620.
- 5 European Medicines Agency (EMA) [Internet]. Amsterdam: Qdenga: EPAR - Product Information, Annex I, Summary of product characteristics. 2022, last updated 2023 Apr 12 [cited 2024, June 5]. Available from: https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/qdenga-epar-product-information_en.pdf
- 6 Rodríguez-Morales AJ, Cardona-Ospina JA, Fernanda Urbano-Garzon S, Sebastian Hurtado-Zapata J. Prevalence of Post-Chikungunya Infection Chronic Inflammatory Arthritis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Arthritis Care Res (Hoboken).* 2016;68(12):1849–58.
- 7 Costa LB, Barreto FKA, Barreto MCA, Santos THPD, Andrade MMO, Farias LABG, et al. Epidemiology and

- Economic Burden of Chikungunya: A Systematic Literature Review. *Trop Med Infect Dis.* 2023;8(6):301.
- 8 Schneider M, Narciso-Abraham M, Hadl S, McMahon R, Toepfer S, Fuchs U, et al. Safety and immunogenicity of a single-shot live-attenuated chikungunya vaccine: a double-blind, multicentre, randomised, placebo-controlled, phase 3 trial. *Lancet.* 2023;401(10394):2138–47.
- 9 Taylor AJ, Paris DH, Newton PN. A Systematic Review of Mortality from Untreated Scrub Typhus (Orientia tsutsugamushi). *PLoS Negl Trop Dis.* 2015;9(8):e0003971.
- 10 Varghese GM, Dayanand D, Gunasekaran K, Kundu D, Wyawahare M, Sharma N, et al. Intravenous Doxycycline, Azithromycin, or Both for Severe Scrub Typhus. *N Engl J Med.* 2023;388(9):792–803.



PD Dr méd. Cornelia Staehelin
Universitätsklinik für Infektiologie,
Universitätsspital Bern,
Universität Bern, Bern

La vaccination contre le zona pourrait-elle aider à réduire le fardeau que constituent les antidouleurs?

Les patient-e-s peuvent avoir besoin de plusieurs traitements pour obtenir un soulagement de la douleur souvent invalidante liée au zona et à la névralgie post-herpétique. Contribuer à la prévention du zona par le biais de la vaccination pourrait-il aider à réduire le fardeau que constituent les antidouleurs?

Les fortes douleurs associées au zona sont décrites par les personnes touchées comme «insoutenables», «brûlantes», «lancinantes» et «semblables à un choc».^{1,2} Elles peuvent limiter leur qualité de vie pendant des mois, voire des années, après la phase aiguë de la maladie, avec une névralgie post-herpétique touchant jusqu'à 30% des cas de zona.¹⁻³ Ces douleurs souvent invalidantes peuvent être difficiles à traiter, et les patient-e-s peuvent avoir à passer par différentes options analgésiques de deuxième ou troisième palier, ou par un traitement associant plusieurs principes actifs pour obtenir un soulagement efficace.^{1,4,5}

Une étude de modélisation a été réalisée en 2022 aux États-Unis pour estimer l'impact potentiel de SHINGRIX sur la prévention des cas de zona* ainsi que sur les prescriptions d'antidouleurs en lien avec un zona.^{5,†}

On dispose d'un grand nombre d'antidouleurs pour la prise en charge des douleurs liées à un zona.^{1,4,5}

Toutefois, certains de ces médicaments peuvent représenter un fardeau pour les patient-e-s en raison des effets indésirables qu'ils entraînent et des interactions médicamenteuses potentielles, ou sont associés à des risques d'utilisation incorrecte ou d'abus.^{1,5}

En protégeant contre le zona* et les complications qui y sont associées, la vaccination par SHINGRIX pourrait contribuer à réduire la prescription d'antidouleurs.^{4,5}



Sur une population d'un million d'adultes âgé-e-s de 50 ans et plus, une couverture par SHINGRIX de 65% pourrait permettre d'éviter environ

66'000

prescriptions d'antidouleurs^{5,†}

Prescriptions d'antidouleurs liées à un zona qui pourraient potentiellement être évitées grâce à la vaccination par SHINGRIX au sein d'une population d'un million d'adultes âgé-e-s de 50 ans et plus^{5,†}



Les résultats ont été publiés en premier lieu par Poirrier J-E, et al. Hum Vaccin Immunother. 2022. Le graphique a été créé par GSK de manière indépendante à partir des données originales.

Protégez vos patient-e-s âgé-e-s de 50 ans et plus contre le zona^{6,*} – c'est maintenant qu'il faut leur parler de la prévention du zona.

* SHINGRIX ne protège pas 100% des individus vaccinés.

† Une étude rétrospective américaine réalisée à partir de bases de données et portant sur les demandes de remboursement de frais médicaux pour des adultes âgé-e-s de 18 ans et plus avec un diagnostic primaire ou secondaire de zona avait pour objectif principal d'évaluer la réception de médicaments en lien avec la douleur (p. ex. opioïdes, benzodiazépines) parmi les patient-e-s atteint-e-s de zona, de comparer les données démographiques et les schémas de traitement des patient-e-s atteint-e-s de zona recevant des opioïdes à ceux de patient-e-s recevant d'autres antidouleurs, et d'évaluer les facteurs associés à la prescription d'opioïdes. L'étude a également permis d'estimer le nombre de patient-e-s devant être vacciné-e-s par SHINGRIX pour éviter une prescription d'opioïdes ou d'autres antidouleurs. Les périodes retenues pour l'identification des patient-e-s dans les bases de données commerciales/Medicare et Medicaid étaient respectivement du 1^{er} février 2014 au 31 mars 2017 (n=139 225; 26,9% de ces patient-e-s avaient une demande de remboursement d'opioïdes) et du 1^{er} juillet 2012 au 31 décembre 2015 (n=7108; 49,9% de ces patient-e-s avaient une demande de remboursement d'opioïdes).⁵

‡ Calculé sur la base du nombre de cas de zona évités et des taux de prescriptions d'antidouleurs aux États-Unis. Les paramètres de la prévention de cas de zona attribuables à la vaccination par SHINGRIX étaient fondés sur l'hypothèse d'une couverture de 65% chez les adultes de 50 ans et plus.⁵

§ Calculé sur la base de la taille de la population vaccinée par SHINGRIX et du nombre de personnes devant être vaccinées pour éviter un cas de zona selon le modèle de coût-efficacité de SHINGRIX.⁵

¶ Ces hypothèses sont basées sur une analyse des États-Unis.⁵

Shingrix (Vaccin contre le zona, recombinant, avec adjuvant). **PA:** Glycoprotéine E du virus varicelle-zona (antigène gE). **I:** Prévention du zona chez les adultes de 50 ans et plus, et chez les adultes de 18 ans et plus présentant un risque accru de zona. **P:** Posologie usuelle: Immunisation de base: deux doses (chacune à 0,5 ml), intervalle de 2 mois au minimum. Posologie spécifique: voir information professionnelle. Par voie intramusculaire dans le muscle deltoïde. On ne dispose d'aucune donnée concernant la nécessité de doses de rappel. **CI:** Hypersensibilité à l'un des composants. **M/P:** Une réponse immunitaire protectrice peut ne pas être obtenue chez tous les sujets vaccinés avec Shingrix. **IA:** Shingrix peut être administré simultanément à un vaccin contre la grippe saisonnière sans adjuvant, un vaccin PPV23, un vaccin PCV13 ou un vaccin d'Trp. Toujours injecter les vaccins à des sites différents. **G/A:** Il n'existe pas de données cliniques sur l'emploi pendant la grossesse et l'allaitement. **EI:** Très fréquents: Céphalées, symptômes gastro-intestinaux (y compris nausées, vomissements, diarrhée et/ou douleurs abdominales), myalgie, réactions au site d'injection (douleur, rougeur, gonflement), fatigue, frissons, fièvre. **Fréquences:** Prurit au site d'injection, malaise. **Occasionnels:** Lymphadénopathie, vertiges, arthralgie. **Expériences post commercialisation: Rares:** Réactions d'hypersensibilité. **Très rares:** Syndrome de Guillain-Barré. **Fréquence inconnue:** Toxicité cutanée grave. **Cons:** Conserver au réfrigérateur (2-8°C). **Pr:** Flacon de poudre et flacon de suspension, x1. **CR: B. Mise à jour de l'information:** mars 2023. GlaxoSmithKline AG, 3053 Münchenbuchsee. Consulter www.swissmedinfo.ch pour des informations détaillées. Veuillez signaler les

effets indésirables médicamenteux à l'adresse pv.swiss@gsk.com. Les professionnel-le-s de la santé peuvent demander les références mentionnées à GlaxoSmithKline AG.

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

Références: 1. Harpaz R, Ortega-Sanchez IR, Seward JF. Prevention of Herpes Zoster. Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). MMWR. 2008;57(RR-5):1-30. 2. Van Oorschot D, McGirr A, Goulet P, et al. A cross-sectional concept elicitation study to understand the impact of herpes zoster on patients' health-related quality of life. Infect Dis Ther. 2022;11:501-516. 3. Commission fédérale pour les vaccinations (CFV). Evaluation of vaccines and vaccination against herpes zoster (Zostavax® and Shingrix®). Nov. 2021;1:58. 4. Gross GE, Eiserich L, Doerr HW, et al. S2k guidelines for the diagnosis and treatment of herpes zoster and post-herpetic neuralgia. JDDG. 2020;18(1):55-78. 5. Poirrier J-E, DeMartino JK, Nagar S, et al. Burden of opioid use for pain management among adult herpes zoster patients in the US and the potential impact of vaccination. Hum Vaccin Immunother. 2022;18(5):e2040328. 6. Information professionnelle Shingrix, www.swissmedinfo.ch, consulté en février 2024.

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

Vous souhaitez en savoir plus sur le zona?



Cliquez sur «play» pour écouter le témoignage d'une véritable patiente souffrant de zona: DeAnn, 55 ans



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

LE ZONA

EST ÉVITABLE –

POURQUOI ATTENDRE?



SHINGRIX
(ZOSTER VACCINE
RECOMBINANT, ADJUVANTED)

image-symbole

Une maladie avec des conséquences

Une cause inhabituelle de rétention gastrique

Annina Gutzwiller^{a*}, médecin diplômée; Livia Kammerlander^{a*}, médecin diplômée; Katrin Schmid^b, médecin diplômée; Dr méd. Björn Becker^a

Kantonsspital Winterthur, Winterthur: ^a Klinik für Gastroenterologie und Hepatologie; ^b Institut für Pathologie

*Co-premières auteures

Description du cas

Un patient de 74 ans avec méléna, anémie progressive, nausées et vomissements, inappétence et perte de poids de douze kilogrammes au cours des trois derniers mois a été hospitalisé. En 2014, une maladie de Waldenström (macroglobulinémie de Waldenström) avait été diagnostiquée, avec des IgM sériques très élevées (102 g/l), des chaînes légères libres de type kappa élevées (7768 mg/l) et une infiltration de la moelle osseuse de 80%. Le diagnostic avait été étayé par la détection d'une mutation *MYD88-p.L265P* avec *CXCR4* de type sauvage. Le traitement de première ligne a consisté en du rituximab, du cyclophosphamide et de la dexaméthasone, et le traitement de deuxième ligne en de la cladribine. Face à une nouvelle progression de la maladie en 2015, le traitement a été modifié au profit de l'inhibiteur de la tyrosine kinase de Bruton (BTKi) ibrutinib, ce qui a conduit à une rémission partielle (diminution des chaînes légères libres >50%, IgM régressant à 20,9 g/l, diminution des symptômes B et de la lymphadénopathie/splénomégalie initiale et stabilisation de l'hémoglobine et de la fonction rénale).

Par ailleurs, il avait une insuffisance rénale chronique KDIGO G3 (KDIGO: Kidney Diseases – Improving Global Outcomes), qui a été interprétée en 2014 dans le cadre d'un rein myélomateux. En outre, un stimulateur cardiaque avait été posé en 2016 pour un bloc atrioventriculaire (AV) de III°.

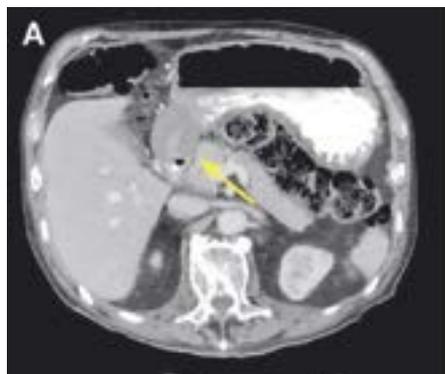


Figure 1: **A)** Résultat de la tomodensitométrie et **B)** résultat de l'endoscopie.

À son admission, le patient était hypotendu (97/54 mm Hg), normocarde, eunpnéique et afebrile. L'examen clinique était sans particularité, à l'exception d'un méléna au toucher rectal. Les analyses de laboratoire ont montré une hémoglobine de 72 g/l, une créatinine de 148 µmol/l et une protéine C réactive (CRP) de 72 mg/l, avec des leucocytes normaux.

Après stabilisation circulatoire par expansion volémique, une gastroscopie a été réalisée, révélant une rétention gastrique et une œsophagite de reflux sévère comme sources hémorragiques. En raison de la rétention gastrique inexplicée, une tomodensitométrie (TDM) de l'abdomen a été réalisée (fig. 1A), montrant un épaississement circulaire de la paroi du pylore de 16 mm et une imbibition du tissu adipeux mésentérique, ce qui a amené à

suspecter une carcinose péritonéale. Après vidange de l'estomac par sonde gastrique à visée évacuatrice, une nouvelle gastroscopie a été réalisée, montrant un bombement de l'antrum gastrique sans altérations de la muqueuse (fig. 1B). L'échoendoscopie a révélé un épaississement circulaire de la paroi ne dépassant pas la muscularis propria, avec une architecture effacée.

Question 1

Au vu des antécédents médicaux du patient, quel est le plus susceptible d'être à l'origine de cette anomalie?

- Adénocarcinome gastrique
- Carcinome pancréatique
- Déformation cicatricielle après un ulcère
- Léiomyome
- Amyloïdome



Figure 2: Résultat intra-opératoire dans la région de l'antré/du pylore.

Devant une lésion circulaire bombée, un léiomyome, une altération cicatricielle ou un processus externe avec infiltration/compression de l'antré gastrique est très improbable. Un adénocarcinome gastrique serait un diagnostic différentiel tout à fait possible. Toutefois, il s'accompagne le plus souvent d'altérations muqueuses telles que des ulcérations et ne se manifeste guère sous forme de processus sous-muqueux circulaire.

La maladie de Waldenström et d'autres dyscrasies plasmocytaires peuvent se compliquer d'une amylose, qui se manifeste la plupart du temps de manière systémique et rarement sous la forme d'une lésion focale. En présence d'une dyscrasie plasmocytaire préexistante, il faut donc penser à ce diagnostic différentiel possible [1-2].

Une ponction à l'aiguille fine sous échographie s'étant révélée non concluante, une laparoscopie diagnostique a été demandée. En intra-opératoire, nous avons constaté d'une part une lésion tumorale grossière en forme de manchette du pylore (fig. 2), et d'autre part une tumeur rétro-péritonéale des tissus mous, possible corrélat de l'imbibition du tissu adipeux décrite à la TDM. Des biopsies d'excision du pylore et du rétro-péritoine ont finalement conduit au diagnostic.

Question 2

Quelle coloration histologique doit être explicitement demandée au pathologiste?

- Rouge Congo
- Bleu de Prusse
- Imprégnation d'argent
- Coloration PAS (Periodic Acid Schiff)
- Noir Soudan

En cas de suspicion d'amylose, il faut demander explicitement une coloration au rouge Congo, car celle-ci ne fait pas partie des colorations standards et est la seule à pouvoir révéler de manière fiable l'amyloïde, même en petites quantités. À la coloration au rouge Congo, l'amyloïde est classiquement de couleur saumon et présente une biréfringence vert pomme sous lumière polarisée (fig. 3) [3]. Si une biopsie de l'organe concerné n'est pas possible, il est possible de prélever des biopsies du tissu adipeux abdominal ou du rectum, qui présentent une sensibilité diagnostique respective de 73% et 75-85% [4-7].

Dans le cas présent, la coloration à l'hématoxyline-éosine a permis de détecter du matériel amorphe avec des ruptures en fentes. La coloration au rouge Congo était nettement positive. À l'immunohistochimie, ces dépôts étaient positifs pour l'amyloïde kappa, mais négatifs pour l'amyloïde lambda, l'amyloïde transthyrétine (ATTR) et l'amyloïde A. Ces résultats plaident en faveur d'une amylose AL sur le terrain de la maladie de Waldenström connue. L'évaluation rétrospective des biopsies de l'estomac, de l'œsophage et du duodénum a aussi révélé la présence d'amyloïde périvasculaire à la coloration au rouge Congo.

Question 3

Quel examen complémentaire n'est pas prévu en cas de nouveau diagnostic d'amylose?

- Hémogramme avec différenciation cellulaire
- Échocardiographie, électrocardiogramme, troponine et NT-proBNP
- Valeurs hépatiques
- Électrophorèse des protéines et immunofixation dans le sérum et l'urine et détermination des chaînes légères libres
- Imagerie par résonance magnétique (IRM) crânienne

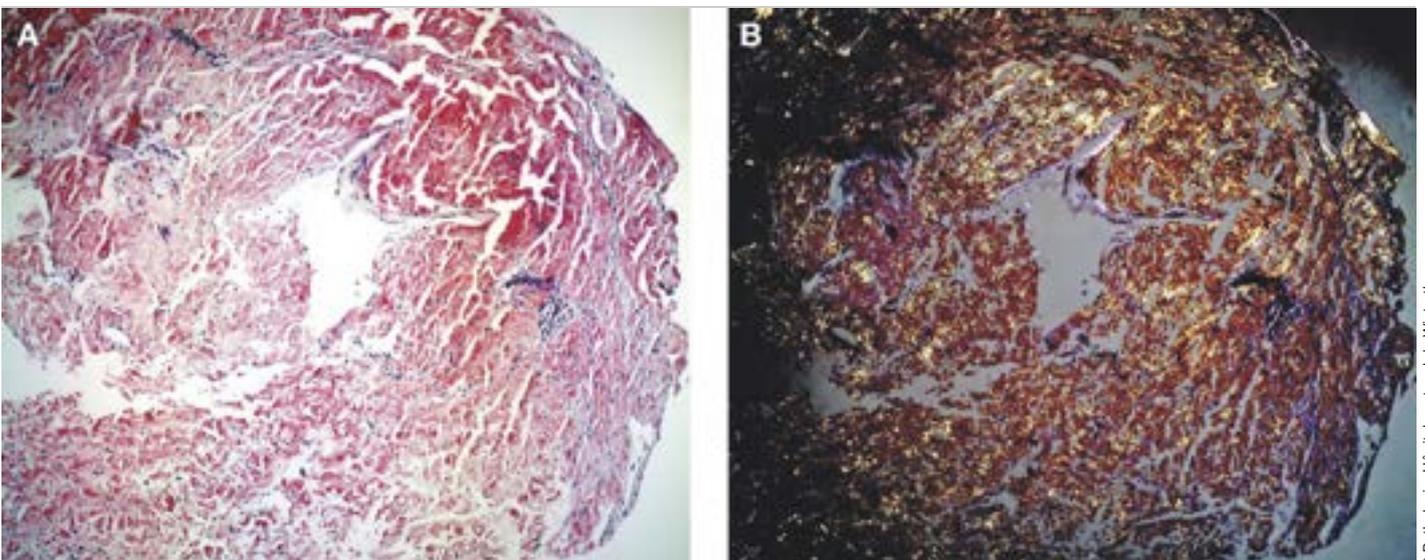


Figure 3: Vue microscopique de l'amyloïde à la coloration au rouge Congo: **A)** en lumière transmise en champ clair et **B)** en lumière transmise polarisée; grossissement de 100 fois.

Quel est votre diagnostic?

Les critères diagnostiques de l'amylose AL comprennent la présence d'une maladie systémique avec détection d'une gammopathie monoclonale, la prolifération de chaînes légères libres, ainsi qu'une documentation histologique et un typage immunohistologique de l'amyloïde [5, 8]. Dans un premier temps, il convient de rechercher la maladie plasmocytaire clonale sous-jacente. Comme il s'agit en général d'une maladie systémique, il faut impérativement exclure une atteinte organique. En raison de l'atteinte rénale fréquente avec albuminurie pouvant aller jusqu'au syndrome néphrotique, une analyse d'urine (chimie urinaire et électrophorèse) devrait être effectuée. Le foie est également souvent touché, ce qui peut se traduire par une élévation des phosphatases alcalines [9]. Le pronostic est surtout limité en cas d'atteinte cardiaque, raison pour laquelle une échocardiographie («speckle tracking» = texture granulaire du myocarde), un électrocardiogramme (bas voltage, troubles du rythme et profil de pseudo-infarctus) et la mesure des biomarqueurs cardiaques («N-terminal pro b-type natriuretic peptide» [NT-proBNP] et troponine) sont indiqués [7, 8, 10]. Une électroneuromyographie peut être réalisée en complément en cas de symptômes de polyneuropathie.

Notre patient avait déjà fait l'objet d'un examen néphrologique lors du diagnostic initial de la maladie de Waldenström. Une protéinurie de 3,3 g/24 heures avec une paraprotéine complète de classe IgM et des chaînes légères libres nettement augmentées dans le sérum avaient permis de conclure à un rein myélomateux. Il n'y avait aucun signe d'amylose, l'albuminurie étant à peine augmentée (150 mg/jour). À l'époque, il avait été décidé de renoncer à une biopsie rénale en raison du risque hémorragique et de l'absence de conséquences thérapeutiques. Sur le plan cardiaque, il y avait certes un bloc AV de III°, mais le NT-proBNP n'était que discrètement augmenté et l'échocardiographie ne montrait pas de «speckle tracking», de sorte que celui-ci a été considéré comme dégénératif. Une IRM cardiaque à la recherche d'un rehaussement de gadolinium sous-endocardique (typique de l'amylose cardiaque [8]) n'avait pas été effectuée.

Question 4

Quelle mesure thérapeutique vous semble la plus appropriée dans le cas présent?

- Chimio-immunothérapie à base de bortézomib
- Opération
- Dilatation
- Stent
- Best supportive care

En cas de sténose symptomatique du pylore, une chimiothérapie seule est insuffisante en raison de son effet retardé, une réponse hématologique ne pouvant être attendue qu'après un à quatre mois [8, 11]. Une amylose aussi prononcée répondrait, si tant est qu'elle le fasse, beaucoup plus tard, car l'amyloïde déjà accumulée dans les tissus ne peut pas être éliminée.

La priorité est donc de mettre en œuvre un traitement aigu axé sur le problème afin de supprimer l'obstruction. Dans notre cas, un stent nu transpylorique a été posé par endoscopie pour assurer le passage gastrique. En raison de l'âge et des comorbidités du patient, nous avons décidé de ne pas recourir à des traitements plus invasifs tels qu'une opération (résection gastrique distale ou gastro-entérostomie) ou des dilatations récurrentes.

Selon les symptômes gastro-intestinaux de l'amylose, des traitements prokinétiques, antiémétiques et diététiques, une supplémentation en cas de malabsorption ainsi qu'un traitement médicamenteux du reflux ou de la diarrhée peuvent en outre être entrepris à titre de soutien.

Question 5

Quelle est la fréquence de l'amylose AL en cas de maladie de Waldenström?

- 1-5%
- 6-10%
- 10-20%
- 20-30%
- 50%

Discussion

La maladie de Waldenström est un lymphome à cellules B rare, de faible malignité, accompagné d'une gammopathie monoclonale à IgM (incidence de 3 / 1 millions de personnes / an) [12]. Une amylose AL en tant que complication de cette maladie survient chez 6-10% des patientes et patients [12]. L'amyloïde résulte d'un mauvais repliement des protéines précurseurs qui circulent dans le plasma sanguin et se déposent sous forme de fibrilles insolubles dans la matrice extracellulaire, provoquant ainsi des dysfonctionnements structurels et fonctionnels des organes [13].

L'amylose AL affecte le plus souvent le cœur, les reins, le foie, ainsi que le système nerveux périphérique et autonome [14]. Des symptômes d'amylose gastro-intestinale apparaissent dans environ 17% des cas et ne sont généralement pas spécifiques, de sorte qu'il s'écoule souvent plusieurs mois avant la pose du diagnostic [9]. Sur le plan clinique, il peut y avoir une perte de poids, une diarrhée, une malabsorption, des douleurs abdominales, des saignements ou une gastroparésie [4]. De même, les anomalies endoscopiques ne sont le

plus souvent pas évocatrices et vont de l'épaississement des plis gastriques, en passant par l'érythème et les ulcérations jusqu'à la formation d'une masse sous-muqueuse [16]. Une confirmation histologique du diagnostic est donc d'autant plus importante.

Le pronostic dépend de la maladie de base ainsi que du nombre et de l'étendue des organes atteints. En cas d'atteinte gastro-intestinale, il y a souvent une atteinte organique étendue avec en conséquence un pronostic défavorable (7,9 mois vs. 15,8 mois) [17]. En cas d'atteinte organique limitée et de bonne réponse au traitement, la survie moyenne est de huit ans [18].

En principe, le premier objectif thérapeutique est de traiter la maladie de base productrice d'amyloïde et donc d'empêcher la production de nouvelles chaînes légères libres. Le traitement standard de l'amylose AL en présence d'un clone plasmocytaire sous-jacent est la chimiothérapie à base de bortézomib en combinaison avec l'anticorps anti-CD-38 daratumumab [18]. Chez les patientes et patients jeunes en bon état général, une thérapie de consolidation à haute dose avec autogreffe de cellules souches peut être évaluée après le traitement d'induction. Actuellement, les anticorps monoclonaux birtamimab et CAEL-101 sont en outre évalués dans des études de phase III pour les stades avancés de l'amylose AL, afin de neutraliser l'amyloïde circulante et déjà déposée.

Les BTKi montrent une bonne réponse dans la maladie de Waldenström réfractaire, en particulier en présence d'une mutation ponctuelle *MYD88* et de *CXCR4* de type sauvage [12]. Il n'existe cependant pas de données pertinentes pour l'amylose AL.

Dans le cas présenté, une amylose AL systémique avec sténose consécutive du pylore s'est développée malgré une rémission partielle persistante de la maladie de Waldenström. Il n'est pas possible de déterminer si cela s'est produit avant ou pendant le traitement par ibrutinib. Cependant, deux ans après la pose du stent, le patient se porte bien et peut s'alimenter de manière suffisante par voie orale. Ce cas montre de manière saisissante combien il est important, en cas de dyscrasie plasmocytaire et de symptômes gastro-intestinaux inexplicables, de penser à la complication rare qu'est l'amylose et de la rechercher (biopsie avec coloration au rouge Congo).

Il faut ajouter qu'une rémission plus profonde serait souhaitable, mais qu'un changement de traitement dans les circonstances actuelles chez ce patient (chimiothérapie initiale / BTKi avec progression de la maladie, polymorbidité, âge) serait un grand défi. Le contrôle satisfaisant et persistant des symptômes ainsi que l'absence de signes d'atteinte pertinente

d'autres organes ont pu être des facteurs décisifs pour l'hémato-oncologue traitant, qui a décidé de maintenir le traitement par ibrutinib dans un premier temps.

Réponses

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

Correspondance

Livia Kammerlander
Kantonsspital St. Gallen
Klinik für Gastroenterologie und Hepatologie
Rorschacher Strasse 95
CH-9007 St. Gallen
livia.kammerlander[at]kssg.ch

Remerciements

Nous remercions le Dr méd. Martina Bertschinger, clinique d'oncologie médicale et d'hématologie, Hôpital cantonal de Winterthour, pour la relecture de l'article, le Dr méd. Thomas Bächler, chirurgie viscérale, Hôpital cantonal de Winterthour, pour la mise à disposition des clichés intra-opératoires, le Dr méd. Renata Flury-Frei, pathologie, Hôpital cantonal de Winterthour, pour la mise à disposition des clichés histologiques, et le Prof. Dr méd. Christoph Binkert, radiologie, Hôpital cantonal de Winterthour, pour la mise à disposition et l'interprétation des clichés de TDM.

Ethics Statement

Un consentement éclairé écrit est disponible pour la publication.

Conflict of Interest Statement

AG et LK ont reçu un soutien financier pour une semaine de séminaire de Dr. Falk Pharma en 2022. KS et BB ont déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts potentiels.

Références

- Lu R, Richards T. A Focus on Waldenström Macroglobulinemia and AL Amyloidosis. *J Adv Pract Oncol*. 2022;13(Suppl 4):45-56.
- Milani P, Merlini G. Monoclonal IgM-related AL amyloidosis. *Best Pract Res Clin Haematol*. 2016;29(2):241-8.
- Alshehri SA, Hussein MRA. Primary Localized Amyloidosis of the Intestine: A Pathologist Viewpoint. *Gastroenterology Res*. 2020;13(4):129-37.
- Rowe K, Pankow J, Nehme F, Salyers W. Gastrointestinal Amyloidosis: Review of the Literature. *Cureus*. 2017;9(5):e1228.
- Schwotzer R, Flammer AJ, Gerull S, Pabst T, Arosio P, Averaimo M, et al. Expert recommendation from the Swiss Amyloidosis Network (SAN) for systemic AL-amyloidosis. *Swiss Med Wkly*. 2020;150:w20364.
- Garcia Y, Collins AB, Stone JR. Abdominal fat pad excisional biopsy for the diagnosis and typing of systemic amyloidosis. *Hum Pathol*. 2018;72:71-9.
- Gertz MA. Immunoglobulin light chain amyloidosis: 2020 update on diagnosis, prognosis, and treatment. *Am J Hematol*. 2020;95(7):848-60.
- Vaxman I, Dispenzieri A, Muchtart E, Gertz M. New developments in diagnosis, risk assessment and management in systemic amyloidosis. *Blood Rev*. 2020;40:100636.
- Dahiya DS, Kichloo A, Singh J, Albosta M, Wani F. Gastrointestinal amyloidosis: A focused review. *World J Gastrointest Endosc*. 2021;13(1):1-12.
- Wechalekar AD, Gillmore JD, Hawkins PN. Systemic amyloidosis. *Lancet*. 2016;387(10038):2641-54.
- Treon SP, Tripsas CK, Meid K, Warren D, Varma G, Green R, et al. Ibrutinib in previously treated Waldenström's macroglobulinemia. *N Engl J Med*. 2015;372(15):1430-40.
- Bou Zerdan M, Valent J, Diacovo MJ, Theil K, Chaulagain CP. Utility of Bruton's Tyrosine Kinase Inhibitors in Light Chain Amyloidosis Caused by Lymphoplasmacytic Lymphoma (Waldenström's Macroglobulinemia). *Adv Hematol*. 2022;1182384.
- Baker KR, Rice L. The amyloidoses: clinical features, diagnosis and treatment. *Methodist DeBakey Cardiovasc J*. 2012;8(3):3-7.
- Desport E, Bridoux F, Sirac C, Delbes S, Bender S, Fernandez B, et al. AL amyloidosis. *Orphanet J Rare Dis*. 2012;7:54.
- Menke DM, Kyle RA, Fleming CR, Wolfe JT 3rd, Kurtin PJ, Oldenburg WA. Symptomatic Gastric Amyloidosis in Patients With Primary Systemic Amyloidosis. *Mayo Clin Proc*. 1993;68(8):763-7.
- Liu X-M, Di L-J, Zhu J-X, Wu X-L, Li H-P, Wu H-C, et al. Localized primary gastric amyloidosis: Three case reports. *World J Clin Cases*. 2020;8(19):4667-75.
- Inayat F, Ur Rahman A, Zahid E, Ali NS, Charles R. Symptomatic involvement of the stomach and duodenum as initial presentation of AL amyloidosis. *BMJ Case Rep*. 2019;12(1).
- Kastritis E, Palladini G, Minnema MC, Wechalekar AD, Jaccard A, Lee HC, et al. Daratumumab-Based Treatment for Immunoglobulin Light-Chain Amyloidosis. *N Engl J Med*. 2021;385(1):46-58.



Annina Gutzwiller, médecin diplômée
Klinik für Gastroenterologie und
Hepatologie, Kantonsspital Winterthur,
Winterthur



Livia Kammerlander, médecin diplômée
Klinik für Gastroenterologie und
Hepatologie, Kantonsspital Winterthur,
Winterthur

DRESS syndrome

De ciel étoilé à caméléon dangereux

Dr méd. Anja Forrer^a; Dr méd. Johanna Ziegler^b; Dr méd. Michael Bigger^a

Stadtspital Zürich Triemli, Zürich: ^a Klinik für Innere Medizin; ^b Klinik für Dermatologie

Rapport de cas

Un patient âgé de 42 ans s'est présenté à notre service des urgences avec fièvre, malaise, toux, dyspnée d'effort de degré 2 selon les «New York Heart Association» (NYHA) et éruption cutanée généralisée. Il a rapporté que les symptômes avaient débuté une semaine plus tôt avec l'apparition de petites papules, vésicules et pustules rouges. Initialement, les collègues de dermatologie avaient établi le diagnostic suspecté d'une primo-infection de varicelle et commencé un traitement antiviral par valaciclovir.

Trois jours après le début du traitement, une détérioration de l'état général est survenue,

présentant une fièvre jusqu'à 39,5 °C ainsi que le gonflement du visage et des ganglions lymphatiques cervicaux et inguinaux. Les symptômes dermatologiques étaient nettement progressifs avec un exanthème rouge foncé prurigineux et douloureux accompagné de plaques, papules et pustules partiellement confluentes, disséminées et couvrant plus de 50% de la surface corporelle (fig. 1). La muqueuse buccale et la lèvre rouge étaient touchées par de petites érosions.

L'analyse de laboratoire a révélé un état inflammatoire (protéine C-réactive [CRP] 67 mg/l, domaine de référence <5 mg/l;

leucocytes 18,7 G/l, domaine de référence 3,9–10,2 G/l) avec une éosinophilie manifeste (2,6 G/l, domaine de référence 0,02–0,5 G/l). Les valeurs hépatiques et rénales étaient normales, le taux de troponine T hypersensible (hs) légèrement accru, mais sans dynamique significative à la mesure sérielle (23 ng/l, domaine de référence <14 ng/l). Aucun ganglion lymphatique atypique n'a pu être mis en évidence. La radiographie conventionnelle du thorax a montré quelques opacités nodulaires.

D'après les critères du registre européen des réactions cutanées sévères (RegiSCAR)

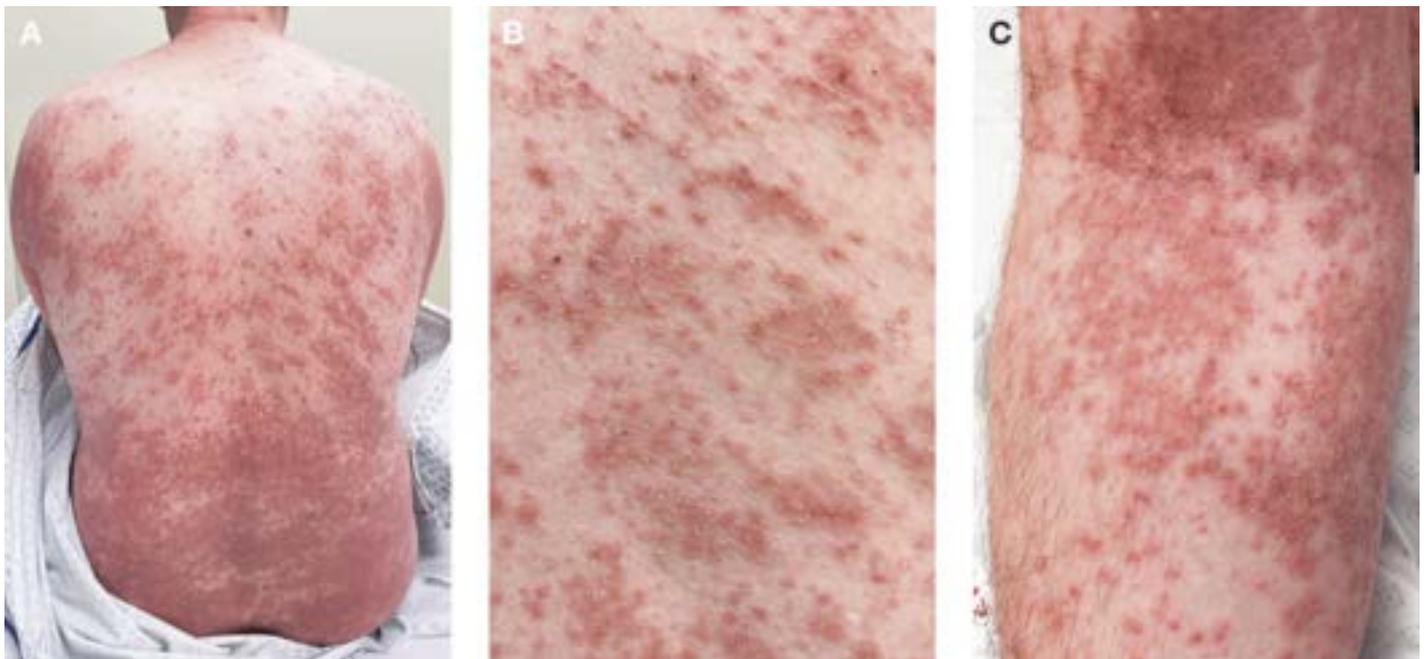


Figure 1: Résultats cutanés du patient au moment de sa présentation aux urgences. Un consentement éclairé écrit est disponible pour la publication.

Tableau 1: Critères de validation DRESS du RegiSCAR

Paramètres cliniques	Score				Commentaires
	-1	0	1	2	
Fièvre > 38,5 °C	Non	Oui			
Lymphadénopathie >1 cm dans au moins 2 régions		Non	Oui		
Éosinophilie >0,7 G/l		Non	Oui	>1,5 G/l	
Lymphocytes atypiques		Non	Oui		
Exanthème avec >2 caractéristiques suggestives*		Non	Oui		* Caractéristiques suggestives: œdème du visage, purpura, infiltration, desquamation
Exanthème couvre >50% de la surface corporelle		Non	Oui		
Biopsie cutanée suggestive pour le diagnostic de DRESS	Non	Oui / incertain			
Atteinte organique			**		** 1 point par organe, maximum 2 points
Durée totale de maladie >15 jours	Non	Oui			
Exclusion d'autres causes		Non / incertain	Oui		1 point lorsqu'au moins trois des tests suivants sont normaux: HAV, HBV, HCV, <i>Mycoplasma</i> , ANA, <i>Chlamydia</i> , cultures sanguines

En dessous de 2 points, le diagnostic d'un syndrome de DRESS est considéré comme improbable, avec 2-3 points possible, avec 4-5 points probable et en dessus de 6 points définitif.

ANA: anticorps antinucléaires; DRESS: Drug Rash with Eosinophilia and Systemic Symptoms; HAV: virus de l'hépatite A; HBV: virus de l'hépatite B; HCV virus de l'hépatite C; RegiSCAR: Registry of Severe Cutaneous Adverse Reactions.

(tab. 1), nous avons établi le diagnostic d'un «Drug Rash with Eosinophilia and Systemic Symptoms» (DRESS) syndrome avec atteinte pulmonaire et cardiaque modérée, et avons admis le patient en vue d'un traitement glucocorticoïde systémique. Sous celui-ci est survenue une nette amélioration de l'état général avec régression des efflorescences, de la dyspnée d'effort et normalisation de la température corporelle. Au bout de trois jours, le patient a pu être déchargé et orienté vers un suivi dermatologique ambulatoire. Nous avons supposé que la prise répétée d'ibuprofène trois semaines avant le début des symptômes était le déclencheur médicamenteux.

Discussion

Avec le syndrome de Stevens-Johnsons, la nécrolyse épidermique toxique et la pustulose exanthématique aiguë généralisée, le DRESS syndrome fait partie des syndromes d'hypersensibilité systémique dangereux qui présentent une mortalité rapportée dans la littérature pouvant atteindre 10% [1, 2].

Le diagnostic est établi au vu des résultats cliniques et biochimiques. Les critères de validation du RegiSCAR sont utiles pour le processus diagnostique, le système de points permettant une classification des cas improbables, possibles, probables et définitifs (tab. 1) [3].

La biopsie cutanée est facultative, mais peut être utile pour exclure d'autres diagnostics différentiels.

Les agents déclencheurs sont principalement les substances anticonvulsives, antibiotiques et inhibitrices de l'acide urique. Une réaction aux médicaments anti-inflammatoires est moins souvent décrite. Typiquement, il existe une latence de deux et à six semaines entre la prise et la survenue de l'exanthème [4].

L'exanthème peut se présenter de manière très variée. Des efflorescences maculaires, pustuleuses, vésiculaires, squameuses et infiltrées sont décrites, d'où l'appellation parfois utilisée de caméléon parmi les réactions cutanées. La survenue d'un œdème érythémateux centrofacial est relativement typique [3].

L'atteinte de la muqueuse est souvent modérée et présente dans seulement 25% des cas environ. Plus de 90% des patientes et patients ont de la fièvre et une éosinophilie. Dans 50-75% des cas, surviennent une lymphadénopathie et/ou des ganglions lymphatiques atypiques [5].

Le pronostic et l'évolution dépendent de l'atteinte organique, le foie étant le plus souvent touché (plus de 50% des cas). Les atteintes interstitielles des reins et des poumons surviennent chez près d'un tiers des patientes et

patients [5]. Une atteinte myocardique est plus rare, la myocardite éosinophilique nécrosante fulminante étant principalement redoutée et susceptible de provoquer une issue potentiellement mortelle [6, 7].

La clé thérapeutique repose sur l'arrêt de l'agent déclencheur et un traitement immunosuppresseur par glucocorticoïdes. Les antihistaminiques sont utilisés en soutien. Dans de rares cas sévères, des immunoglobulines intraveineuses sont employées en traitement complémentaire [1].

Normalement, un processus de guérison retardé est observé sur au moins deux semaines, un suivi structuré est donc pertinent.

Une réexposition à l'agent déclencheur est en principe contre-indiqué en raison de la possibilité d'une nouvelle réaction médicamenteuse sévère [8, 9]. Lorsque plusieurs substances sont suspectées, des examens allergologiques complémentaires peuvent être utiles.

Le test de transformation lymphocytaire patch, intradermique et in vitro permet de mettre en évidence une sensibilisation, mais pas une causalité entre la prise de médicament et le DRESS. La sécurité, la sensibilité et la spécificité de ces examens varient fortement en fonction de la substance et du moment du test. Une sensibilisation confirmée valide la suspi-

cion du rapport entre l'agent et le DRESS, un résultat de test négatif n'exclut toutefois pas un lien [10–14].

Dans notre cas, nous avons recommandé au patient d'éviter à vie une réexposition à l'ibuprofène en raison de son caractère dispensable et de la disponibilité d'alternatives thérapeutiques.

Selon les avis d'expertes et experts, un anti-inflammatoire non stéroïdien d'une autre classe de substances (p. ex. acide acétylsalicylique) pourrait être administré sous surveillance rigoureuse en présence d'une indication de haute importance [11]. Comme il manque toutefois des études approfondies sur cette problématique, cela resterait une décision exceptionnelle dans le contexte clinique.

Correspondance

Dr. med. Anja Forrer
Klinik für Innere Medizin
Stadtspital Zürich Triemli
Birmensdorferstrasse 497
CH-8063 Zürich
anja.forrer[at]stadtspital.ch

Ethics Statement

Un consentement éclairé écrit est disponible pour la publication.

Conflict of Interest Statement

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

Author Contributions

AF: ébauche de l'article, recherches dans la littérature, révision en collaboration avec JZ et MB, intégration des commentaires et questions de SMF en collaboration avec MB. JZ: examen critique de l'ébauche, commentaires spécialisés en dermatologie, révision et amélioration du manuscrit. MB: examen critique de l'ébauche, commentaires spécialisés en médecine interne, révision et amélioration du manuscrit, intégration des commentaires et questions de SMF en collaboration avec AF.

Références

- Bircher AJ. Le syndrome d'hypersensibilité médicamenteuse (DRESS). *Forum Med Suisse*. 2019;19(2728):435–6.
- Awad A, Goh MS, Trubiano JA. Drug Reaction With Eosinophilia and Systemic Symptoms: A Systematic Review. *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2023;11(6):1856–68.
- Kardaun SH, Sekula P, Valeyrie-Allanore L, Liss Y, Chu CY, Creamer D, et al. Drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms (DRESS): an original multi-system adverse drug reaction. Results from the prospective RegiSCAR study. *Br J Dermatol*. 2013;169(5):1071–80.
- Cacoub P, Musette P, Descamps V, Meyer O, Speirs C, Finzi L, et al. The DRESS syndrome: a literature review. *Am J Med*. 2011;124(7):588–97.
- Schunkert EM, Divito SJ. Updates and Insights in the Diagnosis and Management of DRESS Syndrome. *Curr Dermatol Rep*. 2021;10(4):192–204.
- Thongsri T, Chularojanamontri L, Pichler WJ. Cardiac involvement in DRESS syndrome. *Asian Pac J Allergy Immunol*. 2017;35(1):3–10.
- Kowtoniuk R, Pinninti M, Tyler W, Doddamani S. DRESS syndrome-associated acute necrotizing eosinophilic myocarditis with giant cells. *BMJ Case Reports*. 2018;2018:bcr-2018-226461.
- Stirton H, Shear NH, Dodiuk-Gad RP. Drug Reaction

- with Eosinophilia and Systemic Symptoms (DRESS)/ Drug-Induced Hypersensitivity Syndrome (DiHS)-Reading the DRESS. *Biomedicines*. 2022;10(5):999.
- 9 Duong TA, Valeyrie-Allanore L, Wolkenstein P, Chosidow O. Severe cutaneous adverse reactions to drugs. *Lancet*. 2017;390(10106):1996–2011.
- 10 Cabañas R, Calderón O, Ramírez E, Fiandor A, Caballero T, Heredia R, et al. Sensitivity and specificity of the lymphocyte transformation test in drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms causality assessment. *Clin Exp Allergy*. 2018;48(3):325–33.
- 11 Cabañas R, Ramírez E, Sendagorta E, Alamar R, Barranco R, Blanca-López N, et al. Spanish Guidelines for Diagnosis, Management, Treatment, and Prevention of DRESS Syndrome. *J Investig Allergol Clin Immunol*. 2020;30(4):229–53.
- 12 Calle AM, Aguirre N, Ardila JC, Cardona Villa R. DRESS syndrome: A literature review and treatment algorithm. *World Allergy Organ J*. 2023;16(3):100673.
- 13 Teo YX, Friedmann PS, Polak ME, Arden-Jones MR. Utility and Safety of Skin Tests in Drug Reaction With Eosinophilia and Systemic Symptoms (DRESS): A Systematic Review. *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2023;11(2):481–91.
- 14 De Groot AC. Patch testing in drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms (DRESS): A literature review. *Contact Dermatitis*. 2022;86(6):443–79.



Dr méd. Anja Forrer
Klinik für Innere Medizin,
Stadtspital Triemli, Zürich

OFFRES ET DEMANDES D'EMPLOI

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

Insertionen

Inseratenannahme

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

Insertionspreise exkl. MWST

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

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

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

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

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

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

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

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

Alle Preise zuzüglich 8,1% MWST.

Annahmeschluss: 14 Tage vor Erscheinen

Mediadaten: www.saez.ch/stellenmarkt

Les prix s'entendent hors TVA de 8,1%.

Délai de remise: 14 jours avant parution



Fachärztin/-arzt Kardiologie

Ab sofort oder nach Vereinbarung zur Verstärkung in unserer digitalisierten Praxis im Zentrum von Schwyz mit komplettem nicht invasivem Leistungsspektrum im eingespielten, familiären und unkomplizierten Team.

Einstiegspensum 20–40% (Steigerung mögl.) mit möglicher Zusatz-Anstellung am Kantonsspital Luzern (60–80%, kardiologie-spez. Fachgebiet ggf. wählbar).

Kontakt: carmen.schneiders@hin.ch

Kardiologie Schwyz

Dr. med. Carmen Schneiders
FMH Kardiologie, FMH Innere Medizin, SEMS Sportmedizin
Schmiedgasse 3, 6430 Schwyz

198327-26

ZUGER Kantonsspital

Das Zuger Kantonsspital steht im Dienst der Gesundheit der Bevölkerung des Kantons Zug und der umliegenden Regionen. Rund 1100 Mitarbeitende, davon 180 in Aus- und Weiterbildung, sind in den verschiedensten Bereichen tätig. Jedes Jahr behandeln und betreuen wir über 11 500 stationäre und über 50 000 ambulante Patientinnen und Patienten. Im interdisziplinären Notfallzentrum werden jährlich mehr als 27 500 Personen behandelt.

Für unser **Institut für Anästhesie und Intensivmedizin** suchen wir per **1. Oktober 2024 oder nach Vereinbarung** eine/n

Oberärztin / Oberarzt mbF Anästhesie und Schmerztherapie 60–100%

IHRE AUFGABEN

- Führen einer eigenen Schmerzsprechstunde und selbständige Durchführung fluoroskopisch und sonographisch gesteuerter Interventionen am Bewegungsapparat und den peripheren Nerven
- Evaluation und Behandlung von Patienten innerhalb eines interdisziplinären Netzwerks mit Möglichkeit zur Anbindung an ein multimodales Schmerzprogramm
- Teilnahme an einer interdisziplinären Sprechstunde zur Evaluation komplexer Schmerzpatienten
- Selbständige perioperative Betreuung unserer Patienten aus einem breiten chirurgischen Spektrum
- Einsätze im Schockraum, Akutschmerzdienst, Gebärsaal und in der ambulanten Sprechstunde
- Im Dienstbetrieb verantworten Sie die Betreuung der interdisziplinären Intensivstation mit, wobei Ihnen jederzeit ein Intensivmediziner im Hintergrunddienst zur Verfügung steht

IHR PROFIL

- Facharzttitel Anästhesiologie und Schwerpunkt Interventionelle Schmerztherapie SSIPM
- Erfahrung mit fluoroskopisch und sonographisch gesteuerten Interventionen
- Freude an der Regionalanästhesie und Kenntnisse im Bereich der Intensivmedizin
- Engagierte, innovative und teamorientierte Persönlichkeit
- Sie legen Wert auf eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit mit anderen Fachärzten und der Pflege

UNSER ANGEBOT

Wir bieten Ihnen eine abwechslungsreiche und anspruchsvolle Tätigkeit in einem breiten Spektrum der Anästhesiologie, als auch in der Schmerztherapie. Es erwartet Sie ein motiviertes und engagiertes Team, eine ausgezeichnete Infrastruktur mit einem hervorragend ausgestatteten Interventionsraum mit der Möglichkeit zur Durchführung von Thermo- und Kryoablationen sowie zeitgemässe Anstellungsbedingungen mit sehr guten Sozialleistungen.

INTERESSIERT?

Weitere Informationen zur Funktion gibt Ihnen gerne Dr. med. Patrick Siebenpfund, Chefarzt Institut für Anästhesie und Intensivmedizin, T +41 41 399 33 03. Bitte senden Sie uns Ihr Bewerbungsdossier via Bewerberlink <https://jobs.zgks.ch> oder personal@zgks.ch.

Zuger Kantonsspital AG · Landhausstrasse 11 · 6340 Baar
T 041 399 11 11 · www.zgks.ch · info@zgks.ch

200014-26

Modern. Menschlich. Mittendrin.



Das Spital Emmental sorgt mit Spezialistinnen und Spezialisten an den beiden Spitalstandorten Burgdorf und Langnau für die hochstehende medizinische Versorgung von über 150 000 Einwohnerinnen und Einwohnern – rund um die Uhr.

Für unsere **interdisziplinäre Intensivstation am Standort Burgdorf** suchen wir per 1. Oktober 2024 oder nach Vereinbarung eine:n

Leitende Ärztin/Leitenden Arzt oder Oberärztin/Oberarzt Intensivmedizin, 40–100%

Ihre Aufgaben:

- In unserer zertifizierten interdisziplinären Betten-Intensivstation (saisonal abhängig sechs bis acht Betten) mit drei bis vier Beatmungsplätzen betreuen Sie Patientinnen und Patienten selbstständig, mit Unterstützungen der nötigen Fachdisziplinen.
- Gemeinsam mit den Leitenden Ärztinnen und Ärzten leiten Sie unsere gut eingespielte und lebhaftige Intensivstation fachlich und personell.
- Dabei pflegen Sie eine gute und verantwortungsbewusste Zusammenarbeit mit internen und externen Ansprechpartnern.
- Sie beteiligen sich am intensivmedizinischen Hintergrunddienst.
- Als Kaderärztin/Kaderarzt beteiligen Sie sich gerne an der Weiterbildung von medizinischen Assistenzärztinnen und -ärzten sowie Studierenden der Intensivpflege.

Ihr Profil:

- Sie verfügen über den Facharzttitel FMH für Intensivmedizin.
- Weiterer Facharzttitel Allgemeine Innere Medizin FMH oder Anästhesie FMH
- Äquivalenzanerkennungen von entsprechenden ausländischen Weiterbildungen zwingend
- Sie sind eine kommunikative, teamorientierte Persönlichkeit, die einen verantwortungsvollen, patientenorientierten Umgang pflegt.

Unser Angebot:

- Eine anspruchsvolle und interessante Tätigkeit mit einem breiten Spektrum an Interventionen
- Ein engagiertes, kollegiales IPS-Team
- Unsere Intensivstation in Burgdorf ist die erste in der Schweiz mit dem zertifizierten Prädikat «Angehörigenfreundliche Intensivstation®».

Auskunft:

Dr. med. Michael Glas, Leitender Arzt und Leiter Intensivmedizin, gibt Ihnen gerne weitere Auskünfte: +41 (0)34 421 25 07, ebenso PD Dr. med. Robert Escher, Chefarzt Medizinische Klinik, +41 (0)34 421 23 13.

Bewerbungen bitte an
Sandra Balli, Human Resources



kpt:

Die KPT gehört zu den zehn grössten Krankenkassen der Schweiz. Rund 750 Mitarbeitende bieten den 600'000 Versicherten das, was sie wirklich brauchen: beste Preis-Leistung und höchste Kundenzufriedenheit. Als Genossenschaft übernimmt die KPT gesellschaftliche Verantwortung und setzt sich für die Interessen der Versicherten und Mitarbeitenden ein.

Als Nachfolge des heutigen Stelleninhabers suchen wir eine / einen

Leitende Vertrauensärztin / Leitenden Vertrauensarzt KPT (80 – 100%)

Ihre Aufgaben: Sie übernehmen die personelle und fachliche Führung des vertrauensärztlichen Dienstes der KPT mit einem Team von rund 10 Fachärztinnen und -ärzten. Mit Ihrem Team beraten Sie die KPT in Bezug auf die Leistungspflicht nach KVG und VVG, beurteilen tarifarische Fragen und arbeiten allgemeine versicherungsmedizinische Empfehlungen aus. Sie unterstützen die Leistungserbringer bei medizinischen Fachfragen nach Art. 57 KVG. Sie machen es sich zur Aufgabe, Prozesse und Strukturen des vertrauensärztlichen Dienstes auf die zukünftigen Herausforderungen auszurichten und nutzen den gegebenen Gestaltungsspielraum. Sie bilden die Schnittstelle zu den internen Fachabteilungen und pflegen einen proaktiven Austausch in medizinischen sowie gesundheitspolitischen Fragen.

Ihr Profil: Sie verfügen über einen in der Schweiz anerkannten Facharzttitel, idealerweise ergänzt durch den Fähigkeitsausweis Vertrauensarzt SGV (oder sind bereit, diesen zu erlangen). Sie bringen fünf Jahre Berufserfahrung in einer Arztpraxis oder in leitender spitalärztlicher Funktion mit und sind mit der Führung von Mitarbeitenden vertraut. Sie haben gute Kenntnisse der Versicherungsmedizin und des schweizerischen Sozialversicherungswesens. Auf persönlicher Ebene zeichnen Sie sich durch Ziel-/Lösungsorientierung, Argumentations- und Kommunikationskompetenz sowie Entscheidungsstärke aus. Sie verkörpern das «Gesicht» des vertrauensärztlichen Dienstes und haben Freude, diesen weiterzuentwickeln. Eine Weiterbildung in BWL / Führung rundet Ihr Profil ab.

Unser Angebot: Sie übernehmen die Verantwortung für den vertrauensärztlichen Dienst einer der grössten Schweizer Krankenkassen und können die personelle sowie organisatorische Weiterentwicklung des Bereichs massgeblich mitgestalten. Es erwartet Sie eine familiäre, unkomplizierte Unternehmenskultur mit Offenheit für neue Ideen. Sie profitieren von fortschrittlichen Anstellungsbedingungen, vorbildlichen Sozialleistungen und Weiterbildungsmöglichkeiten. Ihr Arbeitsort liegt zentral im Berner Wankdorf, und auch Home-Office ist partiell möglich.

Weitere Informationen zur Stelle finden Sie unter www.innopol.ch

Wir freuen uns auf die Zustellung Ihres Bewerbungsdossiers per E-Mail an Frau Dr. Michèle Etienne, Innopol AG, kpt@innopol.ch.



Innopol AG
Bahnhofstrasse 17
CH-3053 Münchenbuchsee
www.innopol.ch



Kantonsspital
Baselland
genau für Sie

200537-26

Wir suchen zur Ergänzung unseres Teams ab Herbst 2025 oder nach Vereinbarung eine/n

Leitende Ärztin/Leitender Arzt Radiologie/Nukle- armedizin (a)

100%
Radiologie
Liestal
Interessiert?

Weitere Informationen zu dieser Stelle und
Online-Bewerbung unter
ksbl.ch/karriere/offene-stellen



199617-26

Arbeiten und leben im schönen Arosa!

Das modern ausgestattete Medizinische Zentrum an zentraler Lage verfügt über digitale Krankendossiers, Praxisapotheke, Labor, Röntgen und Ultraschall. Neben der hausärztlichen Grundversorgung decken wir auch die notfallärztliche Versorgung ab.

Zur Verstärkung des Teams im Medizinischen Zentrum sucht die Gesundheit Arosa AG eine / einen

- Fachärztin / Facharzt AIM 50-100%
Nach Vereinbarung (auch nur Wintersaison möglich)

- Praxisassistentin 50-100%
Per 01. Dezember 2025

Haben wir Ihr Interesse geweckt?
Weitere Informationen finden Sie unter:
www.gesundheitarosa.ch/jobs



Gesundheit Arosa AG
Alteinstrasse 26 | 7050 Arosa | Tel. +41 (0)81 378 85 85
info@gesundheitarosa.ch | www.gesundheitarosa.ch



Zur Erweiterung der Neurologie im Spital Langenthal suchen wir nach Vereinbarung eine/n

Fachärztin/Facharzt Neurologie 80 - 100 %

Spital Langenthal

Das bewirken Sie bei uns

- Fachliche und personelle Führung der unterstellten Fachbereiche (Ärzte, Sekretariat, Neurophysiologische Diagnostik)
- Führung einer neurologischen Sprechstunde und Betreuung ambulanter und stationärer neurologischer Patientinnen und Patienten
- Klinikübergreifende Führung der neurologischen Konsilien und Vertretung der Neurologie in den verschiedenen Entwicklungsprojekten der SRO AG

Das bringen Sie mit

- Facharzttitel FMH für Neurologie und anwendungsbereite Kenntnisse in den Methoden der neurologischen Funktionsdiagnostik (extra- und transkranielle Duplexsonografie, EMG/ENG, EEG sowie evozierte Potentiale) mit Fachausweisen oder entsprechenden Weiterbildungen
- Zudem verfügen Sie über Erfahrung in der Behandlung zerebrovaskulärer Erkrankungen und intensivpflichtige neurologische Störungen.
- Sie handeln eigenverantwortlich und vertreten das Fachgebiet Neurologie kompetent mit der Bereitschaft zu bereichsübergreifender Zusammenarbeit.
- Führungserfahrung in leitender Funktion, betriebswirtschaftliche und organisatorische Fähigkeiten
- Ausländische Bewerber verfügen über die entsprechende Gleichwertigkeitsanerkennung durch die MEBEKO
- Je nach fachlicher Qualifikation sind die Anstellungsmodalitäten offen.

Bei uns arbeiten

- Eine verantwortungsvolle und abwechslungsreiche Kaderposition
- Die Möglichkeit, Ihre Erfahrungen und Ideen in die Neurologie einzubringen und diese zu prägen
- Attraktive Arbeitsbedingungen sowie zeitgemässe Anstellungskonditionen
- Ein Spital in einer Region mit hohem Erholungswert und nahe den West-Ost- bzw. Nord-Süd-Hauptachsen. Langenthal zeichnet sich darüber hinaus durch einen spannenden Mix aus Kultur, Tradition und Wirtschaft aus.

Kontakt

Weitere Auskünfte erteilt Ihnen gerne PD Dr. med. Alexander Imhof, Ärztlicher Direktor, Tel. +41 62 916 31 03

Ihre schriftliche Bewerbung richten Sie bitte an die
SRO AG, Frau Martina Wittwer, Human Resources,
St. Urbanstrasse 67, CH-4900 Langenthal, job@sro.ch

www.sro.ch



200534-26

rad regionaler ärztlicher dienst zentralschweiz

Der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) ist ein versicherungsmedizinisches Kompetenzzentrum, welches eigene Untersuchungen und Beratungsgespräche durchführt und unabhängige versicherungsmedizinische Stellungnahmen für die IV-Stellen der Kantone LU, NW, OW, SZ, UR und ZG, erarbeitet. Im RAD Zentralschweiz engagieren sich rund 30 Ärztinnen und Ärzte mit unterschiedlichsten Fachrichtungen.

Zur Verstärkung unseres Bereichs suchen wir per sofort oder nach Vereinbarung eine/einen

Fachärztin / Facharzt Allgemeine Innere Medizin oder Physikalische & Rehabilitative Medizin 60–100%

Deine Aufgaben

- Du beurteilst den Gesundheitszustand von versicherten Personen und deren allfälligen Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit.
- Du begutachtest medizinische Dossiers und nimmst, wo nötig, mit behandelnden Ärztinnen und Ärzten Rücksprache.
- Du stehst im Dialog mit dem Fachpersonal der beruflichen Eingliederung und tauschst dich innerhalb des RAD-Teams aus um bestmögliche Lösungen zu erarbeiten.
- Du hast die Möglichkeit, Untersuchungen von versicherten Personen vor Ort in eigener Zuständigkeit durchzuführen.
- Du erstellst fachliche Expertisen, welche zu fairen und gerechten leistungsrechtlichen Entscheidungen führen.

Deine Kompetenzen

- Du verfügst über den Titel «Fachärztin/Facharzt Allgemeine Innere Medizin oder Physikalische & Rehabilitative Medizin» und bringst Berufserfahrung mit.
- Du hast ein grosses Interesse an versicherungsmedizinischen sowie sozialversicherungsrechtlichen Fragestellungen.
- Du liebst komplexe Sachverhalte und hast Freude am Dialog mit Mitarbeitenden aus den Bereichen Eingliederung, Leistungen und Recht.
- Du übernimmst gerne Verantwortung und zeigst Interesse an fachspezifischen und versicherungsmedizinischen Weiterbildungen.
- Du bist eine dienstleistungsorientierte Persönlichkeit und schätzt eine konstruktive, respektvolle sowie interdisziplinäre Zusammenarbeit auf Augenhöhe.

Deine Vorteile

- Hervorragendes Jahres-Arbeitszeitmodell ohne Nacht- oder Wochenenddienst: Die gleitende Arbeitszeit und die Option die Arbeit auch im Homeoffice zu erledigen, ermöglichen unseren Ärztinnen und Ärzten eine grosse Flexibilität in der Arbeits- und Freizeitgestaltung.
- Versicherungsmedizinische und fachspezifische Weiterbildungen (z.B. SIM-Gutachter/in oder Kurse des IV-eigenen Bildungszentrums) werden von uns grosszügig unterstützt.
- Möglichkeit zum engen fachlichen Austausch mit Kolleginnen und Kollegen aus unterschiedlichen Fachdisziplinen.
- Einsatzort ist Luzern und bei Bedarf auch an einem der anderen Standorte der Zentralschweizer IV-Stellen.

Haben wir dein Interesse geweckt? Dann möchten wir dich gerne kennenlernen.

Wir freuen uns auf deine Online-Bewerbung über unsere Webseite WAS Luzern (www.was-luzern.ch/stellen)

Nicole Zwahlen, Human Resources, Telefon +41 41 209 08 21

Arbeitsort

Landenbergstrasse 35
6005 Luzern

200200-26



Médecins généralistes FMH à Collombey

Le Centre médical du Chablais SA, qui ouvre le 2 août, recherche, pour compléter l'équipe, un médecin généraliste FMH de suite ou à convenir.

À propos de nous: Le Centre médical du Chablais est un nouveau prestataire de soins en Valais qui s'engage à fournir des soins de qualités et à favoriser un environnement de travail positif.

Situé idéalement dans une zone avec parkings gratuits, le Centre médical du Chablais offre tout ce qu'il vous faut pour commencer votre activité rapidement.

Équipé de 7 salles de consultations (dont 2 pour urgences et petites interventions), 1 laboratoire moderne et complètement équipé, les espaces pour le personnel, et un centre de radiologie, à proximité.

Qualifications

- Titre de médecin généraliste FMH
- Langue: français
- Capacité à travailler en collaboration au sein d'une équipe pluridisciplinaire.

Ce que nous vous offrons

- Conditions salariales compétitives.
- Pas d'investissements nécessaires!
- Horaires de travail flexibles (temps plein ou partiel).
- Soutien à la formation continue
- Environnement de travail favorable et inclusif
- Concentrez-vous sur la médecine, on s'occupe du reste.

Nous nous réjouissons de recevoir votre dossier:
postulations@cmc-sa.ch

Centre médical du Chablais SA / Z.A. Entre Deux Fossaux 14 / 1868 Collombey
postulations@cmc-sa.ch / www.cmc-sa.ch

200345-26

OP-Zentrum mit Praxisräumen in Winterthur sucht Kooperation mit Ärzten, Praxisgemeinschaften oder anderen Institutionen im Gesundheitswesen.

Ihre Vorteile bei uns:

- **Moderne Ausstattung:** Profitieren Sie von unserer modernen medizinischen Infrastruktur.
- **Flexible Nutzung:** Integrieren Sie Ihre Praxis in unsere Räumlichkeiten, die neben 2–3 Operationssälen, eine grosse Holding Area und drei separate Praxis-/Behandlungsräume umfassen.
- **Gemeinsame Nutzung:** Nutzen Sie gemeinsam mit uns den Empfangsbereich sowie den Wartebereich für Ihre Patienten.

Interessenten melden sich bitte unter **CHIFFRE 197421**.

Wir freuen uns auf Ihre Kontaktaufnahme.

197421-26

Psychiatrisch Psychotherapeutische Praxisgemeinschaft in Zug sucht zur Vervollständigung des Teams wieder **eine/n Psychiater/in**.

Unsere Praxis liegt in der Zuger Altstadt, ist sehr ruhig gelegen und nur wenige Gehminuten vom See und Parkhaus entfernt. Der Mietanteil beträgt 750.–.

Zeitpunkt der Vermietung nach Vereinbarung.

Weitere Infos: Manfred Riedle 076 369 98 77

199163-26

VORSICHTIG

Ihre Spende in guten Händen.

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



PETITES ANNONCES

Toutes les petites annonces en ligne sous jobs.saez.ch

Insertionen

Inseratenannahme

EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG
Münchensteinerstrasse 117, 4053 Basel
Telefon 061 467 85 71
E-Mail: stellenmarkt@emh.ch

Kleinanzeigen/Petites annonces (Inserate/Angebote/Gesuche/Diverses)

4 aufeinanderfolgende Ausgaben
(Anzahl Zeichen)

- 0–300 Zeichen/caractères CHF 485.–
- 301–600 Zeichen/caractères CHF 660.–
- 601–900 Zeichen/caractères CHF 891.–
- 901–1200 Zeichen/caractères CHF 1122.–

Alle weiteren Zeichen werden mit einer Abstufung von 40 Zeichen à CHF 30.– berechnet.

Chiffregebühr für 4 Ausgaben CHF 50.–

Alle Preise zuzüglich 8,1% MWST.

Annahmeschluss: 14 Tage vor Erscheinen
Mediadaten: <https://www.swisshealthweb.ch/de/verlag/inserieren/>

Les prix s'entendent hors TVA de 8,1%.

Délai de remise: 14 jours avant parution
<https://www.swisshealthweb.ch/fr/lediteur/publier-une-annonce/>

Stellenangebote Offres d'emploi Offerte di posti

VD – Anesthésiste FMH

Nous recherchons pour la Clinique Bellefontaine à Lausanne un(e) anesthésiste FMH pour un taux de 20% ayant de bonnes connaissances dans les sédations pour des interventions de chirurgie esthétique. Vous pouvez postuler à l'adresse suivante: secretariat@belle-fontaine.ch.

Annonce



PETITES ANNONCES

Bulletin des médecins suisses

Publiez des annonces qui font mouche!

- 4 numéros consécutifs (nombre de caractères)
- 0 à 1 200 caractères
- Les petites annonces remplacent nos anciens formats 1/8 et 1/16 de page
- Vous pouvez dès à présent envoyer votre texte à notre adresse e-mail stellenmarkt@emh.ch

nouveau

Réservez
maintenant!



Séminaires et événements

24. Oktober 2024, 13:30–18:00
Swiss Prevention Summit

Kardiovaskuläre Prävention fokussiert auf die Vorbeugung von atherosklerotischen Herz-Kreislauf-Erkrankungen wie Herzinfarkt, Schlaganfall, Nierenversagen und frühem Tod. Die Prävalenz, Erkennung und Behandlung von Risikofaktoren wie Bluthochdruck, Hypercholesterinämie, Diabetes und Adipositas werden besprochen. Neue Therapiekonzepte und die neuen 2024 ESC Leitlinien zu Hypertonie und Vorhofflimmern und der Prävention von Hirnschlag werden vorgestellt.

Speaker

- Prof. Thomas F. Lüscher, Zürich und London
- Prof. Stephan Windecker, Bern
- Prof. François Mach, Genf
- Prof. Felix Mahfoud, Basel
- und weitere

**Swiss Prevention
Summit** | 24
BERN

Sprache
Deutsch

Informationen
<https://www.zhh.ch/en/agenda/swiss-prevention-summit-2024>

Veranstaltungsort
Sorell Hotel Ador

Veranstalter
Zurich Heart House

Adresse
Laupenstrasse 15, 3008 Bern, Schweiz

Kontakt
Maya Furrer
maya.furrer@zhz.ch

08.07.2024 | 09.00–13.00 Uhr
Swiss Center for Design and Health | Public Keynotes | Building Trust: Designing for Remote Care

Are you a researcher or professionals in the field of healthcare, architecture or design? Join us for three inspiring keynotes focusing on different aspects at the intersection of technology, environment and human factors.

Swiss Center for Design and Health, Ipsachstrasse 16, 2560 Nidau, Schweiz
Kontakt: Rahel Inauen
rahel.inauen@scdh.ch

09.07.2024 | 15.30–19.00 Uhr
Swiss Center for Design and Health | Public Session | Building Trust: Designing for Remote Care

Are you a researcher or professionals in the field of healthcare, architecture or design? Join the keynote on Care at Home by Dr. Elisa Heising and a panel discussion between various stakeholders across the Swiss healthcare system.

Swiss Center for Design and Health, Ipsachstrasse 16, 2560 Nidau, Schweiz
Kontakt: Rahel Inauen
rahel.inauen@scdh.ch

10.07.2024–12.07.2024
101. Jahrestagung Vereinigung der Bayerischen Chirurgie e.V.

Das Motto der Veranstaltung «Zukunft – Innovative Chirurgie» unterstreicht wie wichtig unser aktives Engagement in der Chirurgie für die weitere Zukunft unseres Faches ist.

Stadthalle Memmingen, 87700 Memmingen, Deutschland
Kontakt: wikonect GmbH
chiara.marx@wikonect.de

22.08.2024 | 08.30–18.00 Uhr
Rheuma Top – 2024

Die Veranstaltung bietet in zahlreichen Vorträgen und Workshops eine Übersicht zu aktuellen Themen für die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit rheumatischen Erkrankungen. Dabei liegt der Schwerpunkt in einer praxisrelevanten Vermittlung.

Seedamm Plaza Pfäffikon, Seedammstrasse 3, 8808 Freienbach, Schweiz
Kontakt: Prof. Oliver Distler/Prof. Diego Kyburz/Prof. Britta Maurer
sina.reis@comeed.ch

22.08.2024–23.08.2024
Ausbildung für Begutachtung – Modul 1

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

Universität Luzern, Frohburgstrasse 3, 6005 Luzern, Schweiz
Kontakt: Administrative Office Swiss Insurance Medicine
info@swiss-insurance-medicine.ch

26.08.2024–30.08.2024
ZAIM MediDays 2024

Fortbildung für Allgemeine Innere Medizin in Praxis und Spital.

Universität Zürich, Haldeliweg 2, 8044 Zürich, Schweiz
Kontakt: Medworld AG
registration@medworld.ch

30.08.2024 | 08.15–17.30 Uhr
Jahreskongress der SGKJPP («Prävention ist Heilung»)

Prävention ist Heilung – Die Kinder- und Jugendpsychiatrie spielt in der heutigen Zeit eine wichtige Rolle, damit die Menschen ihr Leben weiterhin meistern und ihr Gleichgewicht wiederfinden können. So sind Reflexion und Austausch dringend notwendig.

CHUV Lausanne, Rue du Bugnon 46, 1011 Lausanne, Schweiz
Kontakt: Organizers Schweiz GmbH
registration@organizers.ch

30.08.2024–31.08.2024
Endosonographie Hands-On Trainingskurs

Klinikum Klagenfurt am Wörthersee, Klagenfurt am Wörthersee, Österreich
Kontakt: Informationen bei: MAW – Kongressbüro, Frau Nina Strasser
oeggh.fortbildungen@media.co.at



Votre manifestation manque?
Entrez-la sur events.emh.ch

Votre manifestation doit se démarquer?
Nous serons ravis de vous aider.
events@emh.ch

FMH SERVICES

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

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

Konditionen auf www.fmhjob.ch.

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

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

Conditions sur www.fmhjob.ch.

Praxismarkt
Marché des cabinets
Mercato studi medici

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

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 – Praxisräumlichkeiten (80 m²) im Zentrum von Thusis – Per 1. Juli o.n. Vereinbarung im EG eines ruhigen Mehrfamilienhauses. Infos+Fotos siehe fmhjob.ch/suche-praxis. Kontakt: Roman Caviezel, 078 883 83 15.

LU – Tolle Hausarztpraxis mit Patientenstamm – Suchen Sie eine wunderschöne Hausarztpraxis mit Charm für 2–3 Ärzte. Inkl. Patienten. Kontakt unter Chiffre I-43150.

LU – Nachmieter Praxisräume – Praxis-Räumlichkeiten in der Stadt Luzern abzugeben per 01.09.2024 oder nach Vereinbarung. Beste Lage, sehr guter Zustand, 188 m². 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.

SG – Fachärztin/Facharzt Allgemeine Innere Medizin 40–100% für Doppelpraxis in St. Gallen – Unsere Doppelpraxis in der Stadt St. Gallen sucht eine Nachfolgelösung für den altershalber ausscheidenden Kollegen für anfangs 2025 oder nach Vereinbarung. Die modern eingerichtete und auf modernstem Stand ausgestattete Hausarztpraxis verfügt über einen treuen und grossen Patientenstamm und ist im Quartier seit 60 Jahren gut etabliert. Sie haben die Möglichkeit, Ihre Tätigkeit selbstständig oder im Angestelltenverhältnis zu gestalten; auf jeden Fall locken die Vorteile der unabhängigen Berufsausübung mit entsprechenden Freiräumen und attraktivem Verdienst. Wir freuen uns auf Ihre Kontaktaufnahme: Kronalpraxis Dres. med. M. Krüsi. & V. Sibalic, Rehetobelstrasse 7, 9000 St. Gallen, E-Mail: m.kruesi@hin.ch.

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 m²) 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 durchmisches Patientengut, ein eingespieltes MPA-Team, bestens 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, Tel. 041 244 60 60.

VS – Nachfolge in einer Praxis für Allgemeine Innere Medizin gesucht – Für meine Praxis in Naters suche ich eine Nachfolge (m/w) zur Weiterbetreuung meiner Patienten. Die Praxis befindet sich an verkehrsgünstiger Lage, Bahnhof in 2 Minuten erreichbar. Sie ist modern eingerichtet mit elektronischer Krankengeschichte und modernstem Labor. Sie verfügt über ein eingespieltes Praxisteam und einen grossen Patientenstamm. Die 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, Tel. +41 79 370 44 84.

ZG – Psychiatrisch Psychotherapeutische Praxisgemeinschaft in Zug – sucht zur Vervollständigung des Teams wieder eine/n Psychiater/in. Unsere Praxis liegt in der Zuger Altstadt, ist sehr ruhig gelegen und nur wenige Gehminuten vom See und Parkhaus entfernt. Der Mietanteil beträgt 750.-. Zeitpunkt der Vermietung nach Vereinbarung. Weitere Infos: Manfred Riedle, Tel. 076 369 98 77.

Mehr Inserate und Gesuche auf
www.fmhjob.ch

Plus d'annonces et des requêtes sur
www.fmhjob.ch



ZH – Praxispartner für Praxis Orthopädische Chirurgie gesucht – Umsatzstarke orthopädische Praxis in der Stadt Zürich, spätere Übernahme auch als Doppelpraxis möglich. Kontakt unter Chiffre I-43129.

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.

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.

FR – Facharzt für ORL sowie Hals- und Gesichtschirurgie für ein ORL-Zentrum in Fribourg gesucht – Zur Ergänzung des Teams eines interdisziplinären HNO und Hals- und Gesichtschirurgie Zentrums in Fribourg, suchen wir nach Vereinbarung einen Facharzt in Hals- Nasen- Ohren Heilkunde und Hals- und Gesichtschirurgie (oder Anerkennung) mit mehrjähriger Berufserfahrung. Unser Zentrum ist zweisprachig, gute Kenntnisse der französischen Sprache sind erforderlich. Ein Interesse für rekonstruktive und ästhetische Chirurgie sowie für die Betreuung und Chirurgie von Schlafapnoe-Syndromen ist von Vorteil. Haben Sie Lust, Teil eines dynamischen Teams zu werden und unser Leistungsspektrum zu erweitern? Es gibt verschiedene Möglichkeiten der Zusammenarbeit und spätere Partner des Zentrums zu werden. Das Zentrum (280 m²) verfügt über verschiedene Untersuchungs- und Sprechzimmer, 1 zertifizieren Praxis-OP sowie über Operations-Tage an der Klinik. Wir freuen uns auf Ihre Kontaktaufnahme mit der Ref. 231 1918 an: FMH Consulting Services AG, Olivier Dousse, Tel. 041 244 60 60, E-Mail: olivier.dousse@fmhconsulting.ch.

FR – Recherche d'ORL et chirurgien cervico-facial dans un centre d'ORL fribourgeois – Afin de compléter l'équipe d'un centre d'ORL et de chirurgie cervico-faciale de haut standard technique à Fribourg, nous recherchons une/un médecin porteur/e d'un titre fédéral, ou équivalent, d'ORL et de chirurgie cervico-faciale avec plusieurs années d'expérience professionnelle. Le centre est bilingue, de bonnes connaissances de l'allemand sont souhaitables. Un intérêt pour la chirurgie reconstructive (rhinoplastie, oncologie cutanée, etc.) ainsi que pour la prise en charge de la chirur-

gie d'années du sommeil serait un atout. Avez-vous envie de rejoindre l'équipe dynamique et d'élargir l'éventail des prestations du centre? Vous pouvez travailler comme salarié ou indépendant avec possibilité de devenir partenaire après une période d'essai si entente. L'entrée en fonction est à convenir. Le centre spacieux (280m²) dispose de plusieurs salles de consultation et d'un OP-cabinet certifié ainsi que de journées opératoires dans la clinique abritant le centre. Divers autres spécialistes sont reliés au centre. Il est facile d'accès en transport public et privé. Pour tout renseignement et pour votre candidature, veuillez nous envoyer votre dossier avec lettre de motivation par mail en mentionnant la réf. 231 1918 à: FMH Consulting Services AG, Monsieur Olivier Dousse, tél. 021 922 44 35, e-mail: olivier.dousse@fmhconsulting.ch.

ZH – Fachärzte unterschiedlicher Disziplinen für innovative Gruppenpraxis in Altstetten gesucht – Für unsere neu gegründete, moderne, innovative und Ärzte-geführte Gruppenpraxis im aufstrebenden Zürcher Stadtteil Altstetten suchen wir ab Anfang 2025 engagierte Fachärzte, die unsere Vision der fächerübergreifenden Zusammenarbeit teilen und idealerweise eine abgeschlossene Weiterbildung in einer der folgenden Fachrichtungen haben: Orthopädie, Rheumatologie, Angiologie, Nephrologie, Gynäkologie, Onkologie, Endokrinologie, Gastroenterologie. Haben wir Ihr Interesse geweckt? Kontaktieren Sie uns gerne unter E-Mail: praxis.wecare@gmail.com. Wir freuen uns auf Sie!

Stellenofferten
Offres d'emploi
Offerte di posti

BE – Fachärztin/Facharzt AIM - für familiäre Praxis – Im Zuge einer Nachfolgelösung suchen wir eine weitere Hausärztin/Hausarzt 40–100%. Die moderne, interdisziplinäre Familienpraxis Ärztzhaus Papiermühle liegt direkt am Bahnhof Papiermühle (Ittigen). Auf rund 470m² Fläche arbeiten zwei Hausärzte, drei Kinderärzte/-innen sowie eine Kinderpneumologin unter einem Dach. Sie erwartet: eine familiäre Atmosphäre, ein tolles Team, flexible Arbeitszeiten und gute Entschädigung. Ihre Verantwortung: Sie betreuen eigenverantwortlich bestehende und neue Patienten, in einem innovativen Ärztzhaus mit digitaler Krankengeschichte, digitalem Röntgen, Ultraschall sowie einem Praxislabor und Bodyplethysmograph. Ihr Profil: Sie verfügen über eine abgeschl. Facharztausbildung oder erfüllen die Voraussetzungen für eine eidg. Anerkennung. Ihre Perspektiven: Möglichkeit, eine verantwortungsvolle und selbstständige Tätigkeit in einem erfahrenen, dynamischen und familiären Team zu übernehmen. In Anstellung oder mit tiefem Investitionsbedarf beteiligt – beide Varianten mit attraktivem Lohnmodell und sehr guten Sozialleistungen. Wenn Sie Teil unseres engagierten Teams sein möchten, so freuen wir uns auf Ihre elektronische Bewerbung mit vollständigen Unterlagen an E-Mail: ah-papiermuehle@hin.ch. Bei Fragen steht Ihnen Sarah Hüslér (Tel. 079 510 23 22) gerne zur Verfügung. www.ah-papiermuehle.ch.

BE – Wir suchen dich! (oder euch) 50-100% in Spiez – Wir sind eine sympathische, gut organisierte Hausarztpraxis in Spiez und suchen Verstärkung. Als kleine Gruppenpraxis in einem sehr angenehmen Kollegium am Ort und bestens geregelter Notfalldienst arbeiten wir gerne und engagiert in der Hausarztmedizin als Team. Auch für 2 Kolleginnen oder Kollegen ist

Platz und Arbeit genug vorhanden. Wir freuen uns auf eine Kontaktnahme! Dr. med. Andreas Jost, E-Mail: joprivat@bluewin.ch, www.praxis47.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/Fachärztin Allgemeine Innere Medizin oder Prakt. Arzt). Mehr zur Stelle erfahren Sie auf: www.sanacare.ch/aerzte. Oder rufen Sie uns an: Dr. med. Anita Stalder, Leitende Ärztin (Tel. +41 31 385 71 11, E-Mail: anita.stalder@sanacare.ch) oder Laura Kopácsi, HR-Verantwortliche (Tel. +41 52 264 05 05, E-Mail: personal@sanacare.ch).

BE – Schulärztin/Schularzt 35% – Per 14. Oktober 2024 oder nach Vereinbarung suchen wir Sie für unser motiviertes schulärztliches Team im Gesundheitsdienst der Stadt Bern. Geregelt Arbeitszeiten ohne Dienste, Berner Schulfreien frei, Arbeitstage vorzugsweise Montag und Dienstag. Das vollständige Inserat finden Sie unter www.bern.ch/stellen.

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, selbstständiges Arbeiten, optimalerweise Chirurgie-Erfahrung. Was Sie erwartet: Ein anregendes Umfeld und ein motiviertes Team, Unterstützung bei Fortbildungen, Möglichkeit zur längerfristigen Mitarbeit, faire leistungsbezogene Entlohnung. Sie möchten die Reise mit uns zusammen wagen? Perfekt! Dann melden Sie sich bei uns! Dr. med. Doris von Muralt, Dr. med. Marc-Alain Portmann, Richigenstrasse 4, 3076 Worb, Tel. 031 839 25 03, E-Mail: dr.portmann@mail.ch, www.hausarztpraxis-worb.ch.

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.

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 Patiententum • 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 – 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 Facharzttitel Allgemeine Innere Medizin bzw. Prakt. Arzt/Ärztin. Mehr zu den Stellen erfahren Sie auf: www.sanacare.ch/aerzte. Oder rufen Sie uns an: Laura Kopácsi, HR-Verantwortliche (Tel. +41 52 264 05 05, E-Mail: personal@sanacare.ch).

LU – Fachärztin/-arzt 20–100% (Fachrichtungen Neurologie, Pneumologie, Psychiatrie, allgemeine Innere Medizin) – Arztstätigkeit in Schlafmedizin (MO-FR/nur tags); Bewerbung E-Mail:

karin.blaettler@hofklinik.ch.

NW – Hausarzt/-ärztin gesucht! Top Stelle am See für FA für Allgemeine Innere Medizin oder Praktische/r Arzt/Ärztin –

Für unser bestens laufendes Ärztezentrum direkt am See im schönen und steuerungsfördernden Hergiswil (NW) bei Luzern, suchen wir ein/e motivierte/n Hausärztin/Hausarzt mit oder ohne Facharzttitel Allgemeine Innere Medizin. Wir bieten beste Arbeits- und flexible Anstellungsbedingungen sowie eine gute Entlohnung. www.aerztezentrum.ch; E-Mail: marcelo.walker@hin.ch; Tel. 041 630 26 67.

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

SG – Pioniergeist und Gestaltungsvermögen sind gefragt! – Facharzt/-ärztin AIM 50–100% gesucht! –

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

SO – Mitarbeit in orthopädischer und traumato-logischer Praxis –

Zentral in Solothurn in unmittelbarer Nähe zur Privatklinik Obach suche ich Unterstützung in meiner orthopädischen und traumato-logischen 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 Belegarztstätigkeit möglich. E-Mail: alex.fischer@ortho-praxis-fischer.ch, Tel. 076 594 44 68.

SZ – Facharzt Allgemeine Innere Medizin (m/w/d) 60–100% für Gruppenpraxis in Schwyz –

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

TG – Fachärztin/-arzt für Allg. Innere Medizin 50–60% mit Praxis-Übernahmeoption, am Bodensee –

Für unsere lebhaftige Grundversorgerpraxis in Neukirch-Egnach suchen wir Sie als Ärztin/Arzt AIM. Es erwartet Sie ist eine wachsende Gemeinde mit hoher Lebensqualität, ein eingespieltes MPA-Team und eine vielseitige und spannende Tätigkeit. Eine Praxisübernahme mit einem weiteren FA, schrittweise ab 2026, wäre eine Option. Sind Sie interessiert? Wir freuen uns auf Ihre Kontaktaufnahme. E-Mail: Reto.Kaelin(at)hin.ch, Tel. 071 477 27 27, Dr. med. Reto Kälin.

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

Infolge der Pensionierung des aktuellen Stelleninhabers suchen wir eine/n Nachfolger/Nachfolgerin für eine Hausarztpraxis, die der Neurorehabilitationsklinik Zihlschlacht angegliedert ist. Ihre Aufgaben sind das selbstständige Führen einer Hausarztpraxis, sowie der dazugehörigen Apotheke. Ausserdem sind sie aktives Mitglied im regionalen Ärztenetzwerk und übernehmen

Konsiliararzdienste in der Rehaklinik Zihlschlacht. Neben dem anerkannten Facharzttitel in der allgemeinen inneren Medizin gehört ein Fähigkeitsausweis für Abdomen-Sonographie, sowie gute Deutschkenntnisse zu Ihrem Profil. Ausserdem sind Sie ein Sachverständiger für den Strahlenschutz und haben bereits Erfahrung 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.

TI – Oftalmologia, dermatologia e psichiatria –

Centro polispecialistico a Mendrisio cerca specialisti in oftalmologia, dermatologia e psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, con libero esercizio e RCC, per collaborazioni in % da definire. È richiesta la lingua italiana parlata e scritta. Inviare le candidature a e-mail: specialisti.candidati@gmail.com.

ZG – Facharzt/Fachärztin Psychiatrie und Psychotherapie –

Wir wollen unsere erfolgreiche Praxis in Zug 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 Martin Olsson: E-Mail: martin.olsson@arzthaus.ch. Tel. 079 771 53 90 Unter www.arzthaus.ch finden Sie weitere Informationen.

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.

ZH – Facharzt Allgemeine Innere Medizin (alle) 80–100% für Gruppenpraxis in Zürich-Stadelhofen –

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 sucht unser motiviertes Team in Zürich-Stadelhofen per 1. September 2024 oder nach Vereinbarung Sie als Arzt/Ärztin (mit Facharzttitel Allgemeine Innere Medizin oder Prakt. Arzt/Ärztin). Mehr zur Stelle erfahren Sie auf: www.sanacare.ch/aerzte. Oder rufen Sie uns an: Dr. med. Karin Oberbörsch, Leitende Ärztin (Tel. +41 44 261 00 04) oder Laura Kopácsi, HR-Verantwortliche (Tel. +41 52 264 05 05, E-Mail: personal@sanacare.ch).

ZH – Augenarzt (m/w) in Winterthur Downtown (40–60%) –

Augen auf! Werden Sie Teil unseres netten Ärzteteams im beliebten Augenzentrum von Winterthur Nähe Bahnhof. Wir freuen uns auf Sie! E-Mail: admin@augenzentrum-winterthur.ch.

ZH – Fachärztin/-arzt Allgemein Innere Medizin (50–100%) –

Die Arztpraxis beim Gemeindehaus in Regensdorf sucht Teammitglied mit Facharzttitel AIM. Praktische Berufserfahrung in der Schweiz von Vorteil. Wir bieten Teilzeit-Modelle, attraktive Anstellungsbedingungen, Unterstützung bei Weiterbildung, und u.a. minimale Administration durch zentralen Management-Support. Gute Vereinbarkeit von Beruf und Familie möglich. Bewerbungen an E-Mail: p.schneider@arztpraxis-beim-gemeindehaus.ch.

ZH – Facharzt 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

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

Ihre Patienten ganzheitlich, arbeiten in interprofessionellen Teams und entscheiden ganz im Sinne einer optimalen medizinischen Versorgung. Nun suchen unsere motivierten Teams in der Stadt Zürich (Praxisstandorte Zürich-Wiedikon, Zürich-Oerlikon und Zürich-Affoltern) Sie als Arzt/Ärztin mit Facharzttitel Allgemeine Innere Medizin bzw. Prakt. Arzt/Ärztin. Mehr zu den Stellen erfahren Sie auf: www.sanacare.ch/aerzte. Oder rufen Sie uns an: Laura Kopácsi, HR-Verantwortliche (Tel. +41 52 264 05 05, E-Mail: personal@sanacare.ch).

ZH – Facharzt/-ärztin Dermatologie 40–100% sowie Assistenzarzt/-ärztin Dermatologie 80–100% – Praxis Lindengut AG - ein dynamisches, familiär und persönlich geführtes Unternehmen. Unsere drei Standorte sind zentral in der Altstadt von Winterthur gelegen. Für unsere dermatologischen Praxen am Graben und an der Obergasse suchen wir Verstärkung für unser motiviertes Team. Interessiert? Wir freuen uns auf Ihre Kontaktaufnahme: Esther Scheitlin, Tel. 079 647 67 72, E-Mail: e.scheitlin@arzt-winterthur.

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: winortho@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. 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.

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, erwartet Sie ein motiviertes, gut eingespieltes Team. Unsere Praxen sind sowohl mit dem öffentlichen Verkehr, als auch mit dem Auto gut erreichbar. Bei Wunsch und guter Eignung ist eine spätere Partnerschaft denkbar. Wir freuen uns auf Ihre vollständige Bewerbung, die Sie gerne an E-Mail: hansueli.ehrbar@hin.ch schicken. Für weitere Auskünfte wenden Sie sich bitte direkt an Dr. med. Hansueli Ehrbar, Tel. 055 220 17 76.

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

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

Praxisvertretungen Remplacements Sostituti in studio medico

BE – Mutterschaftsvertretung (80–100%) Hausarztpraxis Lenk – Lust auf einen Winter in den Bergen? Wir suchen ab Oktober 2024 für 4–6 Monate eine Mutterschaftsvertretung in unserer Gruppenpraxis an der Lenk. Für weitere Auskünfte und bei Interesse freuen wir uns über Deine Kontaktaufnahme: Simmepraxis, E-Mail stefanie.bowee@hin.ch, Tel. 033 733 16 01.

Praxisgesuche Recherches de cabinets Ricerche di studi medici

Innovative Nachfolgelösung für Ihre Gynäkologie-Praxis – Sie planen Ihre Pension und möchten Ihre Praxis bald übergeben? Im Auftrage einer innovativen, eigentümergeführten Organisation suchen wir eine gynäkologische Praxis in der D-CH zur Übernahme (ab Anfang 2025 oder nach Vereinbarung). Diese Organisation verfügt über qualifizierte Fachärzte und sichert Qualität und Kontinuität. Damit bleibt Ihre Praxis inkl. Patienten und Angestellte in guten Händen. Auf Wunsch können Sie auch weiterarbeiten und sich dabei administrativ entlasten lassen. Interessiert? Kontaktaufnahme unter Ref. 241 1576: FMH Consulting Services AG, Herr Gregor Dietrich, Tel. 041 244 60 60, E-Mail: gregor.dietrich@fmhconsulting.ch.



«Ich plane die Nachfolge für meine Praxis. Können Sie mich unterstützen?»

Eine sorgfältige Vorbereitung der komplexen Nachfolgeplanung ist entscheidend für den Erfolg. Die Berater der FMH Services verfügen über ein weit verzweigtes Netzwerk in der Schweiz und über langjährige Erfahrung im Zusammenhang mit der Nachfolgesuche.

«Je prévois de remettre mon cabinet, pouvez-vous m'aider?»

Pour garantir le succès de votre projet, il est essentiel de préparer votre succession en détail. Les conseillers de FMH Services disposent d'un large réseau de contacts en Suisse et d'une longue expérience dans ce domaine.



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

CONSULTING

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

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

mail@fmhconsulting.ch
www.fmhconsulting.ch

Responsabilité civile professionnelle

Simplement
pratiquer en
toute sécurité

Conditions
particulières
pour les
membres
FMH Services

Les détails font la différence

**Assurance responsabilité professionnelle
complète pour les médecins**

- Solution spéciale leader pour les médecins indépendants et les cabinets de groupe
- Economie de primes grâce à un contrat cadre exclusif
- Juristes spécialisés en droit de la médecine

INSURANCE

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



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



© Thomas M. Barwick INC/Getty Images

Il est conseillé d'orienter les patients souffrant d'asthme non contrôlé vers des spécialistes.

L'orientation vers des spécialistes est déterminante

Objectif thérapeutique réaliste Chez une grande partie des patientes et patients atteints d'asthme sévère, la maladie est insuffisamment contrôlée. Cela est notamment dû à une orientation tardive vers des spécialistes, car l'initiation précoce d'un traitement biologique par une ou un spécialiste améliore les perspectives de contrôle de l'asthme.

Claudio Schuoler

Dr. sc. nat., AstraZeneca SA

Avec 339 millions de personnes touchées, l'asthme fait partie des maladies chroniques les plus répandues dans le monde [1, 2]. En 2022, environ 5,2% des hommes et 6,8% des femmes de plus de 15 ans étaient touchés en Suisse [3]. D'après les estimations, 5% d'entre eux souffrent d'asthme sévère [2]. La «Global Initiative for Asthma» (GINA) définit l'asthme sévère comme suit: «Asthme non

contrôlé malgré un traitement optimisé à doses élevées par corticostéroïdes inhalés (CSI) plus bêta-2 agonistes à action prolongée (LABA) et le traitement des facteurs contributifs, ou aggravation de l'asthme lorsque le traitement à doses élevées est diminué» [4]. L'asthme qui reste incontrôlé en raison de la non-adhérence au traitement ou d'une utilisation incorrecte de l'inhalateur ne tombe pas sous cette définition [4].

Malgré la faible proportion de patientes et patients souffrant d'asthme sévère, ces personnes sont à l'origine d'environ 50% des coûts liés à l'asthme. Outre cette charge financière pour le système de santé, l'asthme sévère engendre aussi une grande souffrance pour les personnes concernées [2].

Options thérapeutiques en Suisse

La charge de morbidité réelle de l'asthme sévère est attestée par l'étude du Registre suisse de l'asthme sévère (SSAR). L'analyse des données de 278 patientes et patients a montré un asthme bien contrôlé selon les critères GINA chez seulement 54% des personnes concernées. Une exacerbation survenait une fois par an chez 18,7% des sujets et même 2-11 fois par an pour 28,8% d'entre eux. Malgré 81,7% de patientes et patients sous traitement biologique, environ une personne sur cinq (20,9%) souffrait d'asthme non contrôlé. D'une façon générale, un lien a pu être établi entre l'utilisation de traitements biologiques et le bon contrôle de l'asthme, ainsi que la réduction des corticostéroïdes oraux (CSO). Dans cette étude, 19,1% des patientes et patients continuaient à recevoir des CSO malgré la recommandation des lignes directrices GINA (2021) de les éviter lorsque d'autres options thérapeutiques sont disponibles [4-6]. L'utilisation de corticostéroïdes systémiques est non seulement associée à de nombreux effets indésirables, mais aussi à un risque accru de pathologies graves telles que l'ostéoporose, les maladies cardiovasculaires ou les pneumonies [6, 7]. En outre, un

traitement par CSO est associé à un moins bon contrôle de l'asthme [2].

Les patientes et patients souffrant d'asthme non contrôlé devraient de préférence être adressés à des spécialistes [2]. Une étude menée auprès de généralistes et de spécialistes suisses a montré qu'en raison de l'hétérogénéité des symptômes de l'«asthme sévère», son diagnostic n'est pas anodin. Seuls 9% des médecins généralistes sont «très sûrs» de reconnaître les symptômes de l'asthme sévère, alors que cette proportion monte à 55% chez les spécialistes [5]. L'orientation vers une ou un spécialiste est importante pour l'instauration d'un traitement biologique [5].

Une étude a montré qu'en raison de l'hétérogénéité des symptômes de l'«asthme sévère», son diagnostic n'est pas anodin.

Un traitement biologique d'appoint en cas d'asthme sévère non contrôlé est déjà recommandé par la GINA ou la Société allemande de pneumologie et de médecine respiratoire [4, 8]. Le choix de l'anticorps dépend alors de la règle ABCD (anamnèse, expression des biomarqueurs, comorbidités, intervalle entre les doses) [8, 9] (figure 1).

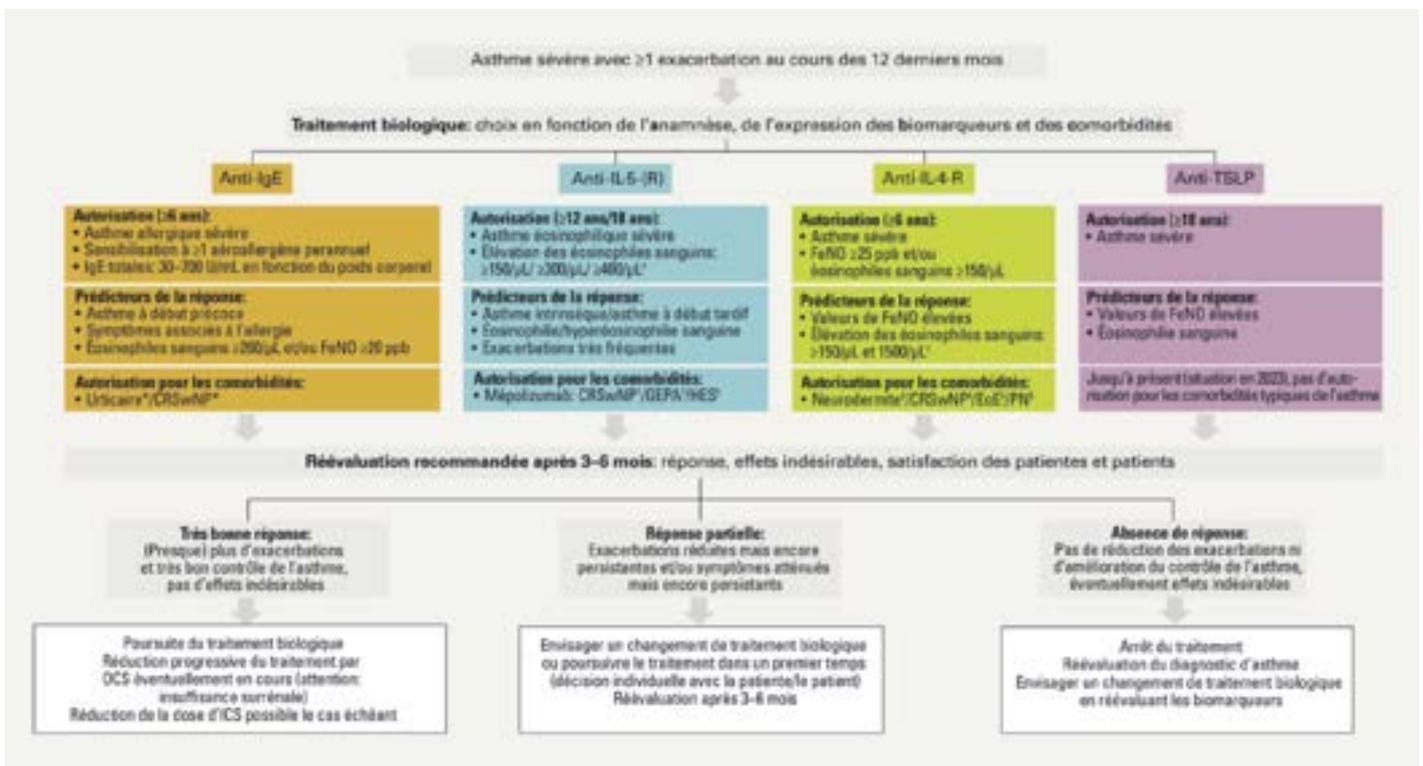


Figure 1: Algorithme au traitement biologique de l'asthme sévère (adapté aux autorisations suisses) [8, 9]. *L'omalizumab est autorisé pour le traitement de l'urticaire chronique spontanée de longue durée à partir de 12 ans et pour le traitement de la CRSwNP à partir de 18 ans. #Valeurs limites du taux sanguin d'éosinophiles différentes selon les études pivot sur le mépolizumab, le reslizumab et le benralizumab. Le mépolizumab est autorisé pour le traitement de la GEPA et de la CRSwNP à partir de 18 ans et du HES à partir de 12 ans. Un traitement par dupilumab ne doit être mis en place que dans les cas justifiés, en raison du risque d'hyperéosinophilie sévère en cas de taux sanguin initial d'éosinophiles >1500/μL [10]. Le dupilumab est autorisé pour le traitement de la dermatite atopique à partir de 6 mois, de l'EoE à partir de 12 ans (poids minimum de 40 kg), et de la CRSwNP et du PN à partir de 18 ans [9]. ICS, corticostéroïdes inhalés; OCS, corticostéroïdes oraux; IgE, immunoglobuline E, IL-5 (R), interleukine-5 (R); IL-4-R, récepteur alpha de l'interleukine-4; TSLP, lymphopoïétine stromale thymique; CRSwNP, rhinosinusite chronique avec polypes nasaux; GEPA, granulomatose éosinophilique avec polyangéite; EoE, œsophagite à éosinophiles; HES, syndrome hyperéosinophilique; PN, prurigo nodulaire.

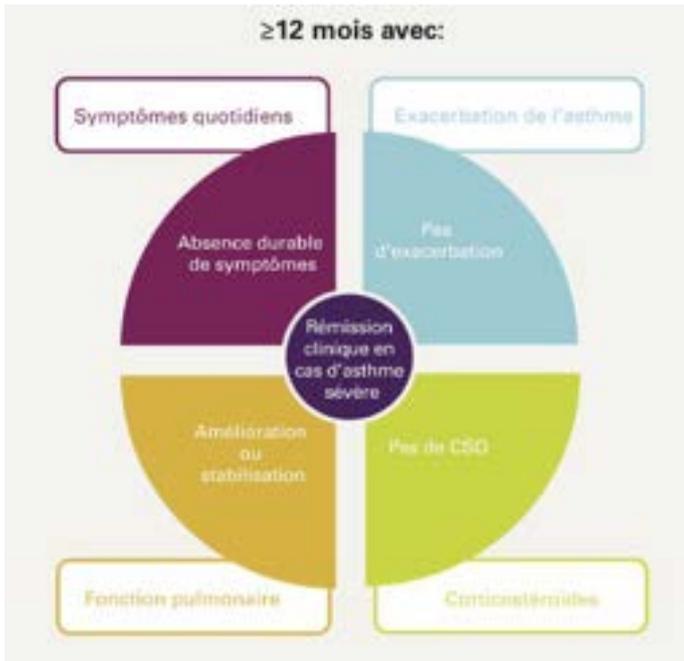


Figure 2: Consensus sur la définition clinique de la rémission dans l'asthme sévère [12, 14]. OCS, corticostéroïdes oraux.

Actuellement, en Suisse, six anticorps monoclonaux sont autorisés pour le traitement de l'asthme sévère: le benralizumab (anti-récepteur alpha de l'IL-5), le dupilumab (anti-récepteur alpha de l'IL-4), le mepolizumab, (anti-IL-5), lomalizumab (anti-IgE), le reslizumab (anti-IL-5) et le tézépélumab (anti-TSLP) [9]. Tout traitement biologique doit être instauré par une ou un spécialiste. 89% des spécialistes suisses prescrivent déjà des anticorps monoclonaux en cas d'asthme sévère. Il est donc d'autant plus important que les généralistes adressent rapidement leurs patientes et patients à une ou un spécialiste en cas de suspicion d'asthme sévère [5].

Les traitements biologiques autorisés à ce jour pour l'asthme sévère réduisent le nombre d'exacerbations.

La rémission comme objectif thérapeutique

Le traitement par anticorps monoclonaux est positivement corrélé à un bon contrôle de l'asthme et devient central dans le débat sur la rémission clinique [2, 11]. Le traitement de l'asthme a évolué au cours du temps. La priorité n'est aujourd'hui plus de soulager les symptômes à court terme, mais de prévenir les symptômes et exacerbations ainsi que de réduire la mortalité et le risque futur d'exacerbation [12].

Pour l'instant, les lignes directrices internationales GINA et ERS/ATS ne contiennent pas de définition de la rémission de l'asthme sévère [4, 13]. Toutefois, il existe déjà un consensus d'experts sur les paramètres devant être remplis pour pouvoir parler de rémission clinique [12, 14] (fig. 2).

Les traitements biologiques autorisés à ce jour pour l'asthme sévère réduisent le nombre d'exacerbations, améliorent le contrôle des symptômes et la fonction respiratoire et permettent de réduire les CSO [11]. Les lignes directrices

futures devraient considérer la rémission de l'asthme sévère comme un objectif thérapeutique réaliste, à l'exemple de la recommandation de la Société allemande de pneumologie et de médecine respiratoire [11]. Les médecins devraient avoir conscience de cet objectif pour proposer à leurs patientes et patients un traitement adapté et, en cas de doute, adresser les personnes concernées à des spécialistes [5, 14].

Correspondance

claudio.schuoler[at]astrazeneca.ch

Conflict of Interest Statement

Cet article a été mis à disposition par AstraZeneca SA. Le Bulletin des médecins suisses et le Forum Médical Suisse déclinent toute responsabilité quant à son contenu.



Références

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



Dr sc. nat. Claudio Schuoler

Medical Affairs Manager (MAM), Asthme chez AstraZeneca

FIGHT *the* FIRE

AVEC VEOZA™, PRODUIT NON HORMONAL



VEOZA – destiné au traitement des symptômes vasomoteurs (SVM) modérés à sévères chez les patientes post-ménopausées.¹

Référence : 1. Information professionnelle VEOZA™, www.swissmedicinfo.ch.

Information professionnelle abrégée de VEOZA™

C : Comprimés pelliculés contenant 45 mg de fezolinetant. **I :** Traitement des symptômes vasomoteurs (SVM) modérés à sévères chez les patientes post-ménopausées. **Pos :** La dose recommandée est de 45 mg une fois par jour, la dose maximale est de 45 mg par jour. Aucune donnée n'est disponible pour une durée de traitement supérieure à 12 mois. La prise peut se faire indépendamment des repas. L'utilisation est déconseillée chez les patientes présentant une légère insuffisance hépatique (Child-Pugh A). Il n'y a pas d'indication à un traitement par VEOZA pendant la grossesse. L'utilisation chez femmes qui allaitent est déconseillée. Aucune donnée n'est disponible sur l'initiation du traitement à un âge supérieur à 65 ans. Aucun ajustement de dose n'est nécessaire chez les patientes présentant une insuffisance rénale légère (eGFR de 60 à <90 ml/min/1.73 m²) ou modérée (eGFR de 30 à <60 ml/min/1.73 m²). **CI :** Insuffisance hépatique modérée ou sévère (Child Pugh B ou C), insuffisance rénale sévère ou terminale (c-à-d. eGFR <30 ml/min/1.73 m²), comédication avec inhibiteurs de CYP1A2, hypersensibilité au principe actif ou à l'un des excipients. **Préc :** Nous vous prions de consulter l'information professionnelle complète et publiée (www.swissmedicinfo.ch). **I :** Le fezolinetant est essentiellement métabolisé par le CYP1A2 et, dans une moindre mesure, par le CYP2C9 et le CYP2C19. En cas d'utilisation concomitante de fezolinetant et d'inhibiteurs CYP1A2 le Cmax et l'ASC du fezolinetant sont augmentés dans le plasma. L'administration concomitante de fluvoxamine (un puissant inhibiteur du CYP1A2) a entraîné une augmentation de la Cmax du fezolinetant de 1.8 fois et de l'ASC de 9.4 fois. Aucune étude d'interaction avec des inhibiteurs modérés ou faibles de CYP1A2 n'a été réalisée. Le tabagisme (inducteur modéré du CYP1A2) a entraîné une réduction de 28% de la Cmax du fezolinetant et de 52% l'ASC par rapport aux non-fumeurs. Ces différences dans l'exposition ne sont pas jugées cliniquement pertinentes. Un ajustement posologique systématique chez les fumeuses n'est pas recommandé. **EI :** La sécurité d'emploi du fezolinetant a été évaluée chez 2203 femmes post-ménopausées atteintes de SVM, qui ont reçu 30 mg ou 45 mg de fezolinetant une fois par jour dans le cadre d'essais cliniques de phase III. Dans les études de phase III, les effets indésirables les plus fréquents sous fezolinetant étaient diarrhée (3.2%) et insomnie (3.0%). Les effets indésirables les plus fréquents conduisant à l'arrêt du fezolinetant 45 mg ont été une augmentation de l'alanine aminotransférase (ALT) (0.3%) et une insomnie (0.2%). Les effets indésirables observés dans le cadre d'études cliniques évaluant le fezolinetant sont énumérés ci-dessous conformément à la classification MedDRA. Les catégories de fréquence sont définies comme suit : Très fréquent (≥1/10) ; fréquent (≥1/100 à <1/10), occasionnel (≥1/1000 à <1/100), rare (≥1/10'000 à <1/1000), très rare (<1/10'000). **Affections du système nerveux :** Fréquents : Insomnie. **Affections gastro-intestinales :** Fréquents : Diarrhée, douleurs abdominales. **Affections hépatiques et biliaires :** Fréquents : Elévation des transaminases. **Prés :** Plaquettes pour boîtes individuelles en carton de 30 et 100 comprimés pelliculés. Catégorie de remise : **B.** Vous trouverez plus d'informations dans la version complète de l'information professionnelle. Celle-ci est publiée sous www.swissmedicinfo.ch. **Astellas Pharma SA, Richtiring 28, 8304 Wallisellen, www.astellas.ch.** Mise à jour de l'information : décembre 2023.



L'IA doit contribuer à ce que la technique ne s'interpose pas entre le patient et le médecin, mais les assiste en arrière-plan.

Intelligence artificielle en médecine interne – collègue ou concurrente?

Nouvelle ère L'intelligence artificielle (IA) est un terme informatique très vaste qui, dans le contexte de la maturité commerciale des grands modèles de langage, est omniprésent dans le débat actuel sur l'avenir de la médecine. Sous quelle forme et dans quelle fonction allons-nous intégrer l'IA en médecine interne afin de pouvoir relever les défis d'une société vieillissante, d'un manque de relève et d'un début de croissance exponentielle des connaissances?

Markus Mutke^a, Jens Eckstein^{a, b}

^a Dr méd., Klinik für Innere Medizin, Universitätsspital Basel; ^b Prof. Dr méd., CMIO Innovation Office, Universitätsspital Basel

La médecine interne est confrontée à de grands défis. En raison du vieillissement de la population, de l'allongement de l'espérance de vie et de la pression économique, il faut s'attendre à ce que la charge de travail augmente [1]. Outre la quantité, il faut également prévoir une augmentation de la complexité des cas. En parallèle, le temps consacré à la formation continue, à l'examen des dossiers, à l'échange intercollégial et à la documentation du travail effectué augmente. L'IA peut et va nous aider à relever ces défis.

Intelligence médicale versus intelligence artificielle

La capacité d'établir le bon diagnostic et de mettre en œuvre le traitement correct par le biais d'une anamnèse ciblée, d'un examen physique et d'investigations précises pourrait être résumée sous le terme «intelligence médicale». En médecine interne, la détermination et la gestion d'un processus thérapeutique se déroulent rarement de manière linéaire, mais sont soumises à une dynamique multifactorielle et impliquent presque toujours des éléments dont la réponse ne peut être que probabiliste. Les nouvelles informations doivent donc être intégrées et traitées en permanence. Tout cela en tenant compte des ressources disponibles ainsi que des besoins et conditions individuels des patientes et patients eux-mêmes. Il n'est pas rare que le processus thérapeutique en médecine interne soit complexe et dynamique et qu'il s'étende sur de longues périodes. Les internistes ont besoin d'une formation de plusieurs années avec des connaissances extrêmement vastes, un haut degré de logique et des capacités de gestion pour pratiquer avec succès et efficacité.

L'IA est un terme générique très vaste issu de l'informatique qui désigne la capacité d'une machine à imiter les capacités humaines telles que la pensée logique, l'apprentissage, la planification et la créativité [2]. Dans le débat actuel, les grands modèles de langage (Large Language Models, LLM) occupent une place prépondérante en tant que forme d'IA présentant prétendument le plus grand potentiel disruptif pour la médecine [3]. Les LLM sont des modèles linguistiques informatiques qui génèrent des textes sur la base de modèles statistiques de séquences de mots et dont les affirmations s'appuient sur de grands ensembles de données. Le développement des LLM progresse rapidement. D'une part, les modèles sont alimentés par de grandes quantités de données toujours plus actuelles pour l'apprentissage, d'autre part, l'ajustement fin s'effectue entre autres par des techniques d'ingénierie de prompt [4].

Médecin-patient-IA – relation triangulaire ou facteur perturbateur?

L'IA offre le potentiel de renforcer la relation médecin-patient. Les chatbots peuvent expliquer des résultats dans un langage simple ou traduire des rapports de sortie à un niveau compréhensible. Il a ainsi été démontré que les LLM sont en mesure de répondre de manière empathique et claire aux questions posées en ligne par les patientes et patients [5].

Un risque majeur lié à l'utilisation des LLM réside dans ce que l'on appelle les confabulations, c'est-à-dire les réponses inventées. Celles-ci peuvent être formulées de manière convaincante et ne pas toujours être reconnues comme manifestement fausses par les utilisatrices et utilisateurs. Par conséquent, les affirmations des systèmes basés sur l'IA doivent être vérifiables. Un résultat formulé de manière plausible mais

non vérifiable doit toujours être considéré de manière critique [3]. Il faut partir du principe que les internistes seront de plus en plus souvent confrontés, dans leur quotidien clinique, à des affirmations générées par l'IA que les patientes et patients auront obtenues par exemple par des chatbots. C'est le plus souvent le cas avec l'utilisation d'applications de type «symptom checker». D'une part, certaines de ces applications sont désormais d'une qualité impressionnante, mais d'autre part, le résultat dépend en grande partie de la cohérence des informations fournies et de l'application elle-même. En cas d'affirmations divergentes, un conflit de confiance peut survenir dans la relation médecin-patient [6-8].

Un risque majeur lié à l'utilisation des LLM réside dans ce que l'on appelle les confabulations, qui ne sont pas toujours reconnues de manière évidente.

Dans le processus de traitement médical, la clé du succès réside souvent dans les nuances qui, jusqu'à présent, ne peuvent être perçues que par l'interaction interpersonnelle. Ainsi, une patiente au cabinet de médecine de famille peut être étrangement silencieuse lors d'un contrôle de routine, reflétant un épisode dépressif, ou l'interniste peut percevoir précocement la façade d'une démence débutante chez son patient de longue date. Mais là aussi, les outils d'analyse vocale basés sur l'IA, qui permettent de tirer des conclusions sur une éventuelle dépression en fonction du ton de la voix et du volume sonore, pourraient à l'avenir aider les internistes dans leur travail [9].

Aide ou concurrente?

En raison des volumes croissants de données, il devient de plus en plus complexe de se faire une idée d'ensemble pour la praticienne ou le praticien. Pour cette raison, une mission essentielle des applications basées sur l'IA est de résumer de grandes quantités de données et de les présenter sous une forme interprétable et compréhensible. Pour cela, il faut que les systèmes puissent recourir à des ensembles de données complets et de haute qualité. Il est dès lors capital non seulement de faire progresser la numérisation de la documentation des patientes et patients, mais aussi de garantir son exhaustivité et son interopérabilité avec d'autres systèmes. Un dossier électronique du patient uniforme avec possibilité d'accès pour les applications basées sur l'IA devient de plus en plus indispensable dans le cadre de la médecine interne.

Manière dont l'IA est utilisée dans la pratique

Précisément dans le domaine des maladies rares, les systèmes basés sur l'IA ont un grand potentiel pour la pose du diagnostic. Ils sont susceptibles de raccourcir le temps de diagnostic, qui est en moyenne de 5-30 ans après le début de la maladie [10]. Le manque de connaissances spécifiques sur les maladies rares et la difficulté de relier les symptômes des différents systèmes d'organes touchés à une maladie rare sont les principaux facteurs expliquant ce retard [11].

Dans la pratique quotidienne de la médecine interne, l'échographie au point d'intervention (POCUS) est un moyen

toujours plus important pour vérifier ou compléter les résultats des examens. La qualité dépend fortement du niveau de formation des utilisatrices et utilisateurs et de la qualité des images obtenues. Les fournisseurs d'échographes commencent désormais à développer des applications basées sur l'IA qui aident à identifier les structures anatomiques en temps réel et fournissent un retour sur la qualité de l'image [12]. Cette technologie basée sur l'IA facilite l'apprentissage des connaissances de base et devrait globalement permettre d'améliorer la qualité en échographie. Une étude randomisée en aveugle datant de 2023, publiée dans *Nature*, montre que l'IA peut déjà fournir des résultats pertinents en échographie: les mesures de la fraction d'éjection du ventricule gauche basées sur l'IA étaient au moins équivalentes aux mesures conventionnelles. En outre, le résultat a été obtenu plus rapidement par l'IA que par les médecins (supériorité atteinte, mais étude conçue comme une étude de non-infériorité) [13].

Utilisée à bon escient, l'IA nous aidera à ce que les internistes puissent à nouveau se consacrer à leur mission principale.

Biais systématique

Une étude publiée dans *JAMA* a montré de manière saisissante l'effet d'un «mauvais aiguillage» par des informations erronées générées par l'IA: la précision diagnostique des médecins diminuait de 11,3% lors de l'évaluation de vignettes de cas de patientes et patients souffrant de détresse respiratoire aiguë lorsqu'un biais systématique était intégré dans l'IA. Il n'y avait pas de différence pertinente si, en plus de l'affirmation générée par l'IA, il y avait également une explication correspondante générée par l'IA. Inversement, la précision diagnostique s'est améliorée de 2,9% en cas d'affirmations non biaisées et de 4,4% en cas de présentation d'une explication supplémentaire générée par l'IA [14]. Il est intéressant de noter que 66,7% des 457 médecins participants ignoraient que les modèles d'IA pouvaient être systématiquement biaisés. L'âge moyen des personnes interrogées était de 34 ans, ce qui correspond à la génération des «enfants du numérique» [14].

Cela souligne l'importance pour les internistes de se former aux principes de fonctionnement de l'IA afin de pouvoir l'utiliser correctement et en toute sécurité dans la routine clinique. Cela implique de savoir que l'IA peut également être sujette à un biais [15].

Algorithme d'analyse entraîné

En médecine interne hospitalière, une étude clinique randomisée prospective réalisée à Taïwan a fait sensation: un algorithme d'analyse entraîné à l'aide de 450 000 ECG a analysé les ECG cliniques de routine de près de 16 000 patientes et patients hospitalisés en médecine interne. Dans le groupe d'intervention, les médecins traitants ont reçu une notification en cas d'identification par l'IA d'un ECG à haut risque. Le critère d'évaluation primaire, à savoir la mortalité toutes causes confondues à 90 jours, a été atteint: 3,6% des patientes et patients du groupe d'intervention sont décédés, contre

4,3% dans le groupe contrôle (HR = 0,83, IC à 95% = 0,70-0,99, $p = 0,04$). L'effet était encore plus fort dans le groupe à haut risque pris isolément (HR = 0,69, IC à 95% 0,53-0,90, $p=0,006$) [16-17].

Pourquoi nous devons tous utiliser l'IA à l'avenir?

Travailler avec l'IA améliorera la qualité de la médecine interne et aidera à relever les défis du futur. Utilisée correctement, l'IA nous aidera tellement dans l'administration, la qualité de l'évaluation des résultats et l'établissement du diagnostic que les internistes pourront à nouveau se consacrer davantage à leur mission principale, qui reste irremplaçable: garder une vue d'ensemble, poser des questions précises, examiner avec exactitude, agir de manière réfléchie, décider de façon responsable et accompagner leurs patientes et patients avec expérience et tact à travers leurs besoins individuels en matière de santé.

Correspondance

Jens.eckstein[at]usb.ch



Références

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



Dr méd. Markus Mutke

Chef de clinique, Clinique de médecine interne, Hôpital universitaire de Bâle



Prof. Dr méd. Jens Eckstein

Médecin adjoint, Clinique de médecine interne et CMIO Département D&ICT, Hôpital universitaire de Bâle

Moins d'administration: approche visant à décharger les cabinets médicaux

Les médecins et les assistants médicaux doivent être moins chargés de tâches administratives. Une exigence omniprésente, mais par où commencer? Les différents processus dans les cabinets médicaux ainsi que les différents systèmes logiciels utilisés par les cabinets médicaux rendent la situation de départ peu claire. La question est de savoir où il faut actionner le levier pour obtenir une réduction efficace des dépenses. A une époque où le recrutement de médecins et d'assistants médicaux constitue un défi de taille, il est nécessaire de s'engager de manière ciblée.

Plus de 1400 médecins sont convaincus

Le complément au logiciel utilisé par les cabinets médicaux BlueConnect permet aux cabinets de médecine générale d'optimiser leurs processus de manière décisive. Comment cela fonctionne exactement? BlueConnect s'intègre aux processus existants. Les conseillers veillent à ce que le complément logiciel s'adapte parfaitement au travail quotidien. Plus de 1400 médecins utilisent BlueConnect chaque jour. Ils envoient et reçoivent leurs rapports sans effort via BlueConnect. Chaque année, plus de 5 millions de transactions sont effectuées via ce système. Dans les cabinets médicaux medix, la part de marché a déjà dépassé les 40%.

Faciliter le travail en toute simplicité

BlueConnect simplifie les processus fastidieux et nécessitant beaucoup de papier. Au lieu d'impressions fastidieuses et de marches à vide, des processus rapides et clairs sont créés. C'est une combinaison unique de fonctions qui le permet: une reconnaissance de texte moderne identifie les patient(e)s, un répertoire d'adresses complet les bons destinataires et une utilisation simple permet par exemple de viser un document sans rupture de média. Résultat: les médecins et les assistants médicaux ne veulent plus se séparer de BlueConnect.

«BlueConnect facilite énormément notre travail quotidien, ce qui nous permet de nous concentrer sur les choses importantes. Mes collaborateurs et moi-même sommes totalement conquis et nous ne pouvons plus imaginer travailler sans cet outil.»

Dr. Ignaz Hutter,
spécialiste en médecine interne générale, cabinet médical am rhy



«Je suis à chaque fois étonné de voir le potentiel que nous pouvons libérer avec BlueConnect dans les cabinets médicaux.»

Prisco Kaufmann,
conseiller clientèle, BlueCare



Testez BlueConnect dès maintenant et sans engagement pendant 2 mois.

Directement dans votre cabinet médical ou dans le cadre d'un appel vidéo: bluecare.ch/blueconnect

BlueCare
Health Forward

La reine de Clavadel

Esprit start-up Fida Gadmer a fondé le premier sanatorium à Clavadel, dans les Grisons. Indifférente au statut de la femme de son époque, cette fille de paysans de montagne a voyagé et appris l'anglais, puis a utilisé ses connaissances pour que ses hôtes se sentent comme chez eux dans son «sanatorium anglais».

Iris Ritzmann; Eberhard Wolff

Fille de paysans de montagne, Fida Gadmer est née en 1861, à une époque où on érigeait des hôtels alpins, des auberges de montagne et des sanatoriums pour les touristes en quête de bien-être. Davos, toute proche, prenait des airs de station thermale mondaine. Pendant les vacances scolaires, la jeune fille, originaire de la vallée isolée du Sertig, travaillait déjà à la station thermale de Clavadel, une simple auberge située au-dessus d'une source d'eau froide sulfureuse.

Adolescente, elle a travaillé dans le noble établissement thermal de Willem Jan Holsboe (1834-1898), Davos-Platz, où elle est devenue responsable de salle. Le travail de la terre ne lui plaisait pas. Après sa confirmation en 1876, elle avait annoncé à ses parents qu'elle ne finirait pas agricultrice. Elle aspirait au vaste monde, à apprendre des langues étrangères et découvrir d'autres cultures. C'était une rupture avec la tradition familiale et le rôle de la femme. Dans la maison de cure, elle a acquis de l'expérience avec les hôtes, surtout originaires d'Angleterre, en plus d'apprendre les rouages de la restauration et de l'hôtellerie [1].

Après avoir suffisamment épargné, Fida Gadmer a réalisé son rêve en voyageant maintes fois en Angleterre.

Sa propre maison de cure

Après avoir suffisamment épargné, Fida Gadmer a réalisé son rêve en voyageant maintes fois en Angleterre, en France et en Italie, où elle a appris les langues et travaillé dans divers hôtels. Pour le bien de sa mère, désireuse de savoir sa fille proche d'elle, elle est revenue dans les Grisons, mais avec pour grand projet la construction de son propre «hôtel» [2].

Le capital de départ de 5000 francs a permis la réalisation d'une maison de cure à Clavadel par un maître d'œuvre de Davos. Son inauguration a été célébrée en 1891. Le bâtiment de trois étages aux nombreux balcons dans le «style

bois suisse» trônait à plus de 1660 mètres d'altitude. Il offrait un hébergement confortable pour jusqu'à vingt hôtes en quête de calme.

En novembre 1903, le «sanatorium anglais», surnom donné à l'établissement du fait des nombreux curistes britanniques, a ouvert ses portes.

Clavadel était désormais relié à Davos par une route goudronnée, les curistes pouvaient donc s'y rendre en calèche. Dès l'automne 1891, un véhicule de la poste a commencé à circuler, facilitant la distribution des lettres et des colis. Fida Gadmer se chargeait elle-même de l'organisation du bureau de poste local.

Le «Sanatorium Clavadel»

D'après les sources, la directrice de la maison de cure s'épanouissait dans son activité. Elle communiquait avec les hôtes dans leur langue maternelle, les guidait dans des excursions variées et s'occupait de la comptabilité la nuit. Le bénéfice réalisé lui a permis, quelques années plus tard, l'acquisition de propriétés voisines et de terrains plus grands.

En collaboration avec le médecin Ernst Frey (1868-1937) et l'architecte Gaudenz Issler (1853-1942), Fida Gadmer a planifié un grand projet sur le terrain: un sanatorium de six étages avec 60 chambres. En 1902, elle a fondé, sur la base de sa fortune, la société anonyme «Sanatorium Clavadel», dont elle a partagé la raison sociale avec Ernst Frey. Gaudenz Issler, bien établi sur place, a conçu les plans de construction et s'est chargé de la réalisation en tant qu'entrepreneur.

Dès novembre 1903, le «sanatorium anglais», surnom donné à l'établissement du fait des nombreux curistes britanniques, a ouvert ses portes. Comparée aux bâtiments mondains de Davos, la bâtisse semblait plutôt sobre. Néan-

moins, chaque chambre disposait d'une infrastructure ultramoderne pour l'époque: eau courante chaude et froide, lumière électrique et chauffage. On accédait aux étages supérieurs par un ascenseur. Les curistes logés en pension complète disposaient des bains de l'hôtel et de grandes salles de réunion. Les soins médicaux faisaient aussi partie du service [1].

Pour surmonter la période difficile de la Première Guerre mondiale, Fida Gadmer a elle-même pris en charge les patients.

Une directrice charmante

Le sanatorium tournait bien. Les années suivantes, la société a acquis des bâtiments, des écuries et un restaurant, aménagé des routes, modernisé les chambres et agrandi la façade sud avec des halls de repos. La responsabilité médicale des hôtes du sanatorium incombait à Ernst Frey. Ce dernier avait été formé comme médecin-assistant par le spécialiste davosien de la tuberculose Karl Turban, réputé pour ses diagnostics. On attribue le succès du sanatorium à ses compétences médicales et aux charmantes manières de la «directrice» [1].

Fida Gadmer est décrite comme énergique [3], pleine d'humour, joyeuse et serviable. Elle se déplaçait discrètement au milieu de la clientèle et dirigeait le sanatorium avec calme et gentillesse [3]. Le fait que son talent d'entrepreneuse n'ait guère été mentionné jusqu'à présent n'est pas inhabituel pour une femme.

En 1912, Ernst Frey a démissionné de son poste de médecin-chef. Le vent a commencé à tourner. Son successeur n'avait pas aussi bonne presse et se heurtait au conseil d'administration de la société anonyme. Le nombre de visiteurs et les revenus ont alors diminué. Quand la Première Guerre mondiale a éclaté à l'été 1914, de nombreux hôtes sont rentrés chez eux.

À deux doigts de la faillite

Fida Gadmer a tenté de surmonter cette crise en traitant elle-même les patients [1]. En 1916, Heinrich Staub (1866-1962), ancien directeur du sanatorium zurichois à Wald, a repris le poste de médecin-chef. Au bout d'un an seulement, la faillite semblait inévitable avec son retour à Wald [4].

Mais Heinrich Staub était passionné par le sanatorium de Fida Gadmer. Il a incité la fondation zurichoise dédiée aux maladies pulmonaires (Zürcherische Heilstätte für Lungenkranke) à soumettre, à la dernière minute, une offre d'achat à la société anonyme Sanatorium Clavadel. Celui-ci a été vendu en mai 1918, avec six autres bâtiments, du bétail et 25 hectares de terrain. Sous la direction de Heinrich Staub, il sert de sanatorium pour les malades des poumons venant de Zurich. Lors de la cérémonie de remise, Heinrich Staub a loué les «mérites de la 'reine de Clavadel', Mademoiselle Fida Gadmer, désormais déchu» [1].

Fida Gadmer avait alors 57 ans et était toujours aussi dynamique. Elle a entrepris un long voyage en Amérique du Sud. À son retour à Clavadel, elle a soigné, dans sa maison, le poète Jakob Bosshart (1862-1924), qui souffrait de problèmes respiratoires. Entourée de sa nièce, elle est décédée



© Archiv der Zürcher RehaZentren

Fida Gadmer sur la terrasse de sa maison de cure, vers 1900.

en 1956 au bel âge de 95 ans. Comme l'a écrit le citoyen d'honneur de Davos Jules Ferdmann dans la Revue de Davos, à l'occasion de son anniversaire, Fida Gadmer fait partie «des tout premiers pionniers» de la station thermale de Davos et de ses environs [3].



Références

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

Les femmes dans la médecine

La série de portraits présente de manière informelle des personnalités féminines historiques du monde médical suisse. Chacune de ces femmes a suivi sa propre voie. Et il n'est pas rare que leurs histoires présentent des liens étonnants avec le présent.

Quand divergence rime avec chance

Carrière Depuis plusieurs années, la question de la relève est au cœur des débats. Il s'agit là d'un symptôme de la crise du système de santé, au même titre que la pression croissante sur les coûts, le manque de thérapies ou celui du personnel soignant. À cet égard, le leadership médical permet de mieux préparer les jeunes médecins à affronter l'avenir.

Christina Venzin

En quoi la nouvelle génération (Gen Z) se distingue-t-elle des générations précédentes? Non, il ne s'agit pas des demandes de plannings préétablis, de systèmes informatiques fonctionnels ou de formations. Cette nouvelle génération n'hésite pas à dire haut et fort ce qu'elle veut. Les générations précédentes étaient déjà reconnaissantes d'avoir un emploi et acceptaient même l'inacceptable. Le plus important, c'est le décalage entre les attentes des jeunes envers la profession médicale et la réalité du terrain, sans quoi une grande partie des médecins fraîchement diplômés ne quitteraient pas la profession peu après leur entrée dans la pratique clinique.

Les contradictions sont nombreuses

Le leadership médical est en crise et, là encore, les contradictions sont nombreuses: il faut réduire les coûts de la santé, mais chaque hôpital vise en même temps des marges EBITDA et des CMI aussi élevés que possible pour garantir sa propre survie ou au moins sa notoriété. La «smarter medicine» est en conflit avec une médecine hautement spécialisée et individualisée aux exigences élevées. Le désir de hiérarchies plates se heurte à la volonté affichée de trouver des personnalités «fortes» pour promouvoir un service ou une clinique. Recruter du personnel et susciter son intérêt pour la médecine dans des conditions parfois difficiles relève du défi. Et voilà la Gen Z! Qui voudra encore assumer le leadership?

Cependant, la direction saura, avec un peu plus d'honnêteté, affronter le décalage entre son propre vécu et celui des jeunes. En abordant les contradictions plus explicitement, nous pouvons mieux préparer les jeunes médecins à affronter l'avenir. Et peut-être même trouver ensemble de nouvelles solutions, ce qui encouragerait au moins l'esprit d'innovation.

Aborder les défis avec honnêteté

Quel serait le bon moment pour aborder cette question? Le plus tôt possible. Dès le recrutement des jeunes, nous pourrions, en tant qu'employeurs, nous demander honnêtement ce que nous avons à leur offrir. Ce mode de pensée n'est pas proprement médical et demande un peu de pratique. Il ne s'agit pas de vendre un système sous pression comme s'il était le temple d'Or. En règle générale, les médecins sont de

piètres vendeurs de tapis et c'est une bonne chose. Il s'agit bien plus de se demander ce que notre propre service, l'hôpital ou nous-mêmes avons à offrir de manière réaliste. Aborder les défis avec honnêteté serait un bon début. Par exemple, je pourrais, en tant que cadre, souligner au cours de l'entretien d'embauche les points forts du service (tels que la variété des pathologies et de la patientèle, le travail autonome, etc.) sans omettre les points faibles: «Nous aimerions encore améliorer la collaboration avec les autres services», «Le système informatique nous pose parfois problème, mais nous y voyons un potentiel à développer», pour ne citer que deux exemples courants.

Nous pourrions aborder la question de ce que nous avons à offrir en tant qu'employeurs à partir du décalage ressenti par les jeunes.

Cette approche nous permettrait de concilier un peu mieux les attentes et la réalité vécue par les jeunes, en plus de mieux les préparer, au cours de leur formation de médecin spécialiste, à la complexité du système de santé. En outre, une communication honnête saura convaincre et instaurer la confiance, et ce, pas uniquement chez les jeunes. En tant que responsables, nous avons tout à y gagner: une fois la réflexion entamée, nous pourrions identifier le potentiel et réduire le décalage existant dans notre environnement direct. Dans le meilleur des cas, cela contribuerait aussi à notre propre satisfaction professionnelle.



Dre méd. Christina Venzin

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



La bonne mesure



Urs Brügger
Prof. Dr oec., rédacteur
économie

Médecine et économie, amies ou ennemies? Étant à la fois économiste de la santé et patient occasionnel, j'incarne pour ainsi dire les deux perspectives. Qu'est-ce que j'attends de mon médecin pour qu'il concilie les deux? Tout simplement, qu'il me recommande ce qu'il conseillerait à un bon ami s'il devait payer lui-même». Cette maxime, lue il y a de nombreuses années et dont je ne me rappelle plus la source, résume mon idéal.

Cette maxime reprend des éléments clés du serment d'Hippocrate qui concernent la relation médecin-patient, tout en y ajoutant une nouvelle dimension. En effet, elle fait référence à ce que nous appelons aujourd'hui le «value-based healthcare». Le terme «value» désigne ici le résultat du traitement et le bénéfice pour le patient ou la patiente. Ce bénéfice est à rapporter à la question des coûts. En procédant ainsi, il est à la fois question de la valeur subjective pour l'individu et de son bénéfice pour la société. Dans un système de santé solidaire, cette dimension est primordiale.

Dans un système de santé durable, il est essentiel d'éviter les «low-value care», soit les prestations médicales dont le bénéfice est faible ou nul, voire néfaste. On ne peut donc pas se contenter de réduire les coûts: les critères EAE (efficacité, adéquation et économicité) de la loi fédérale sur l'assurance-maladie doivent aussi être respectés dans les cas individuels. Les soins excessifs et inappropriés restent malgré tout un problème pertinent dans le système de santé suisse, qui par ailleurs, compte à bien des égards parmi les meilleurs du monde. Éviter les excès et les erreurs de soins aurait un impact positif sur la qualité médicale, les coûts de la santé et la pénurie de personnel qualifié.

Ce monde serait sans doute plus attrayant pour les médecins. Qui aimerait fournir des prestations peu utiles aux patients et gaspiller des ressources? La plupart des médecins choisissent leur profession pour faire de la bonne médecine et apporter un réel bénéfice à leurs patients. Il serait bon de créer des conditions-cadres permettant aux

médecins d'agir selon la maxime évoquée plus haut. Encore mieux, si cela pouvait se faire sans trop de contrôle et de bureaucratie. Les listes du top 5 de smarter medicine vont dans ce sens, mais ne suffisent pas.

Si seulement chaque entretien médecin-patient était guidé par cette maxime! Plutôt que de laisser la politique et les caisses d'assurance-maladie réglementer le système, nous devrions réfléchir aux besoins des médecins pour mettre cette règle en œuvre. Ils sont les mieux placés pour savoir ce qui aide vraiment leurs patients et devraient avoir la liberté de le faire. Ce n'est qu'ainsi que l'on trouvera la juste mesure dans les soins. Cette réflexion doit faire partie de la formation médicale initiale et continue. Il est tout aussi important de mieux informer les patients et de les impliquer dans les processus de décision.

L'intégration de la médecine et de l'économie n'est pas une contradiction, mais une nécessité si l'on veut garantir des soins de santé de qualité dans le temps. Les acteurs de notre système de santé devraient œuvrer ensemble à la mise en place des conditions-cadres adéquates pour permettre aux médecins d'agir en conséquence. Si nous parvenons à ancrer cette maxime dans la pratique: «Recommande ce que tu conseillerais à ton meilleur ami s'il devait payer lui-même», nous serons alors sur la bonne voie. Même si la mise en œuvre dans notre système de santé n'est pas sans embûche, nous ne devrions jamais perdre de vue ce leitmotiv.



Protégez vos ordinateurs des virus,
des spams et des logiciels malveillants –
avec HIN Endpoint Security.

En savoir plus

Collaboration simple et sécurisée dans
le système de santé suisse

www.hin.ch/fr/endpoint



Sans calcul compliqué?

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

MAGNESIUM

Diasporal®

12 mmol*

Mg

Magnésium
une seule prise en
l'espace de 24 heures



La performance,
droit au but.

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

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



admis par les caisses-maladie⁴

* conformément à la recommandation posologique autorisée

Références

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

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