

# BULLETIN DES MÉDECINS SUISSES & SWISS MEDICAL FORUM

Numéro 33/34  
 14 août 2024

**46 Antibiothérapie**  
 Gérer les infections  
 en fin de vie

**12 Médecine moderne**  
 Un essai sur le quotidien  
 médical

**16 Pédiatrie**  
 Bien appréhender la  
 peur de l'enfant

**30 Partenariat**  
 Médecins de famille et ASD:  
 comment vont-ils coopérer?



# LA PROTECTION CONTRE LE

# VRS\*

## COMMENCE MAINTENANT!

### HAUTE EFFICACITÉ POUR LA PRÉVENTION DES LRTD ASSOCIÉES AU VRS<sup>1</sup>

chez les adultes de 60 ans et plus avec  
au moins une comorbidité pertinente<sup>1,#,§</sup>

# 94.6%

CRITÈRE SECONDAIRE  
(95 % KI: 65.88; 99.87)

chez les adultes de 60 ans et plus 82.6%

CRITÈRE PRINCIPAL  
(96.95 % KI: 57.89; 94.08)

### Efficacité démontrée sur deux saisons complètes de VRS<sup>2,§§</sup>

Critère principal: 67.2% (97.5% KI: 48.2; 80.0)

Critère secondaire: 66.7% (95% KI: 41.8; 82.0)

\* Comme tout vaccin, AREXVY peut ne pas protéger complètement tous les sujets vaccinés.

VRS: Virus Respiratoire Syncytial, LRTD: Lower Respiratory Tract Disease

**AREXVY**  
(RESPIRATORY SYNCYTIAL VIRUS  
VACCINE RECOMBINANT, ADJUVANTED)

**Disclaimer:** # Comorbidité pertinente: y compris les bronchopneumopathies chroniques obstructives, l'asthme, les maladies respiratoires/pulmonaires chroniques, l'insuffisance cardiaque, le diabète de type 1 ou de type 2, et les maladies hépatiques ou rénales avancées<sup>1</sup> § Les cas de LRTD associés au VRS: Critère principal: (n/N) groupe AREXVY (7/12466) et groupe placebo (40/12494)<sup>1</sup>, Critère secondaire: (n/N) groupe AREXVY (1/4937) et groupe placebo (18/4861)<sup>1</sup>, §§ Les cas de LRTD associés au VRS: Critère principal: (n/N) groupe AREXVY (30/12469) et groupe placebo (139/12498)<sup>2</sup>, Critère secondaire: (n/N) groupe AREXVY (16/4983) et groupe placebo (72/4919)<sup>2</sup>

**Références:** 1. Information professionnelle AREXVY, Lien: [www.swissmedicinfo.ch](http://www.swissmedicinfo.ch), consulté en juin 2024. 2. Ison MG. Efficacy and safety of respiratory syncytial virus prefusion F protein vaccine (RSVPreF3 OA) in older adults over 2 RSV seasons. *Clinical Infectious Diseases*;2024;1-29.

**Arexvy** (vaccin contre le virus respiratoire syncytial (VRS), recombinant, avec adjuvant). **PA:** Protéine F de préfusion du VRS (antigène RSVPreF3). **I:** Immunisation active des adultes âgés de 60 ans et plus pour la prévention de la maladie des voies respiratoires inférieures due au VRS. **P:** Dose unique de 0,5 mL, par voie intramusculaire. La nécessité d'une vaccination de rappel n'a pas été établie. **CI:** Hypersensibilité à l'un des composants. **M/P:** Une réponse immunitaire protectrice peut ne pas être obtenue chez tous les sujets vaccinés avec Arexvy. Pas de données de sécurité et d'immunogénicité d'Arexvy chez les sujets immunodéprimés. **IA:** Arexvy peut être administré simultanément à un vaccin inactivé contre la grippe saisonnière. 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: Douleurs au site d'injection, fatigue, myalgie, céphalées, arthralgie. Fréquents: Rhinorrhée, érythème ou gonflement au site d'injection, fièvre, frissons. Occasionnels: entre autres lymphadénopathie, réactions d'hypersensibilité. Fréquence inconnue: Syndrome de Guillain-Barré. **Cons:** Au réfrigérateur (2-8°C). **Pr:** Flacon de poudre et flacon de suspension, x1. **CR:** B. **Mise à jour de l'information:** décembre 2023. GlaxoSmithKline AG, 3053 Münchenbuchsee. Consulter [www.swissmedicinfo.ch](http://www.swissmedicinfo.ch) pour des informations détaillées. Veuillez signaler les effets indésirables médicamenteux à l'adresse [pv.swiss@gsk.com](mailto:pv.swiss@gsk.com). Les professionnel-le-s de 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 d'Arexvy disponible sous [www.swissmedicinfo.ch](http://www.swissmedicinfo.ch).

GlaxoSmithKline AG, Talstrasse 3, CH-3053 Münchenbuchsee, Tél. +41 (0)31 862 21 11, Fax: +41 (0)31 862 22 00, [www.glaxosmithkline.ch](http://www.glaxosmithkline.ch)

Trademarks are owned by or licensed to the GSK group of companies. ©2024 GSK group of companies or its licensor.

**GSK**

# Nous créons de la crédibilité, cela a un prix



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

EMH, les Editions médicales suisses, sont depuis plus de 25 ans synonymes de contenus spécialisés de qualité et indépendants dans le domaine de la médecine. Avec nos articles, nous créons des connaissances, transmettons des savoirs et permettons un dialogue. Nous nous engageons à respecter cette ligne de conduite dans toutes nos revues, tous nos formats et toutes nos plateformes; elle est source de crédibilité et de confiance.

C'est pourquoi nous suivons également, en collaboration avec les rédactions spécialisées externes, un processus minutieux d'évaluation par les pairs pour tous les articles scientifiques publiés par EMH. Dans ce numéro, cela concerne surtout les articles du «Swiss Medical Forum» à partir de la page 43.

Nous vérifions et relisons soigneusement les textes soumis, effectuons des recherches approfondies sur nos propres articles et traduisons les articles dans la deuxième langue. Enfin et surtout, nous produisons les articles sous forme imprimée et numérique et les archivons afin qu'ils soient disponibles à long terme pour vous et vos recherches. Nous nous sommes permis de mettre en évidence dans le magazine les pages qui n'ont été rédigées que grâce à l'engagement rédactionnel des collaborateurs de l'EMH.

De la même manière que la médecine évolue en permanence et intègre les courants de la société, nous aussi, en tant que maison d'édition, nous nous penchons sur le progrès et mettons en œuvre des changements lorsqu'ils représentent une amélioration.

Cette attitude nous accompagne dans toutes nos activités. Ainsi, nous avons continué à développer l'offre pour vous, chers lecteurs. Nous avons adapté les processus de travail et sommes en train de mettre en place une stratégie «online first». Cette attitude implique également que nous collaborions à travers les différentes revues, rédactions et formats. Le Swiss Health Web est la suite logique de ces efforts.

Cependant, l'évolution de la société a également pour conséquence que nous ne pouvons plus financer nos services de publication médicale uniquement par la publicité. Nous avons également dû réagir à cette évolution. L'abonnement au Swiss Health Web pour CHF 220 par an nous permet de continuer à vous fournir des contenus et des services pertinents et indépendants, avec une qualité journalistique et éditoriale, et de vous orienter ainsi dans le flot d'informations.

Nous espérons que notre offre et notre promesse valent ce prix pour vous.

Annonce



## Weil Kompetenz allein nicht reicht.

Unsere Fachärztinnen, Fachärzte und Mitarbeitenden sind bestens ausgebildet und erfahren. Doch erst ihre Menschlichkeit und Empathie sorgen dafür, dass unsere Patientinnen und Patienten die bestmögliche Behandlung erfahren.

Essstörungen  
(ab 16 Jahren)

Adipositas

Depressionen,  
Angst, Burnout

Psychotherapie  
Generation 50+

Privat  
Klinik  
Aadorf

*Persönlich  
und diskret.*

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



Abonnez-vous  
maintenant



**L'abonnement SHW Beta est là!**  
24 CHF/mois

**Abonnez-vous dès maintenant!**

Swiss Health Web – La plateforme pour les médecins qui réunit des contenus actuels de qualité, des services attrayants et des outils essentiels.

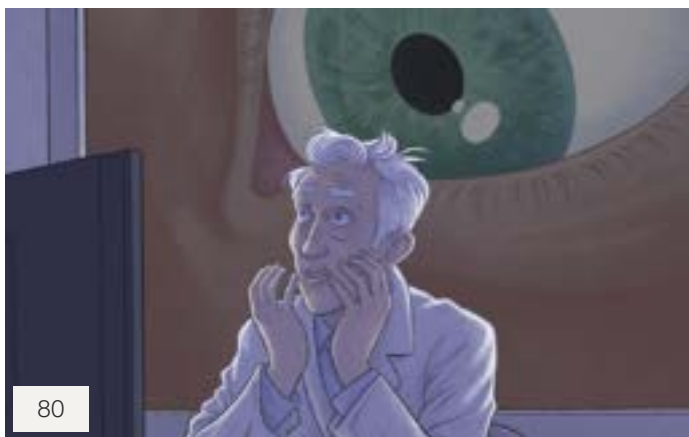
## Zoom sur



12



16



80

© Teeradej Srikijvittakul / Dreamstime; Tatiana Leiti; Luca Bartulović

## Des perspectives radieuses

**Médecine moderne** Comment devenir un bon médecin-chef? À quels écueils se heurte le système médical? Une praticienne s'interroge sur le quotidien des médecins et la façon dont il se transforme. Essai autour d'une situation fictive, mais parfaitement réaliste.

Linda Meier

## Le gant magique

**Peur du médecin** Au cabinet médical, les larmes et les cris sont le lot quotidien quand on soigne des enfants. Il suffit d'une atmosphère stérile, d'une lumière vive et d'appareils médicaux pour semer la panique. Avec des récits adaptés aux enfants, des distractions simples et des méthodes suggestives, la consultation devient plus agréable – le langage employé a également toute son importance.

Andrea Söldi

## Communication 2.0 avec les patients

**Numérisation** En tant que médecin, comment communiquez-vous avec vos patientes et patients? L'offre d'outils de communication numériques semble infinie, mais ceux-ci peuvent-ils être appliqués efficacement dans la pratique?

Lucas Schult

Annonce

Admis aux caisses dans la liste B<sup>1</sup>

# Prostaplant®-F

Sabal WS® 1473 · Urtica WS® 1031

## La solution convaincante au double mécanisme d'action<sup>2</sup>

Soulagement des troubles à la suite d'une hyperplasie  
bénigne de la prostate<sup>1</sup>

www.swissmedicinfo.ch | www.schwabepharma.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. 07/20  
Toutes les références peuvent être demandées à Schwabe Pharma.

Indication  
équivalente à  
celle de la  
tamsulosine<sup>1</sup> ✓

Sans altération  
de la sexualité<sup>1</sup> ✓



Schwabe  
Pharma AG

From Nature. For Health.

## Sommaire

3	<b>Éditorial de Sandra Ziegler</b> Nous créons de la crédibilité, cela a un prix	30	<b>FMH Actuel</b> Les obstacles à la coopération entre médecins de famille et ASD
8	<b>CONTENU ÉDITORIAL</b>	33	<b>FMH Actuel</b> FMH et SIM: formation en responsabilité civile médicale
8	<b>Appel urgent!</b>	36	<b>FMH Actuel</b> Aide au suicide: précision de la jurisprudence
10	<b>À la page</b> Démence: des experts présentent deux nouveaux facteurs de risque	38	<b>Nouvelles du corps médical</b>
12	<b>Essai</b> Des perspectives radieuses	39	<b>ORGANISATIONS</b>
16	<b>Article de fond</b> Le gant magique	39	<b>smarter medicine</b> smarter medicine lance un nouvel appel à projets
20	<b>Forum</b> Deux arrêts du Tribunal fédéral font jurisprudence	40	<b>Hôpital cantonal de Lucerne, Hôpital cantonal de Saint-Gall</b> Traiter correctement les infections en fin de vie
22	<b>Forum</b> L'aide au suicide: une tâche non médicale en soi	43	<b>SWISS MEDICAL FORUM</b>
24	<b>Forum</b> Courrier à la rédaction	44	<b>Weekly Briefing de Lars C. Huber et Martin Krause</b>
26	<b>Communications</b>	46	<b>Article de revue</b> Infections en fin de vie: un guide axé sur la pratique
78	<b>Savoir</b> Un nouveau stent biorésorbable mis à l'épreuve clinique	52	<b>Highlight</b> Prise en charge à long terme du spina bifida: Mind the gap!
80	<b>Cabinet malin</b> Communication 2.0 avec les patients	56	<b>Le cas particulier</b> Anaphylaxie IgE-médiée à la méthylprednisolone
82	<b>Le mot de la fin de Ludwig T. Heuss</b> Réveillez-vous – c'est tout ou rien!	60	<b>SERVICES</b>
27	<b>FMH</b>	60	<b>Offres et demandes d'emploi</b>
28	<b>Analyse de la semaine du Comité central</b> Les médecins, pionniers méconnus de la prévention!	73	<b>Petites annonces</b>
		74	<b>FMH Services</b>

## Impressum

## Bulletin des médecins suisses

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

**Rédaction:** Rahel Gutmann, Lucas Vallois, Sarah Bourdely, Laura Jovanovic, Bahador Saberi, Maša Diethelm, Alan Niederer, 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, Münchensteinerstrasse 117, 4053 Basel, Tél. +41 61 467 85 55, www.emh.ch/fr

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

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

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

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

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

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

**Concept créatif:** Agence Guido Von Deschwanden

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

**Photos:** toutes les photos sont mises à disposition, sauf indication contraire. Photo de couverture: © Chot Studio / Dreamstime

# Iron up my life

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

Vérifier la couverture par les assurances complémentaires sur :



viyana.ch



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

\* En cas de carence en fer diagnostiquée – lorsqu'un traitement ferrique oral n'est pas suffisamment efficace, est inefficace ou impossible.

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

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

Les professionnels de la santé peuvent exiger de Vifor Pharma Suisse une copie intégrale des références citées.

**Ferinject® et Viyana®. C :** Carboxymaltose ferrique. **I :** Carence martiale lorsque le traitement par fer oral n'est pas suffisamment efficace, inefficace ou impossible. **Po :** La dose totale cumulée de Ferinject®/Viyana® doit être calculée individuellement. Ferinject®/Viyana® peut être administré en perfusion i.v. (dilué dans 0,9 % NaCl) ou en injection i.v. (non dilué) à des doses hebdomadaires de maximum 1000 mg. **CI :** Hypersensibilité au principe actif ou à l'un des excipients, anémie sans origine ferriprive confirmée, surcharge en fer, 1<sup>er</sup> trimestre de la grossesse. **Préc :** Interroger les patients avant chaque administration de Ferinject®/Viyana® à la recherche d'EI liés à l'administration préalable de préparations i.v. à base de fer. Du personnel médical qualifié doit être immédiatement disponible, en mesure d'évaluer des réactions anaphylactiques et de les traiter. N'administrer que dans une structure dans laquelle tous les moyens de réanimation sont présents. Surveillance des patients pendant min. 30 min après administration, à la recherche de signes et de symptômes d'une réaction d'hypersensibilité. Une administration paraveineuse peut provoquer une coloration brune et est donc à éviter. Utiliser avec prudence lors d'infections aiguës ou chroniques, d'asthme ou d'allergies atopiques. Tenir compte de la teneur en sodium pouvant aller jusqu'à 5,5 mg/ml. Le fer parentéral peut entraîner une hypophosphatémie, généralement passagère et sans symptôme clinique. Des cas isolés d'hypophosphatémie nécessitant un traitement ont été rapportés chez des patients présentant principalement des facteurs de risque connus et ayant reçu une dose plus élevée pendant une période prolongée. En cas de traitement à haute dose/à long terme et de facteurs de risque, surveillance de l'ostéomalacie hypophosphatémique. Consulter un médecin en cas d'arthralgie ou de douleurs osseuses. **G/A :** CI pendant le 1<sup>er</sup> trimestre. Utilisation durant les 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> trimestres seulement sur indication stricte. Une bradycardie foetale peut survenir suite à une réaction d'hypersensibilité chez la mère ; le fœtus doit être suivi pendant l'administration. **EI :** Fréquents : hypophosphatémie, céphalées, rougeur du visage (flush), vertiges, hypertension, nausées, réactions au site d'injection/de perfusion. Occasionnels : réactions d'hypersensibilité de type immédiat, paresthésies, tachycardie, hypotension, rougeurs, dyspnée, troubles gastro-intestinaux, dysgueusie, rash, prurit, urticaire, érythème, myalgies, arthralgies, crampes musculaires, fièvre, fatigue, œdème périphérique, frissons, douleurs, élévation du taux d'AST, ALT, gamma-GT, LDH et ALP. **IA :** L'administration simultanée avec des préparations orales de fer en réduit l'absorption. **Prés :** 5 flacons de 100 mg (2 ml) ou 500 mg (10 ml), 1 flacon de 500 mg (10 ml) ou de 1000 mg (20 ml). **Liste B.** Informations détaillées : [www.swissmedicinfo.ch](http://www.swissmedicinfo.ch). Titulaire de l'autorisation : **Vifor (International) Inc., CH-9001 Saint-Gall.** Distribution : **Vifor Pharma Switzerland SA, CH-1752 Villars-sur-Glâne.** Mise à jour de l'information : avril 2022.

# Appel urgent!

**Ludwig T. Heuss**

au nom du conseil d'administration des Éditions médicales Suisses EMH

Chères lectrices, chers lecteurs

Les Editions médicales suisses EMH ont encore besoin de votre aide aujourd'hui, **sinon ce sera le dernier numéro du BMS & SMF que vous aurez entre les mains.**

## La crise actuelle

L'existence de l'EMH est gravement menacée. La FMH, actionnaire majoritaire des EMH, nous contraint à financer l'exploitation exclusivement par des recettes publicitaires, des annonces et des projets de tiers. Saviez-vous que **pas un seul franc** de vos **cotisations de membre** n'est utilisé pour la production et la distribution de nos revues? Or, les revenus que nous générons à partir du marché publicitaire et des annonces ne sont pas fiables et baissent massivement depuis des années. Pour assurer la stabilité financière de la maison d'édition des médecins, nous avons besoin de toute urgence d'autres sources de revenus. Depuis des années, nous demandons à la FMH une cotisation d'abonnement régulière.

## Nous avons besoin d'un abonnement. Maintenant.

### Le Swiss Health Web

Nous avons développé – notamment à la demande du corps médical – le Swiss Health Web (SHW) afin de prendre le virage numérique. Ce passage de l'imprimé au numérique est indispensable pour les entreprises de médias. Mais il signifie aussi qu'à moyen terme, nous devons compléter notre modèle commercial actuel par un nouveau: Les revenus des abonnements. Pour cela, nous avons introduit un abonnement qui coûte actuellement CHF 220 par an. Cela représente moins d'un cappuccino par semaine et par abonné.e. La solution la plus évidente serait bien sûr que l'abonnement fasse partie de la cotisation de membre de la FMH. Dans ce cas, CHF 60 seraient suffisants.

## La solution d'abonnement s'appelle Swiss Health Web.



Ludwig T. Heuss

### Pourquoi nous avons besoin de votre soutien

- **Préserver notre indépendance:** Votre soutien nous permet de réduire notre dépendance vis-à-vis de l'industrie et de garantir notre indépendance éditoriale.
- **Garantir la qualité:** grâce à votre soutien, nous pouvons continuer à proposer un large éventail de contenus de formation continue évalués par des pairs dans le Swiss Medical Forum et des articles journalistiques dans le Bulletin des médecins suisses.
- **Assurer l'avenir:** Avec votre soutien, nous pouvons réussir la transformation numérique et développer l'offre du Swiss Health Web de manière attrayante. Le passage aux médias numériques est inévitable.

## Il s'agit de qualité et d'indépendance. Pas le profit.

Informez-vous ici



<https://qrco.de/bflLba>



**Besoin urgent d'agir**

A court terme, nous sommes confrontés à un **problème aigu de liquidités**, car les sources de revenus substantielles attendues ne se sont pas concrétisées. A notre grande déception, le Comité central de la FMH n'est pas prêt à aider sa propre maison d'édition dans cette situation d'urgence et propose de «chercher un soutien financier auprès de tiers». C'est pourquoi nous nous adressons directement à vous.

Sans votre aide, nous risquons l'insolvabilité, ce qui signifierait la fin de tous les produits des HME, qu'ils soient analogiques ou numériques.

Cela signifie: plus de Bulletin des médecins suisses ni de Swiss Medical Forum, mais aussi plus d'accès aux articles et aux archives produits. Des publications de plus de 20 ans disparues, perdues. Mais aussi pas de Primary and Hospital Care, pas de Cardiovascular Medicine, pas de Swiss Archives of Neurology, Psychiatry and Psychotherapy – tout a disparu. Un grounding complet.

**Il y a urgence.****Votre contribution compte**

Soutenez-nous dès aujourd'hui en versant une contribution de solidarité et d'abonnement. Déclenchez un paiement à l'aide du bulletin de versement ci-joint et ajoutez votre adresse e-mail sous «Communications». Nous pourrions ainsi activer votre accès à SHW. Vous pouvez également vous abonner directement à l'aide du code QR.

**Ne laissez pas mourir cette revue!**

Agissez dès maintenant! Aidez-nous à assurer l'avenir des Editions médicales suisses.

Convainquons le Comité central de la FMH de la nécessité d'une information professionnelle indépendante.

**#sauvezBMSsetSMF**

**Abonnement via le site web**

<https://qrco.de/bflqDu>

**Abonnement via un bulletin de versement****Empfangsschein**

Konto / Zahlbar an  
CH90 0076 9016 2102 6408 5  
EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG  
Münchensteinerstrasse 117  
4053 Basel

Zahlbar durch (Name/Adresse)

Währung Betrag  
CHF 220.00

Annahmestelle

**Zahlteil**

Währung Betrag  
CHF 220.00

**Konto / Zahlbar an**

CH90 0076 9016 2102 6408 5  
EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG  
Münchensteinerstrasse 117  
4053 Basel

**Zusätzliche Informationen**

Abo- und Solidaritätsbeitrag  
[meine Email-Adresse]

Zahlbar durch (Name/Adresse)



© Pakawadee Wongjinda | Dreamstime

La crainte de développer une démence en vieillissant est très répandue.

## Démence: des experts présentent deux nouveaux facteurs de risque

**Prophylaxie** Selon les calculs d'un groupe d'experts, près de la moitié des cas de démence pourraient être évités ou leur apparition repoussée. Dans les faits, les choses sont un peu plus complexes, soulignent des voix critiques.

Alan Niederer

De nombreuses personnes ne craignent rien, si ce n'est de développer une démence en vieillissant. C'est pourquoi les groupes de recherche du monde entier tentent frénétiquement de trouver des médicaments capables d'empêcher ou du moins de freiner la destruction fatale des cellules du cerveau. À l'heure actuelle, aucune substance ne peut changer la donne en matière de démence.

La prévention est donc d'autant plus importante. Une équipe de scientifiques spécialisés dans la démence s'en charge depuis des années dans le cadre de la commission britannique «Lancet Commission on dementia prevention, intervention and care». Cette commission internationale publie régulièrement dans le Lancet des rapports sur les dernières avancées de la recherche sur cette maladie neurologique.

Dans leur dernier rapport, les scientifiques présentent deux nouveaux facteurs de risque de démence pertinents: un taux de cholestérol LDL élevé et une perte de vision. Si les deux facteurs de risque sont éliminés, le risque de dé-

mence peut être réduit, de 7% pour le cholestérol LDL et de 2% pour la perte de vision, selon les calculs de la commission du Lancet.

Dans des rapports précédents – le dernier a été publié en 2022 –, la commission avait déjà identifié d'autres facteurs de risque évitables pour lesquels il existe suffisamment de preuves scientifiques. Cela porte à 14 le nombre de facteurs de risque pertinents pour la démence qui peuvent être abordés de manière préventive.

La commission du Lancet estime qu'il y aurait 45% de cas de démence en moins dans le monde ou que les maladies apparaîtraient au moins plus tard dans la vie si l'on parvenait à éliminer tous ces facteurs de risque.

Le chiffre de 45% est une valeur purement théorique. Pour la déterminer, les scientifiques ont analysé les études existantes sur le thème de la démence et des facteurs de risque et ont effectué leurs propres calculs de modélisation. À l'aide de ces simulations, ils ont déterminé le pourcentage

## Principaux facteurs de démence

Déficience auditive (8%), faible niveau d'éducation (7%), cholestérol LDL (7%), tabagisme (5%), dépression (4%), isolement social (4%), lésion cérébrale (3%), hypertension artérielle (2%), manque d'activité physique (2%), pollution de l'air (2%), perte de vision (2%), consommation excessive d'alcool (1%), diabète (1%), obésité (1%).

de démence qui pourrait être évité si les différents facteurs de risque étaient éliminés.

Des experts indépendants ont fait l'éloge du travail de la commission du Lancet auprès du Science Media Centre (SMC) allemand. La méthodologie utilisée serait «state of the art» et le rapport serait une référence en ce qui concerne les facteurs de risque de démence.

### La valeur calculée ne reflète pas la réalité

La critique porte toutefois sur l'affirmation quelque peu frappante selon laquelle les 14 facteurs de risque permettraient de réduire le risque de démence de 45%. Ce chiffre se situe certes dans la fourchette supérieure de ce que l'on peut attendre en théorie. Mais en réalité, il est nettement inférieur. En effet, il n'est pas réaliste de penser que tous les facteurs de risque peuvent être évités dans la population. De plus, certains facteurs ne peuvent pas être simplement additionnés en raison des chevauchements.

Tous les experts soulignent cependant que la prévalence de la démence peut être réduite par des mesures de prévention. Des études épidémiologiques menées en Grande-Bretagne, au Danemark, en Allemagne et aux États-Unis constituent un argument de poids. Elles ont montré que le risque de démence lié à l'âge avait diminué d'environ 3,5% au cours des dix dernières années. Cela signifie qu'une personne de 60 ans présente aujourd'hui un risque de démence inférieur de 3,5% à celui d'une personne du même âge il y a dix ans.

Mais comment les individus peuvent-ils se protéger contre la démence? Selon les experts, l'une des mesures les plus importantes à adopter à un âge moyen est de se procurer un appareil auditif dès que l'audition se détériore. En outre, une tension artérielle élevée devrait être traitée à un stade précoce, et non à 65 ans. Un style de vie sain implique également de rester actif socialement.

La plupart des facteurs de risque identifiés par la commission du Lancet ne sont pas spécifiques au cerveau, mais favorisent les maladies de l'ensemble du système cardiovasculaire. Ce qui est bon pour la santé cardiaque est également bon pour la santé cérébrale, résume un expert. La prévention est donc doublement rentable.



### Référence

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

## Personnalité de la semaine

# Il est le médecin de la Nati



**Dr méd. Philippe Tscholl**

Chirurgien du genou ligamentaire aux HUG

**Médecine du sport** La Nati a égalé la meilleure performance de son histoire en atteignant les quarts de finale de l'Euro en Allemagne cet été. Dans les coulisses de cette compétition, le binôme médical de l'équipe nationale de football, composé de Philippe Tscholl des HUG et de Pierre-Étienne Fournier de la Clinique romande de réadaptation, a contribué en partie à ce succès. «Je pense que personne ne nous aurait donné le crédit de réaliser cette performance», confie Philippe Tscholl, chirurgien du genou ligamentaire et directeur médical du Centre Médical Olympique des HUG. Fort de ses multiples expériences auprès d'athlètes de différentes disciplines, Philippe Tscholl a côtoyé de 2004 à 2016 les hautes instances du football mondial au sein de la FIFA en tant que collaborateur scientifique. «J'étais au Qatar en 2022 avec la Nati et j'ai suivi deux championnats du monde de hockey sur glace des moins de 18 ans», ajouta-t-il. En parallèle, il a accompagné pendant cinq années l'équipe nationale de futsal et a intégré l'Association suisse de football: «Ce parcours m'a permis d'être sur le terrain avec des athlètes, de mieux les comprendre et de parler le même langage», poursuit-il. Du point de vue médical, la gestion des blessures de joueurs cadres a été un défi pas-

sionnant pendant l'Euro, affirme Philippe Tscholl. «Voir que le programme de réhabilitation engagé par le staff médical a porté ses fruits a été très gratifiant.» Derrière cette réussite se cachent une organisation logistique et un suivi médical qui débute plusieurs mois avant les échéances sportives. «Avant d'avoir sélectionné les 26 joueurs pour le Championnat d'Europe, nous avons suivi une liste de 40 à 50 joueurs potentiellement sélectionnables par l'entraîneur Murat Yakin, discuté régulièrement des blessés et évalué leur état de forme», détaille le médecin des HUG. Pendant la compétition, le rôle du staff médical consistait à optimiser la récupération et la performance des 26 joueurs, mais aussi à garantir le bon état de santé des 30 membres du staff, et ce, six semaines durant.



Scannez le QR code et découvrez l'intégralité de l'entretien avec Philippe Tscholl.



© Teeradej Srikijvithakul / Dreamstime

«Assumer la direction médicale, c'est ce que nous apprenons et incarnons», souligne Linda Meier.

# Des perspectives radieuses

**Médecine moderne** Comment devenir un bon médecin-chef? À quels écueils se heurte le système médical? Une praticienne s'interroge sur le quotidien des médecins et la façon dont il se transforme. Essai autour d'une situation fictive, mais parfaitement réaliste.

Me voilà assise face à mon ordinateur, dans un cours de formation continue, à me demander si je suis vraiment au bon endroit. Je voulais juste me former pour améliorer mes chances d'obtenir un poste de médecin-chef, en acquérant et en approfondissant les compétences requises. Pour faire mieux que mes chefs jusqu'ici. Car quelles autres perspectives avons-nous?

Je me rappelle parfaitement l'introduction du premier programme de reconnaissance vocale. Fascinée, je regardais mes paroles se muer en texte, sous mes yeux. Quelques ajustements, et très vite, le programme comprenait mon idiome bavarois. Je parlais avec la radiographie, j'en faisais une description systématique et détaillée – tout mon travail s'effectuait de cette façon. Des rapports étaient générés en parallèle, comme par magie, et ce progrès technique m'était fort sympathique.

J'ai trouvé tout aussi fascinante l'arrivée du programme suivant, basé sur l'intelligence artificielle. L'IA faisait la première évaluation d'une radiographie du thorax normale, sur la base des innombrables évaluations préalables. Moi, je contrôlais les résultats générés automatiquement. L'IA se révélait être un élève zélé et inlassable, tout comme le programme de reconnaissance vocale. Aucune fatigue malgré un travail ininterrompu, sans pause, de jour comme de nuit. Un travail que ne venait perturber ni état d'âme, ni incertitude, ni inquiétude quant à l'urgence à gérer. Des changements se faisaient aussi sentir chez moi. Superviser est bien moins fatigant qu'effectuer seule la totalité du travail. Qui gagnera la course? Le progrès technique ou le manque chronique de personnel qualifié? L'avenir nous le dira.

### Médecin: une profession en danger

Mon optimisme est sans doute ce qui m'a menée dans la salle de cours où je me trouve aujourd'hui. Convaincue que nous pouvons nous-mêmes rationaliser la ressource humaine sur le lieu de travail, je me suis lancée dans une formation de cadre. D'ailleurs, n'avais-je pas déjà démontré ma capacité à diriger et former des programmes et même des médecins-assistants? Du moins était-ce mon avis.

Me voici donc à discuter avec mes collègues de formation de ce qui fait une ou un bon cadre. Que faut-il pour que notre personnel n'ait pas ce ressenti que nous avons, nous «les anciens»? Ce sentiment frustrant d'être déçus par nos cadres et de penser que nous ferions de meilleurs chefs? Je serais déjà heureuse de me sentir entendue dans mon travail. Mais combien de fois me suis-je moi-même surprise à prendre des décisions sans avoir écouté les parties impliquées? Le sentiment de représenter une opinion – mon opinion – s'apprend. Mais comment donner aussi aux membres de l'équipe le sentiment d'être décideurs afin de les impliquer dans les décisions?

Prendre des décisions s'apprend tout au long des études et surtout plus tard, en travaillant. Décider entre plusieurs diagnostics. Dire oui ou non à un traitement, tenir compte des faits et des recommandations. Nous connaissons le pourcentage d'exceptions pouvant déstabiliser la prise de décision, mais l'expérience conforte notre confiance en nous. Assumer la direction médicale, c'est ce que nous apprenons et incarnons. Mais de toute évidence, bien d'autres facteurs interviennent dans la direction des cliniques et institutions. J'en prends de plus en plus conscience au fil de la formation,

accord

ORGOVYX®

One & Only  
oral ADT™Diminution rapide  
et durable de la  
testostérone sans effet  
flare-up initial.<sup>3</sup>ORGOVYX®  
(relugolix) 120 mg  
comprimés  
pelliculés

1) Fragkoulis G, et al. Arab J Urol. 2021;19(4):460-463. | 2) Information professionnelle Orgovyx de 120 mg comprimés pelliculés. Mise à jour de l'information: 07/2023. | 3) Shore ND, et al. N Engl J Med. 2020;382(23):2187-2196. | \*ADT: Traitement anti-androgène | \*\*Chez l'adulte.

#### Orgovyx® comprimés pelliculés

C: Principe actif: relugolix; comprimés pelliculés à 120 mg. I: Cancer de la prostate avancé hormonodépendant. P: >18 ans; dose de charge 1<sup>er</sup> jour: 360 mg, puis 120 mg 1×/jour. CI: Hypersensibilité. IA: Inhibiteurs oraux de la P-gp comme certains médicaments anti-infectieux (p. ex. azithromycine, érythromycine, clarithromycine, gentamicine, tétracycline), des antifongiques (kétoconazole, itraconazole), des antihypertenseurs (p. ex. carvedilol, vérapamil), des antiarythmiques (p. ex. amiodarone, dronedarone, propafénone, quinidine), des antiangoreux (p. ex. ranolazine), la ciclosporine, les inhibiteurs de la protéase du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ou du virus de l'hépatite C (VHC) (p. ex. ritonavir, télaprévir). Inducteurs de la P-gp qui sont également des inducteurs puissants du CYP3A comme l'apalutamide, certains antiépileptiques (p. ex. carbamazépine, phénytoïne, phénobarbital), des anti-infectieux (p. ex. rifampicine, rifabutine), le millepertuis (Hypericum perforatum), les inhibiteurs de la protéase du VIH ou du VHC (p. ex. ritonavir) et les inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse (p. ex. éfavirenz). Prudence avec des médicaments connus pour allonger l'intervalle QT ou capables d'induire des torsades de pointes. EI: Très fréquent: bouffées de chaleur (54 %), douleurs musculo-squelettiques (28 %), fatigue (26 %), diarrhée et constipation (12 % chacun). ▼ Ce médicament fait l'objet d'une surveillance supplémentaire. Pour plus d'informations, se référer à l'information professionnelle de Orgovyx® disponible sous [www.swissmedicinfo.ch](http://www.swissmedicinfo.ch). Liste Swissmedic A. Pour des informations détaillées, veuillez consulter [www.swissmedicinfo.ch](http://www.swissmedicinfo.ch). Accord Healthcare AG, 4103 Bottmingen. Mise à jour: 07/2023.



Pour plus d'informations veuillez consulter [www.accord-healthcare.ch](http://www.accord-healthcare.ch) ou envoyez nous un e-mail à [info\\_ch@accord-healthcare.com](mailto:info_ch@accord-healthcare.com)

Accord Healthcare AG · Wuhrmattstrasse 23 · CH-4103 Bottmingen  
T +41 61 425 46 80 · F +41 61 425 46 88 · [www.accord-healthcare.ch](http://www.accord-healthcare.ch)

et j'ai l'impression croissante de vouloir entrer dans un moule professionnel en total décalage avec la réalité.

Ces dernières semaines, nous avons vu en détail le volet financier du système de santé. Je note qu'au cours de nos études, personne ne nous a jamais dit quels coûts élevés nous générons où et comment. Comme si un mécanicien ne savait pas le prix de la batterie de remplacement qu'il installe ou du loyer de son garage. Et quand bien même, éthique et morale passent avant les questions secondaires d'argent. Mais cela ne va pas de soi.

Quel prix donne-t-on à la vie humaine? A-t-on même le droit d'avoir ce type de discussion? En tant que médecin, ma compétence juridique se limite à constater le décès. Mon serment m'oblige sinon à tout entreprendre pour sauver la vie. Les sujets de finance et d'économie passent au final à la trappe. On part aussi du postulat illusoire que tous les médecins délivrent une même prestation médicale à l'identique. Comme s'il n'y avait pas d'écart qualitatif. C'est bien sûr notre souhait à tous. De même que la garantie d'une issue positive pour les malades. Mais c'est un souhait déjà découragé lors de nos études. Ou du moins le fait de le communiquer aux malades – même si nous l'espérons tous.

### Que veut dire avoir une chance?

J'ai eu la semaine dernière une jeune patiente atteinte d'une tumeur cérébrale maligne. Une situation que l'on ne souhaite à personne. Une jeune mère avec des céphalées récurrentes et brutalement prise de spasmes, alors qu'elle portait son enfant dans les bras. Si rien n'est arrivé à l'enfant, les examens effectués chez la mère ont abouti à ce diagnostic grave. Mon diagnostic. Des IRM et TDM, effectués avec et sans produits de contrastes, m'ont permis d'évaluer les probabilités et de rendre mon verdict. Il ressort de la discussion du Conseil interdisciplinaire des tumeurs qu'une opération pourrait lui donner une chance. Mais que signifie une «chance»? Une chance de vivre une vie normale? Ou juste une vie sans tumeur, mais gravement handicapée? Le cerveau est extrêmement complexe et effectue une multitude de tâches. Les deux «chances» sont possibles et la mort fait toujours partie de l'équation.

Je décide de mesurer précisément la zone concernée avant l'opération. Afin d'augmenter la chance d'un retour à une vie normale. Pour l'hôpital, cela veut dire investir dans les examens préopératoires un montant à cinq chiffres, qu'aucune assurance ne couvre. Comment faire quand on travaille avec un système de chiffrage vieux de trente ans, qui ne tient pas compte des progrès techniques? Le service financier n'aime pas nous voir fournir des prestations non payées. Et nous le faisons malgré tout. Encore. Prendrais-je



### Linda Meier

Linda Meier est médecin diplômée et titulaire d'un EMBA en Medical Management. Elle est déléguée SwissDRG pour la Société suisse de médecine interne générale (SSMIG), assure le controlling médical à l'Hôpital cantonal de Lucerne et enseigne au sein de H+ Bildung. Elle s'intéresse à la politique de santé et aux optimisations du système de santé.

une autre décision si j'avais la responsabilité économique de la clinique? Si j'étais responsable du fait que ma clinique n'affiche pas de pertes?

J'espère pouvoir tenir compte en tout temps du bien-être des malades. Mais je suis aussi en charge du bien-être du personnel. Et si réduire le chiffre d'affaires m'obligeait à supprimer un poste? Et s'il fallait fournir les mêmes prestations, mais avec moins de soignants? Les conditions de travail sont déjà à la limite du supportable et le manque de personnel contraint à refuser des malades.

Par chance, pour cette patiente, ces considérations n'interfèrent pas dans la décision. Chez elle, mesurer la zone cérébrale touchée semble élémentaire. Il faut savoir là où débute par exemple son centre moteur et où peut ou ne peut pas intervenir le neurochirurgien. Il est pour elle crucial d'être encore capable de porter son enfant après l'intervention. De pouvoir lui parler, le consoler, le comprendre. Si l'on dispose de telles possibilités, pourquoi renoncer à y recourir pour une triviale question de coût? Il y aura d'autres moyens de couvrir les frais. Mais combien de temps encore? Demain, je travaillerai avec ma patiente et ferai des images cérébrales, tandis qu'elle jouera de la guitare, lira des poèmes et interprétera des images.

### Envoyez-nous votre texte!

Vous avez rédigé un essai intéressant sur un sujet touchant à la médecine? Le Bulletin des médecins suisses se réjouit de le lire! Les articles de cette rubrique doivent répondre à des exigences particulières. La décision de publication appartient à la rédaction. Contact: alan.niederer[at]emh.ch

## Les malades devraient passer avant tout

Il y a tant d'histoires personnelles, ignorées par la politique. On nous dicte de plus en plus ce que nous avons et n'avons pas le droit de faire. Les dispositions cantonales ou inter-cantonales imposent des limites ou des nombres de cas minimum. Ce n'est ni le besoin ni la médecine qui régulent, mais la politique. Des personnes qui n'ont parfois jamais vu un hôpital de l'intérieur. Réjouissons-nous toutefois d'être encore loin d'un budget global ou d'autres réglementations figées, qui fixent par exemple strictement quel hôpital peut réaliser quelle intervention tel nombre de fois par an. Nous n'avons pas encore de listes de plusieurs années d'attente pour les prothèses articulaires, comme dans d'autres pays.

Toutefois, je regrette l'époque dont nous parlent nos prédécesseurs. Le travail signifiait tout. Les «demi-dieux en blanc» étaient libres d'exercer comme ils l'entendaient – et pouvaient toujours faire passer les malades avant le reste. Leur parole pesait, au-delà de l'aspect technique. Il y avait des «patrons», qui veillaient sur leur institution, leur personnel et leurs malades, et un solide système de santé avait été construit en quelques décennies. Mais ces temps sont révolus.

La pression politique et économique va croissant. Être cadre me demande d'assumer les plus hautes responsabilités techniques, en assurant une gestion financière optimale de la médecine et des filières de traitement. Je dois aussi faire du lobbying politique, pour que nous ne soyons pas oubliés dans les négociations tarifaires. Je dois en outre être empathique et compréhensive envers mes collègues, et diriger mon équipe au mieux, car le personnel est et reste la plus précieuse mais aussi la plus négligée des ressources. Les malades, enfin, ne doivent pas être oubliés, l'enseignement et la recherche doivent être intégrés partout, et tout cela en ménageant le bon équilibre avec ma vie privée et en gardant du temps pour la famille, les amis et les loisirs. Car il faut évidemment éviter le burn-out.

Perdue dans ces pensées, je continue à fixer mon ordinateur et mes notes, et la discussion se poursuit entre les autres participants à la formation – sans moi.

# Lixim® Patch

## Next Generation NSAID-Patch

FORMULATION BREVETÉE AVEC ÉTOFÉNAMATE<sup>2</sup>

- + Réduction hautement significative de la douleur ( $p < 0.0001$ )\*<sup>1,3</sup>
- + Très bonne adhérence<sup>3</sup> et tolérance cutanée<sup>3</sup>
- + Grande souplesse<sup>2</sup>
- + Propriétés hydrofuges\*\*<sup>2,4,5</sup>

REMBOURSÉ  
PAR L'ASSURANCE  
DE BASE<sup>6</sup>



24 h<sup>1</sup>

**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](http://www.swissmedinfo.ch).

**Références** : 1 Information professionnelle Lixim® Patch, [www.swissmedinfo.ch](http://www.swissmedinfo.ch). 2 <https://patents.google.com/patent/EP2120896B1/de?oq=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 ParkCospice 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**

05/2024

# Le gant magique

**Peur du médecin** Au cabinet médical, les larmes et les cris sont le lot quotidien quand on soigne des enfants. Il suffit d'une atmosphère stérile, d'une lumière vive et d'appareils médicaux pour semer la panique. Avec des récits adaptés aux enfants, des distractions simples et des méthodes suggestives, la consultation devient plus agréable – le langage employé a également toute son importance.

Andrea Söldi



La psychologue sort un gant imaginaire de la poche de son pantalon et le montre à la fillette craintive. Elle explique dans le film YouTube qu'il s'agit là d'un moyen efficace de protéger le corps et d'instaurer un climat de confiance. Elle passe ensuite le vêtement invisible sur la main gauche de Jazy, alors âgée d'à peu près 7 ans, en exerçant des mouvements lents, en touchant délicatement chaque doigt et en s'adressant à la petite avec calme et bienveillance.

Avec un crayon pointu, elle touche alors le dos des deux mains et demande à la jeune fille de nommer le côté où la sensation est plus forte. La différence est frappante: la sensation est de dix pour la peau sans gant magique, et de deux pour l'autre. Jazy s'étonne elle-même de l'effet produit et rit. La psychologue ne prononce jamais le mot «douleur». Puis elle remonte le gant magique jusqu'à la partie supérieure du bras, où sont faits les vaccins. Là aussi, la sensation est nettement plus intense du côté gauche.

## Exploiter les ressources propres aux enfants

Le gant magique est l'une des nombreuses méthodes parmi les stratégies hypnoalgésiques qui réduisent l'anxiété liée aux interventions médicales. «Les enfants disposent d'une capacité de transe naturelle, facile à exploiter», explique la Dre Camilla Ceppi Cozzio. Depuis longtemps déjà, la pédiatre

de Dübendorf s'intéresse aux procédés hypnotiques et proposait jusqu'à récemment, avec trois autres collègues, des cours sur ce thème à «Kinderärzte Schweiz», l'association professionnelle de pédiatrie ambulatoire. Ces cours attiraient toujours beaucoup de monde. L'équipe a désormais besoin de souffler un peu, raison pour laquelle aucune nouvelle date n'est annoncée pour le moment.

Durant une visite médicale, nombre d'enfants utilisent de leur propre chef des stratégies que l'on peut interpréter comme des trances spontanées, observe Camilla Ceppi Cozzio. Par exemple, les enfants en bas âge découvrent le hochet avec la bouche, les enfants un peu plus âgés se plongent dans le jeu de la dinette pour enfants en salle d'attente ou dessinent, concentrés, pendant la consultation. Quant aux enfants plus grands, ils jouent sur leur smartphone. «Grâce à un langage ciblé, on peut aider les enfants à découvrir et mobiliser leurs ressources pour déclencher leur propre efficacité», précise Camilla Ceppi Cozzio. Pour elle, la première étape consiste à reconnaître ces trances spontanées. La médecin expérimentée, qui a suivi une formation complémentaire en hypnose médicale, met en œuvre des stratégies de distraction adaptées aux enfants, des histoires, de l'humour et l'activation de la respiration, en demandant à un enfant, par exemple, de souffler dans un moulin à vent pendant la prise de sang.







© Tatiana Leiti

À l'aide d'un crayon pointu, la docteure touche le dos des deux mains et laisse la jeune fille évaluer la sensation ressentie.

### Expériences positives dès la petite enfance

La peur des aiguilles et des injections est très répandue. D'après des études, elle affecterait entre 20 et 30% de la population et peut même aller jusqu'à plus de la moitié, selon la définition retenue [1]. Les personnes les plus touchées risquent de négliger les contrôles et vaccinations, avec les conséquences que cela implique pour la santé, précise Camilla Ceppi Cozzio. «Par conséquent, une approche des examens et des soins nécessaires dès le plus jeune âge, dans un cadre qui inspire confiance, est essentielle pour laisser aux enfants une expérience positive.»

### En pédiatrie, les approches hypnotiques sont de plus en plus utilisées depuis quelques années.

En pédiatrie, les approches hypnotiques sont de plus en plus utilisées depuis quelques années. «Certains professionnels de la santé créent des instants de transe relaxante de manière intuitive, sans se rendre compte qu'il s'agit de ces moments», observe Camilla Ceppi Cozzio. Elle aimerait qu'à l'avenir, les médecins de famille et les spécialistes utilisent ce genre de techniques au profit de leurs patients. Même sans formation complémentaire, on peut réaliser des interventions simples.

### Pas de tour de passe-passe

En général, le terme d'hypnose évoque des états de transe spectaculaires au cours desquels les personnes exécutent des actions inconscientes, comme commettre un crime ou aboyer.

La Société Médicale Suisse d'Hypnose (SMSH) prend clairement ses distances avec de telles pratiques. L'hypnose est une méthode thérapeutique très ancienne, redécouverte au cours des dernières décennies, et dont l'efficacité est attestée par de nombreuses études, indique la SMSH sur son site Internet. Elle réduit l'anxiété et la douleur, en plus de diminuer la prise d'analgésiques.

### La plupart sentent à peine la piqûre

La pédiatre bernoise Sabine Zehnder est aussi pionnière dans ce domaine. Elle raconte des histoires aux enfants, les fait imaginer leur endroit préféré où ils se sentent bien ou utilise un tissu invisible et magique qui protège le site d'injection. Elle prouve à ses petits patients qu'elle peut vraiment faire de la magie avec un élastique autour de ses doigts. Ce faisant, elle raconte l'histoire de «la petite souris», qui finit toujours par s'échapper malgré la porte fermée. Selon elle, ce genre d'approches fonctionne plutôt bien: «De nombreux enfants nous disent avoir à peine senti la piqûre.»

Avec les petits enfants, elle utilise des boîtes à musique avec des figurines animées, alors qu'elle distrait les plus grands avec des jeux sur la tablette ou de la musique dans un casque. Dans son cabinet, la coccinelle Buzzy (voir encadré) s'envole souvent pour aider l'enfant, elle vibre et rafraîchit en même temps. «Les trois stimuli que sont la vibration, le froid et la douleur sont transmis par le même nerf», indique Sabine Zehnder. «Si ce dernier est déjà occupé par deux stimuli, la douleur n'a plus sa place.» La médecin, formée en hypnose, estime qu'informer les enfants en fonction de leur âge, sans utiliser de termes anxiogènes, est essentiel. «Je ne parle jamais de seringue ou d'aiguille», précise-t-elle. Elle dit plutôt: «Nous allons découvrir ensemble ce qu'est un vaccin pour que tout aille bien et que tu gardes la santé.»

### Mettre l'accent sur les atouts

Martina Hug a elle aussi pris conscience de l'importance du choix des mots. La cheffe de clinique de l'Hôpital pédiatrique universitaire de Zurich a été l'une des premières à suivre la formation continue ISI, «Imaginativ-systemische Interventionen mit Kindern und Jugendlichen» («Interventions imaginatives et systémiques avec les enfants et les adolescents») à l'Université de Bâle l'année dernière (voir encadré). Désormais, elle évite plus sciemment les expressions courantes comme «n'aie pas peur» ou «ça ne fait pas mal». De plus, elle tente d'aborder avec empathie les préoccupations et craintes des parents dans les entretiens de pédiatrie du développement.

### Des artistes interviennent avant et après les opérations pour aider enfants et parents à se détendre.

«Poser le diagnostic est une première étape», souligne Martina Hug. Ensuite, il faut bien informer les parents sur les conséquences possibles du résultat pour l'enfant et son environnement, en plus de montrer les perspectives et évolutions possibles. «Il est essentiel de soutenir les parents et bien souvent de les conforter dans l'idée qu'ils aident déjà très bien leur enfant», poursuit-elle. Toutefois, d'après son expérience, on oublie souvent, lors des évaluations, dans quelles situations les troubles et les déficiences ne se manifestent pas aussi fortement. Pour l'entourage, il est plus facile de se concentrer sur les points forts des enfants et des familles.

### Des médecins de rêve à l'hôpital

Le programme de formation postgraduée et continue en pédiatrie et médecine de l'adolescence aborde les thèmes de l'empathie, de la communication professionnelle et de la gestion de l'anxiété, explique Claudia Baeriswyl, secrétaire générale de l'organisation professionnelle pédiatrie suisse. De plus, en juin, pédiatrie suisse a conclu un partenariat officiel avec la Fondation Théodora. Celle-ci forme les «docteurs Rêves», des artistes qui rendent visite aux enfants hospitalisés et leur apportent des moments de légèreté. Aux urgences, ils distraient enfants et parents pendant l'attente par des intermèdes ludiques. Ils atténuent

les angoisses et certains petits patients oublient même leur douleur pendant un court instant. Vêtus et maquillés avec fantaisie, ils interviennent avant et après les opérations et font de ces interventions des voyages imaginaires pour aider enfants et parents à se détendre.

Dans le film YouTube, la psychologue retire le gant magique du bras gauche de Jazzy. La fillette ressent aussitôt le contact sur ses deux bras avec la même intensité. La psychologue replie avec soin le

### Ces outils facilitent le quotidien au cabinet médical

- Sur le site Internet de «Kinderärzte Schweiz», il est possible de commander du matériel facilitant l'approche des enfants inquiets en cabinet médical, comme des posters présentant des stratégies de vaccination ludiques ou une mallette de vaccination avec des jouets divertissants, des cartes avec des images d'objets cachés ou Buzzy, une coccinelle vibrante aux ailes glacées. Ces moyens peuvent être utilisés même sans formation en hypnose médicale. <https://www.kinderaerzteschweiz.ch/Fuer-Mitglieder/Impfplakate---Impfkoffer>
- **Livre pour enfants** de la Dre méd. Sabine Zehnder et de la Dre méd. Lea Abenhaim: «Tout va bien: ce que je peux découvrir au cabinet pédiatrique», disponible chez Creathera, Berne. Pour préparer les enfants aux interventions médicales.
- **Tara & Pips**, histoires écrites par Sara Taubman qui sont approuvées par «Kinderärzte Schweiz», un hôpital pédiatrique zurichois ainsi que par d'autres organisations. Elles préparent les enfants à des interventions médicales et les rassurent dans des situations difficiles du quotidien. Il existe des livres et une application avec des podcasts. <https://tarapips-empowerment.com/>

#### Formations continues:

- Des places pour le CAS ISI «Imaginativ-systemische Interventionen mit Kindern und Jugendlichen» à l'Université de Bâle seront à nouveau disponibles à partir de 2026. (20 jours de cours répartis sur deux ans, plus 40 unités en supervision). <https://wb-kjp.unibas.ch/studiengaenge/cas-isi/>
- La Société Médicale Suisse d'Hypnose ([www.smsh.ch/fr](http://www.smsh.ch/fr)) propose des formations pour les médecins et les dentistes. Des places seront à nouveau disponibles en 2025.
- Atelier d'une journée à l'Hôpital de l'Île: communication hypnotique avec des enfants et des adolescents à l'hôpital, le 20 août 2024. <https://kindernotfallzentrum.insel.ch/de/lehre-und-forschung/aus-und-weiterbildung-simulation/hypnotische-kommunikation>.

gant imaginaire et le place dans la main de Jazzy. Elle lui dit qu'elle peut le garder: «Chaque fois que tu en auras besoin, il sera là pour toi. Il est à toi.»



#### Références

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





© Irina Felzina / Dreamstime

Le suicide assisté est une réalité en Suisse depuis des décennies.

## Deux arrêts du Tribunal fédéral font jurisprudence

**Assistance au suicide** Selon les directives de l'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM), l'assistance au suicide de personnes «en bonne santé» est éthiquement indéfendable. Or, comment une personne qui souhaite mourir peut-elle être considérée comme étant en bonne santé? Le Tribunal fédéral a rendu récemment deux arrêts sur l'assistance au suicide qui soulèvent des interrogations quant à leurs conséquences pour la FMH.

Le 13 mars 2024, en prononçant un second acquittement, le Tribunal fédéral a mis fin à la procédure pénale à l'encontre du médecin genevois Pierre Beck. Il lui était reproché d'avoir aidé illégalement une femme de 86 ans «en bonne santé» souhaitant mettre fin à ses jours en compagnie de son mari gravement malade dans le cadre d'un accompagnement au suicide. Dans un premier acquittement, le Tribunal fédéral avait constaté qu'il n'en résultait aucune violation de la loi sur les produits thérapeutiques. Le deuxième acquittement a constaté la même chose en ce qui concerne la loi sur les stupéfiants. Le Ministère public genevois était d'avis que Pierre Beck devait être puni pour ne pas avoir respecté les directives de l'ASSM, intitulées «Attitude face à la fin de vie et à la mort».

D'un point de vue médical, il convient tout d'abord de noter qu'aucun des tribunaux impli-

qués n'avait remarqué l'inexactitude de l'affirmation selon laquelle la dame accompagnée d'un suicide était en bonne santé. En effet, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) stipule que la santé exige «un état de complet bien-être physique, mental et social». Celui qui souhaite mourir est privé de cet état. Cette distinction est d'ailleurs également absente des directives de l'ASSM et donc du Code de déontologie de la FMH.

### Quels enseignements faut-il tirer?

En tant que médecin, je considère que cette condition: «L'assistance au suicide pour les personnes en bonne santé n'est pas considérée comme justifiable d'un point de vue éthique au sens des présentes directives», contenue dans les directives de l'ASSM, était et reste indéfendable.

L'affirmation selon laquelle l'assistance au suicide n'est pas une activité médicale devrait

également être vérifiée. En effet, comme nous l'avons expliqué, si les personnes qui souhaitent mourir doivent être considérées comme des personnes non saines au sens de la définition de l'OMS, l'aide et l'assistance médicales sont un devoir, voire une obligation. La question de savoir s'il existe d'autres options valables et raisonnables au lieu d'une fin de vie prématurée envisagée est particulièrement importante. Si l'on part du principe qu'il est également du devoir du médecin de réduire la souffrance, on peut par ailleurs considérer qu'un tel soulagement consiste à donner la possibilité à une personne de mettre un terme à sa vie en douceur et de ne pas devoir recourir à des moyens violents, douteux et peu sûrs.

À l'échelle internationale, un ancien médecin australien s'efforce de rendre accessible à tous un dispositif d'assistance au suicide. Celui-ci permet aux personnes souhaitant se donner la mort de s'enfermer dans une installation technique dans laquelle l'azote remplace l'air, ayant pour conséquence l'asphyxie. Avec cette évolution, les personnes souhaitant mourir peuvent se passer de conseils et d'un accompagnement médical. Une telle situation est toutefois préférable à celle dans laquelle les médecins – en particulier ceux qui ont déjà une grande expérience de la vie et de la profession (il peut s'agir surtout de retraités qui, sans être soumis à la pression de leur cabinet, souhaitent encore aider des personnes) – sont à la disposition de ces personnes pour leur éviter de prendre des décisions hâtives et pour leur permettre de s'en aller dignement de manière anticipée, ce qui est justifié aux yeux des personnes concernées.

Le suicide assisté est traité comme un «corps étranger» par l'ASSM et la FMH, alors qu'il est une réalité suisse depuis des décennies et qu'il fait partie de différentes options d'aide à la fin de la souffrance, dont font également partie, par exemple, la sédation palliative, l'interruption de traitement et l'accompagnement en fin de vie.

Il faut donc espérer que la FMH revoie bientôt sa position actuelle – quelle n'a d'ailleurs jamais tenté d'imposer concrètement à ses membres, contrairement à l'affirmation selon laquelle elle serait «applicable» – et quelle invite le corps médical à reconsidérer de son côté sa réserve actuelle.

*Le Dr méd. Martin M. Guggenheim détient l'autorisation de pratiquer à son adresse privée à Uetikon a. S. Il exerce depuis dix ans dans le domaine de l'accompagnement en fin de vie et du suicide assisté, a donné plusieurs conférences dans le cadre de podiums de l'Université de Saint-Gall sur la capacité de discernement et suit une formation continue.*

POTASSIUM HAUSMANN®

# ION

L'ION POSITIF PUISSANT  
en cas d'hypokaliémie

- Pour une substitution efficace en cas de déficit potassique<sup>1,2</sup>
- Seule substitution de potassium par voie orale pour l'adulte à être prise en charge par les caisses-maladie<sup>1,2,3</sup>
- KCl Retard Hausmann® comprimés retard et Potassium Hausmann® comprimés effervescents – deux formes galéniques adaptées à la situation métabolique<sup>1,2</sup>

Plus «d'énergie»  
pour les  
choses importantes  
de la vie!

#### Références

1) Information professionnelle Potassium Hausmann® comprimés effervescents sous [www.swissmedicinfo.ch](http://www.swissmedicinfo.ch) 2) Information professionnelle KCl Retard Hausmann® comprimés retard sous [www.swissmedicinfo.ch](http://www.swissmedicinfo.ch)  
3) [www.spezialitaetenliste.ch](http://www.spezialitaetenliste.ch). Nous mettons à disposition toutes les références sur demande.

**KCl retard Hausmann®, comprimé retard.** C: préparation potassique acidifiante. Comprimé retard 745,5 mg de chlorure de potassium correspondant à 10 mmol de potassium resp. 391 mg de potassium. I: substitution de potassium en cas de déficit potassique avec tendance à l'alcalose ou avec une alcalose métabolique hypochlorémique concomitante, p. ex. lors d'abus de laxatifs; déficience potassique consécutive au traitement salidiurétique ou abus (œdème, hypertension, cirrhose hépatique ou autres atteintes hépatiques), particulièrement chez les patients sous médication digitalique. PO: doses journalières > 30 mmol en 2-4 prises. Entretien: adultes: 40-80 mmol/j.; max. 150 mmol/j. Traitement: adultes: 70-100 mmol/j.; max. 150 mmol/j. Prévention: adultes: 30-50 mmol/j.; max. 150 mmol/j. Comprimés retard à prendre après les repas, sans les croquer, avec beaucoup de liquide. Aucune donnée n'est disponible pour les enfants. CI: hyperkaliémie, insuffisance rénale, oligurie, hypoaldostéronisme, déshydratation sévère, ulcères gastro-duodénaux, brûlures profondes, en association aux diurétiques d'épargne potassique, transit gastro-intestinal ralenti ou inhibé, en association aux anticholinergiques. PR: avec les patients souffrant d'insuffisance cardiaque. Les préparations potassiques peuvent potentialiser les symptômes de la maladie de Thomsen. Avant le traitement au potassium la diurèse doit être assurée. Lors de coma diabétique, le potassium ne doit être administré qu'après s'être assuré d'un traitement initial de la déshydratation, c'est-à-dire après reprise de la diurèse. EI: les affections gastrointestinales sont rares. Une hyperkaliémie peut apparaître chez les patients dont l'élimination rénale ou la distribution du potassium dans l'organisme est perturbée. IA: avec les médicaments pouvant engendrer une hyperkaliémie par rétention potassique (spironolactone, triamtérene, amiloride, canrénone), inhibiteurs ACE, glycosides digitaliques, anticholinergiques. Gross/All: une thérapie potassique peut être prescrite pendant la grossesse. Les concentrations plasmatiques de la mère doivent rester sous surveillance. Lorsque la kaliémie de la mère est normale, l'allaitement est autorisé. Liste B. Informations détaillées: [www.swissmedicinfo.ch](http://www.swissmedicinfo.ch). Titulaire de l'autorisation: Doetsch Grether SA, 4051 Bâle. Mise à jour de l'information: décembre 2021.

**Potassium Hausmann® comprimés effervescents.** C: préparation potassique alcalinisante. Comprimé effervescent: 1685,9 mg de citrate de potassium et 1444 mg d'hydrogénocarbonate de potassium correspondant à 30 mmol de potassium resp. 1172,9 mg de potassium. I: substitution de potassium en cas de déficit potassique avec tendance à l'acidose ou avec une acidose métabolique déclarée concomitante. PO: doses journalières > 30 mmol en 2-4 prises. Entretien: adultes: 40-80 mmol/j.; max. 150 mmol/j. Traitement: adultes: 70-100 mmol/j.; max. 150 mmol/j. Prévention: adultes: 30-50 mmol/j.; max. 150 mmol/j. Dissoudre les comprimés effervescents dans 1-2 dl d'eau, à avaler lentement, lors des repas. Aucune donnée n'est disponible pour les enfants. CI: hyperkaliémie, insuffisance rénale, oligurie, hypoaldostéronisme, déshydratation sévère, ulcères gastro-duodénaux, brûlures profondes, en association aux diurétiques d'épargne potassique. PR: avec les patients souffrant d'insuffisance cardiaque. Les préparations potassiques peuvent potentialiser les symptômes de la maladie de Thomsen. Avant le traitement au potassium la diurèse doit être assurée. Lors de coma diabétique, le potassium ne doit être administré qu'après s'être assuré d'un traitement initial de la déshydratation, c'est-à-dire après reprise de la diurèse. EI: les affections gastrointestinales sont rares. Une hyperkaliémie peut apparaître chez les patients dont l'élimination rénale ou la distribution du potassium dans l'organisme est perturbée. IA: avec les médicaments pouvant engendrer une hyperkaliémie par rétention potassique (spironolactone, triamtérene, amiloride, canrénone), inhibiteurs ACE, glycosides digitaliques. Gross/All: une thérapie potassique peut être prescrite pendant la grossesse. Les concentrations plasmatiques de la mère doivent rester sous surveillance. Lorsque la kaliémie de la mère est normale, l'allaitement est autorisé. Liste B. Informations détaillées: [www.swissmedicinfo.ch](http://www.swissmedicinfo.ch). Titulaire de l'autorisation: Doetsch Grether SA, 4051 Bâle. Mise à jour de l'information: décembre 2021.



Les directives de l'ASSM posent un cadre médico-éthique solide concernant l'assistance au suicide.

## L'aide au suicide: une tâche non médicale en soi

**Identité médicale** L'«aide au suicide» ou le «suicide assisté» est un sujet qui gagne en importance dans le monde entier. Si ce thème met au défi l'identité professionnelle du corps médical, il nécessite, outre un débat professionnel, un débat de société nuancé.

L'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM) salue expressément le débat public entre spécialistes à propos du suicide assisté, du moment qu'il évite la simplification abusive et la polémique, comme c'est le cas pour la contribution du Dr Martin Guggenheim (voir page 20).

Le Dr Guggenheim aborde cinq points qui concernent le travail de la Commission Centrale d'Éthique (CCE) de l'ASSM et sur lesquels je souhaite prendre position:

1. La CCE se penche régulièrement et de manière approfondie sur la question du suicide assisté depuis de nombreuses années. Cela a donné lieu à une évolution remarquable ces deux dernières décennies: les «Directives sur la prise en charge de personnes en fin de vie» de 2004 stipulaient que l'aide au suicide n'était éthiquement admissible «que lorsque la fin de vie est proche». Tenant compte des changements

sociétaux dans de nombreux pays, dont la Suisse, les directives révisées de 2018 admettent l'assistance au suicide lorsque la mort n'est pas encore imminente, mais que la «souffrance est insupportable».

La CCE ne considère donc aucunement l'assistance au suicide comme un «corps étranger» à éviter, comme le Dr Guggenheim l'affirme dans sa critique, mais bien comme un défi sociétal grandissant, auquel le corps médical doit aussi répondre en tant que membre de cette société, et de surcroît en tant que groupe professionnel responsable de la prescription des substances létales.

2. Une différence claire nous sépare de la conception défendue par le Dr Guggenheim sur la question de savoir si l'assistance au suicide est ou devrait être partie intégrante des tâches médicales. L'ASSM estime qu'un ou une médecin peut, après vérification consciencieuse de

la situation, décider de fournir une aide au suicide en prescrivant une substance létale. Nous refusons en revanche une *obligation* de le faire.

3. Ces dilemmes éthiques ne peuvent pas être résolus par une compréhension du comportement suicidaire comme toujours «pas sain», ou «pathologique», comme le mentionne le Dr Guggenheim, en s'appuyant sur la définition très large de la santé proposée par l'OMS, ceci afin de faire de l'aide médicale au suicide littéralement «une tâche, voire même un devoir» du médecin. La propension au suicide est un état, inhérent à notre *conditio humana*, qui apparaît très souvent, mais en aucun cas exclusivement, dans le contexte de maladies psychiques.

4. La position de l'ASSM, selon laquelle l'aide médicale au suicide pour les personnes en bonne santé n'est pas justifiable au sens des directives, est tout particulièrement critiquée ces derniers temps (mot clé: «fatigue de vivre»). Cependant, les directives *en soi* ne s'entendent résolument pas comme jugement éthique ou moral du suicide. Cela serait d'ailleurs présomptueux, car l'ASSM, plus exactement la CCE n'est pas l'instance décisionnelle en matière de valeurs sociales d'ordre général. Nos directives offrent un cadre médico-éthique solide aux membres du corps médical qui sont, sur le principe, disposés à pratiquer l'assistance au suicide. En revanche, le débat concernant les personnes âgées en bonne santé mais «fatiguées de vivre» ne doit pas être mené en premier lieu par le corps médical, et encore moins par lui tout seul, mais par la société dans son ensemble.

5. Le Dr Guggenheim évoque, avec une pointe critique, la discussion récemment relancée, notamment par les médias, sur un dispositif dans lequel les personnes souhaitant se suicider peuvent s'enfermer, puis trouver la mort en respirant de l'azote pur. Il va de soi que ce sujet doit faire l'objet d'un ample débat éthique. Il s'agit toutefois d'une méthode de suicide qui ne dépend d'aucune intervention médicale. C'est pourquoi il ne s'agit pas ici de questions déontologiques concernant les professions de santé, semblables à celles que l'ASSM traite dans ses directives, mais de questions socio-éthiques, d'un débat sociétal.

Prof. ém. Dr méd. Dr phil. Paul Hoff, président de la Commission Centrale d'Éthique de l'ASSM

### Ceci est votre page!

Vous pouvez nous soumettre vos textes pour la rubrique «Forum». Pour plus d'informations, veuillez consulter la page [is.gd/xmqkS5](https://www.bulletin.ch/is.gd/xmqkS5)

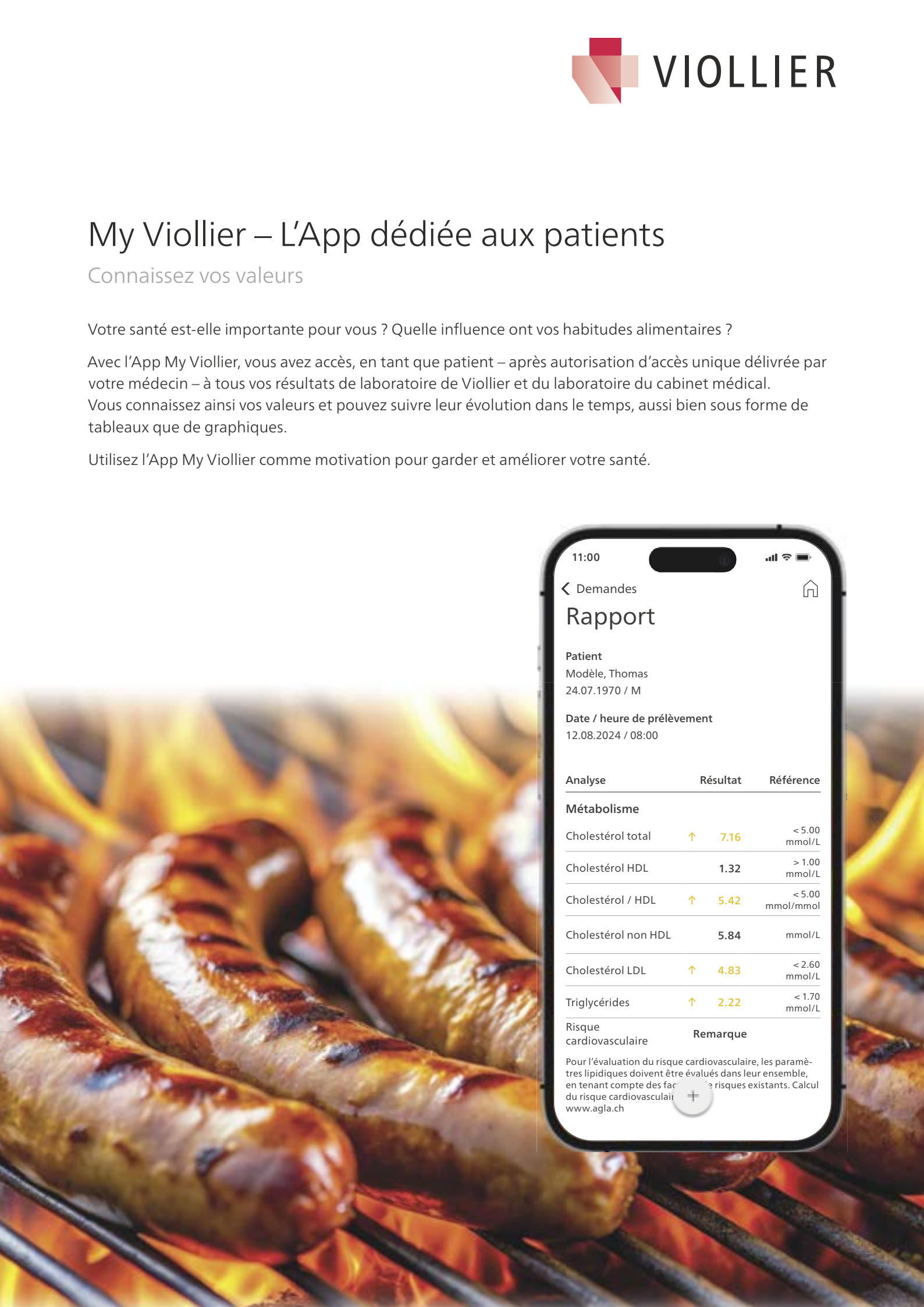
# My Viollier – L'App dédiée aux patients

## Connaissez vos valeurs

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

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

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



11:00

< Demandes 🏠

## Rapport

**Patient**  
Modèle, Thomas  
24.07.1970 / M

**Date / heure de prélèvement**  
12.08.2024 / 08:00

Analyse	Résultat	Référence
<b>Métabolisme</b>		
Cholestérol total	↑ 7.16	< 5.00 mmol/L
Cholestérol HDL	1.32	> 1.00 mmol/L
Cholestérol / HDL	↑ 5.42	< 5.00 mmol/mmol
Cholestérol non HDL	5.84	mmol/L
Cholestérol LDL	↑ 4.83	< 2.60 mmol/L
Triglycérides	↑ 2.22	< 1.70 mmol/L
Risque cardiovasculaire	<b>Remarque</b>	
Pour l'évaluation du risque cardiovasculaire, les paramètres lipidiques doivent être évalués dans leur ensemble, en tenant compte des facteurs de risques existants. Calcul du risque cardiovasculaire <a href="http://www.agla.ch">www.agla.ch</a>		

+

# Courrier à la rédaction

## Wer meldet sich zuerst?

Brief zu: Keller WCF. Wenn jemand eine Reise tut. Schweiz Ärztztg. 2024;105(29-32):22

Vielen Dank für diesen interessanten Artikel. Dass man bei einem Aufruf, ob ein Arzt unter den Flugpassagieren sei, erstmal etwas wartet, ob sich nicht jemand anders meldet, scheint gar nicht so selten zu sein, obschon man aus nur zwei Fällen keine gültigen Schlüsse ziehen kann. Mir passierte etwas ähnliches vor vielen Jahren. Ich sass in Tel Aviv im Hochsommer in einer Maschine nach Paris, die zur Abflugpiste rollte und für den Start die Klimaanlage abgestellt hatte. Da kam aus dem Lautsprecher die Frage nach einem Arzt. Ich wartete etwas, ob sich nicht jemand anders melde. Das geschah aber nicht, da meldete ich mich eben nach etwa 20 Sekunden. Zuerst bat ich, den Flug noch nicht zu starten und die Klimaanlage auf Maximum einzuschalten, denn es war unerträglich heiss. Der Passagier war ein älterer Herr mit gewissen, offenbar nur leichten Herzbeschwerden, gut gefülltem, regelmässigem Puls. Nachdem die Innentemperatur gut gesenkt war und der Passagier sich wohl fühlte, gab ich das OK zum Abflug. Inzwischen hatten sich noch drei oder vier Ärzte gemeldet, die alle gewartet hatten, ob nicht ein anderer sich zuerst melde.

Dr. Peter Joel Hurwitz, Israel

## Definition eines Hospizes

Brief zu: Vallois L. Leitmotiv Liebe. Schweiz Ärztztg. 2024;105(27-28):16-20

Der Artikel von Herrn Lucas Vallois über das Maison de Tara ist berührend und wertvoll. Dennoch braucht es eine Klarstellung, was ein Hospiz im Verständnis des Dachverbandes Hospize Schweiz ist. Hospize (der Begriff ist nicht geschützt) sind Institutionen der spezialisierten Palliativ Care. Es werden schwer kranke Menschen in komplexen Situationen in ihrer letzten Lebenszeit zusammen mit ihren Angehörigen in einer wohnlichen Atmosphäre begleitet und betreut. Rund um

die Uhr stehen bestausgebildete Pflegefachpersonen zur Verfügung, die alle Anwendungen, die auch in einem Akutspital gemacht werden, umsetzen können. Ärzte, die zum Hospizteam gehören, sind rund um die Uhr erreichbar und führen mindestens zweimal die Woche eine Visite im Haus durch. Zum multiprofessionellen Team gehören auch Seelsorgende und Psychotherapeuten, die zusammen mit ergänzenden Angeboten (Musik- und Kunsttherapie) die Betroffenen und ihre Angehörigen begleiten. Natürlich sind auch Freiwillige in einem Hospiz eine wichtige Gruppe Menschen, die sehr unterstützend wirken. Diese Klarstellung einiger Grundelemente eines Hospizes ist wichtig, da gerade in der Ärzteschaft noch ein grosses Unwissen herrscht, was in einem Hospiz angeboten und umgesetzt wird. Dass die Finanzierung aller palliativen Angebote in der Schweiz auch nach 15 (!) Jahren immer noch nicht geklärt und gelöst ist, zeigt auf, wie wichtig die Definition eines Hospizes ist, damit die erbrachten Leistungen endlich auch vergütet werden. Hospize vermögen die Gesundheitskosten zu senken, da das Sinnvolle und nicht das Machbare umgesetzt wird. Und die Patienten in der privaten Atmosphäre eines Hospizes Zeit und Raum für Begegnung und Abschied haben, was auch den Angehörigen zugutekommt. Eine Institution, in der eine «häusliche Pflege» von Freiwilligen erbracht wird, ist somit kein Hospiz im Sinne eines Kompetenzzentrums für spezialisierte Palliative Care.

Dr. med. Sibylle Jean-Petit-Matile, Vizepräsidentin Dachverband Hospize Schweiz, Luzern

## Hype oder Hope?

Brief zu: Maurer S. Hol den Embolus. Schweiz Ärztztg. 2024;105(23):62-63

Aktuell drängen verschiedene interventionelle Verfahren für Patientinnen und Patienten mit Intermediate-High Risk und teilweise sogar High Risk auf den Schweizer Markt, mit teilweise sehr hohen Kosten. Ein Verfahren, das sogenannte FlowTrierer System, wird im oben genannten Artikel aufgrund seiner Wirksamkeit angepriesen. Die Schweizer Gesellschaft für Angiologie wird zitiert, dass randomisierte Studien mit klinischen Endpunkten belegen, dass die katheterbasierte Therapie besser als der Standard of Care ist.

Tatsache ist, dass aktuell die wohlgernehten ersten grösseren randomisierten Studien mit klinischen Endpunkten sowohl für das FlowTrierer System als auch das EKOS Sonic System gerade einmal rekrutieren [1-3]. Die einzige randomisierte Studie mit nur je 30 beziehungsweise 29 Patienten für das EKOS Sonic System hatte einen Surrogat-Endpunkt (Veränderung RV/LV-Ratio innerhalb von 24 Stunden) [4]. Weitere randomisierte Studien waren meist ähnlich klein, zeigten keinen Benefit oder hatten erneut Surrogat-Endpunkte. Es ist aus meiner Sicht kritisch zu hinterfragen, ob eine breite Anwendung dieser interventionellen Therapien, wie von Protagonisten propagiert (zum Beispiel bei allen Intermediate-High-Risk-Patientinnen und Patienten), aufgrund der aktuellen Evidenz sinnvoll ist, da diese praktisch ausschliesslich auf Surrogat-Endpunkten und observationellen Studien mit all ihren möglichen Verzerrungen und Limitationen beruht. Ähnlich enthusiastisch wurden übrigens die sogenannten «cerebral embolic protection devices» angepriesen und auch schon breit eingesetzt (mit entsprechenden Kosten, aber auch Risiken), bevor eine grosse randomisierte Studie eher enttäuschende Ergebnisse zeigte [5]. Es bleibt zu hoffen, dass den interventionellen Verfahren für Patientinnen und Patienten mit Lungenembolien ein ähnliches Schicksal erspart bleibt – ansonsten gilt: Ausser Spesen (und potenziellen Nebenwirkungen) nichts gewesen ...

PD Dr. med. Michael Osthoff, Binningen



### Literatur

Vollständige Literaturliste unter [www.saez.ch](http://www.saez.ch) oder via QR-Code

## Envoyer un courrier

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

[bullmed.ch/publier/remettre-un-courrier-des-lecteurs-remettre](http://bullmed.ch/publier/remettre-un-courrier-des-lecteurs-remettre)





# Hyperiplant<sup>®</sup> Rx

Extrait spécial de millepertuis WS<sup>®</sup> 5570

- Aussi efficace qu'un ISRS en cas de dépression modérée<sup>1,2</sup>
- 10x moins d'effets indésirables par rapport aux ISRS\*<sup>3</sup>  
\*Fluoxétine, paroxétine, sertraline, fluvoxamine
- Aucun allongement de l'intervalle QT<sup>4</sup>

En cas de dépression  
légère à moyenne

Extrait spécial de millepertuis WS<sup>®</sup> 5570



Admis aux caisses, liste B<sup>1</sup>

1 x prise quotidienne  
pour une observance élevée<sup>1</sup>

Double quantification<sup>1</sup>  
(hyperforine et hypéricine)

#### Information professionnelle abrégée Hyperiplant<sup>®</sup> Rx

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

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



Schwabe  
Pharma AG  
From Nature. For Health.

# Communications

## Examen de spécialiste

**Examen en vue de l'obtention de la formation approfondie en prévention et contrôle des infections dans le secteur de la santé à adjoindre au titre de spécialiste en infectiologie**

### Date

Mercredi 4 décembre 2024

### Lieu

Hôpital de l'Île Berne

### Délai d'inscription

30 août 2024

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

**Examen de spécialiste en vue de l'obtention du titre de spécialiste en chirurgie de la main**

### Date

Examen écrit: 21 mars 2025

Examen oral: 23-24 juin 2025

### Lieu

Examen écrit: 10h30-12h30 CET – en ligne via Zoom

Examen oral: Helsinki (Finlande)

### Délai d'inscription

– 30 octobre 2024: remise des documents de candidature pour la vérification des conditions d'admission par la Société Suisse de Chirurgie de la Main

– 30 novembre 2024 : inscription auprès de l'EBHS (l'inscription est à faire par la candidate ou le candidat même à l'aide de la recommandation qui aura été demandée au préalable)

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

## Divers

### Erratum

Dans l'article intitulé «On les croyait disparues», Bulletin des médecins suisses 2024;105(24):18-23, il était écrit à tort que la rougeole était l'exemple parfait du recul de la protection vaccinale individuelle, expliquant la potentielle hausse de la prévalence d'une maladie infectieuse. Il s'agissait en fait de la baisse de la «couverture vaccinale dans la population», qui a entraîné une recrudescence des cas de rougeole.

Annonce



## PRÉSENTATION DE LIVRE

Éditions médicales suisses EMH

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



Retrouvez ce livre ainsi que d'autres ici:  
[shop.emh.ch/collections/all](http://shop.emh.ch/collections/all)

# FMH



28

## Les médecins, pionniers méconnus de la prévention!

**Espérance de vie** La prévention est profondément ancrée dans la pratique médicale quotidienne depuis plusieurs générations, mais le temps que les médecins lui consacrent est sous-estimé. Malmenée par les restrictions tarifaires, cette médecine personnalisée a largement contribué à la croissance extraordinaire de notre espérance de vie au cours des dernières décades.

Philippe Eggimann



30

## Les obstacles à la coopération entre médecins de famille et ASD

**Soins optimaux** La collaboration entre les médecins de famille et l'Aide et soins à domicile (ASD) est cruciale, comme le soulignent Carlos Quinto, membre du Comité central de la FMH, et Gabriele Balestra, membre du comité de l'ASD. Cependant, il est urgent d'éliminer les obstacles à cette coopération, tels que l'incompatibilité des systèmes informatiques et un financement insuffisant.

Propos recueillis par Kathrin Morf et Sonia Barbosa

## FMH et SIM: formation en responsabilité civile médicale

**Responsabilité civile médicale** Le prochain module de formation de la FMH et de la SIM destiné aux expertes et aux experts en responsabilité civile médicale aura lieu le 28 novembre 2024 en allemand et le 18 septembre 2025 en français. Il portera notamment sur le devoir de diligence, l'information au patient et la documentation du dossier.

Iris Herzog-Zwitter



33



© Monkey Business Images / Dreamstime

Les médecins de premier recours consacrent depuis longtemps une large partie de leur temps de consultation à la prévention.

## Les médecins, pionniers méconnus de la prévention!

**Espérance de vie** La prévention est profondément ancrée dans la pratique médicale quotidienne depuis plusieurs générations, mais le temps que les médecins lui consacrent est sous-estimé. Malmenée par les restrictions tarifaires, cette médecine personnalisée a largement contribué à la croissance extraordinaire de notre espérance de vie au cours des dernières décades.



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

**T**elle l'Arlésienne d'Alphonse Daudet [1], récurrente dans les débats sur les coûts de la santé, la prévention est dénoncée comme le parent pauvre du système de santé.

Selon l'OBSAN, seules 1,6% (1,4 milliard) des dépenses de santé en 2021 ont été consacrées à la promotion de la santé et à la prévention. Elles sont réparties comme suit: AOS 3,5%; AA 13%; collectivités 44,5% (communes 3,7%, cantons 13,7%, Confédération 27,1%); financement privé 39% [2].

La rhétorique des détracteurs de l'organisation actuelle de notre système de santé,

envié loin à la ronde grâce à son accessibilité et à la qualité élevée de ses prestations, consiste à en rejeter la responsabilité sur le corps médical, accusé de concentrer la pratique médicale sur la prise en charge thérapeutique, de placer les prestations au premier plan, de les surindiquer et de les surfacturer.

### Prévention médicale personnalisée

Mais comme Monsieur Jourdain, qui découvrait dans «Le Bourgeois gentilhomme» de Molière qu'il faisait de la prose sans le savoir [3], force est de constater que les médecins ont

depuis longtemps intégré la prévention dans leur pratique quotidienne.

Les médecins de premier recours y consacrent une large partie de leur temps de consultation. Anamnèse et habitus permettent de déceler les facteurs de risque des principales affections chroniques telles que le diabète ou l'hypertension, regroupées sous l'acronyme de maladies non transmissibles (MNT) [4]. Limiter leur impact par des explications, des conseils et des mesures personnalisées est au cœur de cette prévention. Prévenir les maladies transmissibles par des mesures d'hygiène et par la vaccination est une évidence intégrée à la pratique médicale depuis plus longtemps encore.

## Largement intégrée dans la pratique médicale, la prévention personnalisée a contribué à augmenter l'espérance de vie.

La prévention concerne de nombreux autres domaines, tels que la gynécologie, l'obstétrique, la gastroentérologie, ou encore l'ophtalmologie ou l'urologie. Autant de spécialités dans lesquelles la prévention et/ou la détection précoce/le dépistage occupent une part importante de l'activité. La prévention vise à prévenir le développement de pathologies vers des formes plus sévères, avec une prise en charge plus coûteuse et un risque d'échapper aux traitements. Elle repose sur des examens cliniques et/ou biologiques, dont les coûts doivent être vus comme des investissements, qui permettent d'éviter des atteintes plus graves et de réduire les coûts.

La prévention personnalisée est intégrée dans la pratique médicale depuis plusieurs générations. Elle a largement contribué à la croissance soutenue de l'espérance de vie, qui dépasse désormais ce qui semblait impossible à nos arrière-grands-parents.

### D'autres acteurs de la prévention

Les assistantes et assistants médicaux jouent un rôle central dans l'accompagnement des patients à travers leur parcours clinique. Chevilles ouvrières des cabinets médicaux, leur engagement garantit la coordination indispensable entre le patient, le médecin et les intervenants externes, tels que les soins à domicile (cf. article de l'ASD en page 30).

C'est également le cas d'autres professionnels de la santé. Pharmaciens, physiothérapeutes, psychologues, etc., dont les efforts de prévention peinent également à être reconnus. Ces professions font aussi face à des structures

tarifaires inadaptées, qui ne tiennent plus compte de la réalité clinique.

### Un tarif qui intègre la prévention

Obsolète, le TARMED ne prend pas suffisamment en compte les activités dédiées à la prévention. La situation s'est aggravée depuis les modifications imposées par le Conseil fédéral en 2018. Malgré l'introduction de positions tarifaires spécifiques pour la prise en charge de patients de moins de 6 ans et/ou de plus de 75 ans par les médecins de premier recours, la limitation du temps de consultation à 20 minutes a réduit le temps consacré à la prévention.

Il n'y a pas de baguette magique! Ce n'est que par la conjonction d'une série d'évolutions du cadre d'exercice des médecins et des autres professionnels de la santé qu'il sera possible de maintenir une prévention personnalisée, voire de la renforcer.

C'est aussi pour cela qu'il est urgent d'introduire le TARDOC et les forfaits ambulatoires. Les développements tarifaires bloqués par les reports successifs de l'entrée en vigueur du TARDOC depuis 2019 nourrissent une bombe à retardement. La mise en œuvre du TARDOC dès le 1<sup>er</sup> janvier 2026 permettra de reprendre les négociations pour valoriser les activités préventives existantes et les développer.

### La prévention en perspective

Il s'agit également de prendre en compte l'augmentation de la demande de prestations médicales en raison du vieillissement de la population, aggravée par le fait que les prestataires qui cessent leur activité deviennent à leur tour des consommateurs.

## Obsolète, le TARMED prend mal en compte les prestations dédiées à la prévention. Le TARDOC permettra de les développer.

Pour garantir la pérennité des mesures préventives personnalisées actuellement réalisées par les médecins, il est nécessaire de les inclure dans les cursus de formation des professions non médicales qui entrent progressivement dans le champ de la pratique médicale.

C'est dans cette perspective que la FMH travaille avec les associations professionnelles des infirmières et infirmiers en pratique avancée (IPA), des assistantes et assistants cliniques (Physician Associates, PA) et des assistantes et assistants médicaux (AM) à l'élaboration d'un concept de formation qui permette de garantir que leurs activités préventives seront effec-

tuées selon les standards de la pratique médicale. Comme pour les étudiants en médecine et un nombre croissant de spécialités médicales, c'est sur l'acquisition de compétences (entrustable professional activities, EPA) que repose ce concept. Définies avec les sociétés de discipline médicale, des EPA spécifiques concernant la prévention médicale pourront être acquises par d'autres professionnels de la santé. Le nombre d'EPA requis sera croissant pour les AM, les PA, les IPA et les autres professions définies par la loi sur les professions de la santé et celle sur les professions médicales universitaires. La définition via une systématique uniforme de compétences pour tous les professionnels de la santé sera un élément important dans le développement de positions tarifaires correspondantes.

## La prévention doit être incluse dans la formation des professions non médicales qui entrent dans la pratique médicale.

### «Apple a day keeps doctor away»

Ce proverbe anglo-saxon [5] reflète bien le paradigme de la prévention dans le domaine de la santé. Une partie des mesures préventives reconnues comme étant efficaces ne relève pas du domaine médical, mais de notre mode de vie et de l'organisation de notre société: sédentarité, pollution, excès alimentaires, sucre, tabagisme, accidents domestiques et/ou liés au sport, événements climatiques extrêmes. Ces éléments ont un impact majeur sur notre santé collective et/ou individuelle qui se traduit en coûts à la charge du système de santé. C'est donc en dehors du débat sur l'organisation du système de santé que ces aspects doivent être abordés et, le cas échéant, modifiés par des cadres législatifs adaptés lorsque c'est possible.



### Références

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



© Designer491 / Dreamstime

Coopérer oui, mais comment? Les médecins de famille et l'ASD s'engagent pour plus de collaboration et moins d'obstacles bureaucratiques et techniques.

# Les obstacles à la coopération entre médecins de famille et ASD

**Soins optimaux** La collaboration entre les médecins de famille et l'Aide et soins à domicile (ASD) est cruciale, comme le soulignent Carlos Quinto, membre du Comité central de la FMH, et Gabriele Balestra, membre du comité de l'ASD. Cependant, il est urgent d'éliminer les obstacles à cette coopération, tels que l'incompatibilité des systèmes informatiques et un financement insuffisant.

Propos recueillis par Kathrin Morf<sup>a</sup> et Sonia Barbosa<sup>b</sup>

<sup>a</sup> ASD; <sup>b</sup> FMH

Cet article est le fruit d'une coopération entre la FMH et Aide et soins à domicile Suisse et paraît dans le Bulletin des médecins suisses et dans le Magazine ASD.

**FMH/ASD: Quelle est l'importance du partenariat entre les quelque 7500 médecins de famille et les quelque 2700 prestataires d'aide et de soins à domicile pour que le système de santé puisse faire face à l'augmentation fulgurante de la demande en matière de prestations ambulatoires [1]?**

*Gabriele Balestra:* L'étroite collaboration entre les médecins de famille et les services d'aide et de soins à domicile est extrêmement importante – notamment en raison de l'augmentation du nombre de cas ambulatoires complexes.

*Carlos Quinto:* Un partenariat aussi étroit, centré sur les patientes et patients communs, est indispensable à une bonne prise en charge. La clé de cette collaboration est la confiance mutuelle.

*Gabriele Balestra:* L'organisation d'aide et de soins à domicile de Locarno (ALVAD), dont je suis le directeur, favorise cette confiance en ayant

par exemple trois médecins de famille parmi les sept membres du comité. Nous travaillons aussi à l'amélioration de la communication avec les médecins de famille.

**Cette communication, qui commence souvent par l'orientation des patientes et patients vers l'aide et les soins à domicile via OPAN CARE [2], est perçue comme un défi. Où est-ce que ça «coince»?**

*Gabriele Balestra:* Il manque souvent des données relatives aux patientes et patients et des listes

de médicaments. De plus, l'ASD devrait pouvoir compter sur la disponibilité des médecins de famille, surtout dans les situations de soins instables. L'ALVAD a amélioré sa joignabilité en communiquant les coordonnées de tous les responsables de cas aux médecins de famille compétents et en gérant un service de piquet pour les demandes médicales en dehors des heures de bureau.



### «Pour un échange optimal des données, il faudrait miser sur une plateforme numérique commune.»

**Carlos Quinto**

Membre du Comité central de la FMH

*Carlos Quinto:* J'ai tellement de travail pendant la journée que je ne vérifie souvent mes e-mails qu'après 19 heures. Je recommande donc de téléphoner pour les demandes urgentes. L'ASD peut ainsi atteindre à coup sûr une assistante médicale (AM) ou une coordinatrice en médecine ambulatoire (CMA), qui peut elle-même apporter son aide ou me solliciter. Pour un échange optimal des données, il faudrait miser sur une plateforme numérique commune – et non pas, comme aujourd'hui, sur de nombreux systèmes informatiques incompatibles.

**Cette incompatibilité est considérée comme un obstacle aux soins intégrés. Le dossier électronique du patient (DEP) devrait y remédier. Mais nombre d'établissements ou de régions misent encore sur des solutions individuelles. Plaidez-vous pour un système national, voire imposé par l'État?**

*Carlos Quinto:* Les cantons et la Confédération devraient veiller à la mise en place d'une norme nationale pour l'échange de données de santé structurées. Par exemple, le gouvernement danois a choisi un système existant et l'a déployé dans tout le pays de manière obligatoire et l'a financé par l'État. En Suisse, en revanche, il existe de nombreux systèmes incompatibles et, avec le DEP, la Confédération met en place un système parallèle coûteux qui ne fonctionne pas actuellement. C'est pourquoi nous, les fournisseurs de prestations, devons transférer de nouvelles informations dans de nombreux systèmes différents, en contradiction avec le principe du «once only».

*Gabriele Balestra:* Une bonne plateforme nationale fonctionnelle améliorerait considérablement la coordination et la sécurité des patientes et patients. Toutefois, il me semble plus réaliste de viser une norme nationale pour les interfaces entre les différents systèmes informatiques. En l'absence d'une telle norme, nous devons au

moins travailler à de bonnes solutions régionales plutôt que d'attendre. C'est pourquoi l'ALVAD a permis aux médecins de famille d'accéder à nos dossiers patients électroniques via une application, qui reste cependant peu utilisée. Une solution d'interface pour l'ensemble de la région sanitaire serait encore mieux.

**De tels projets intégrés ne sont-ils pas entravés à maints endroits par une pensée cloisonnée, qui s'oriente vers des intérêts particuliers et d'anciennes hiérarchies?**

*Gabriele Balestra:* Un changement de culture vers une pensée intégrée est nécessaire dans de nombreux endroits. L'ASD doit également rechercher l'échange avec les médecins de famille par conviction, par exemple en organisant des discussions de cas en commun et des cercles de qualité.

*Carlos Quinto:* Heureusement, ce changement culturel est déjà en cours. Par exemple, une culture intégrée est enseignée dans les facultés de médecine. Il est d'autant plus important que le financement ne rende pas les soins intégrés impossibles.

**Le manque de financement freine-t-il actuellement les soins intégrés?**

*Gabriele Balestra:* Du côté de l'ASD, certainement. Bien que la coordination soit incluse dans l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS), beaucoup de caisses-maladie ne reconnaissent pas la nécessité de nos prestations de coordination. Elles ne voient pas qu'une bonne coordination signifie à long terme une mesure d'économie pour le système de santé, car elle permet par exemple d'éviter des hospitalisations. L'ASD doit s'engager avec force pour améliorer cette situation.

*Carlos Quinto:* Une bonne coordination est essentielle pour la qualité des soins. C'est pourquoi les limites de temps introduites en 2018 par la Confédération pour les médecins de famille ont été une énorme erreur. En effet, nous ne disposons désormais que de 30 minutes par trimestre et par patient pour la coordination. C'est loin d'être suffisant pour des mesures telles que les tables rondes ou les visites interprofessionnelles à domicile. TARDOC pourrait améliorer cette situation dès 2026 [3].

**Outre le financement, le manque de personnel qualifié dans les deux secteurs est aussi vu comme un obstacle à la coordination. À juste titre?**

*Carlos Quinto:* Des évolutions telles que la pénurie de personnel qualifié ou la pénurie de médicaments font que les médecins de famille sont très sollicités en termes de temps. Pour lutter contre la pénurie de personnel qualifié, la Confédération et les cantons doivent développer

## Nouvelle gestion des déclarations des besoins

La mise en œuvre de la 1<sup>ère</sup> étape de l'initiative «Pour des soins infirmiers forts (initiative sur les soins infirmiers)» permet notamment de facturer directement certaines prestations de soins: depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2024, les professionnels des soins et les organisations d'aide et de soins à domicile peuvent facturer les prestations d'évaluation, de conseil, de coordination (OPAS-A) et les soins de base (OPAS-C) sans mandat médical ou prescription médicale. Si l'évaluation des besoins et la planification des soins ne révèlent pas la nécessité de prestations OPAS-B (soins de traitement), il n'y a plus besoin de la signature du médecin. Le corps médical doit toutefois être informé de toutes les mesures prises.

la capacité de formation à l'intérieur du pays, revaloriser les soins médicaux de base et créer des incitations pour que les professionnels restent dans le métier.

*Gabriele Balestra:* Dans le domaine des soins, une offensive de formation est en cours dans le cadre de la mise en œuvre de l'initiative sur les soins infirmiers. D'autres mesures, comme l'amélioration des conditions de travail, suivront. Nous, les fournisseurs de prestations, ne devons pas permettre que la pénurie de personnel qualifié nous empêche d'assurer une bonne coordination. Celle-ci permet en effet d'améliorer l'efficacité des processus et d'économiser ainsi des ressources en personnel.



### «L'ALVAD a permis aux médecins de famille d'accéder aux dossiers patients électroniques via une app.»

**Gabriele Balestra**

Vice-président d'Aide et soins à domicile Suisse

**Une autre solution possible pour améliorer la coordination consiste à recourir à des professionnels spécialisés qui se chargent d'assurer des transitions fluides. Quel groupe professionnel est le mieux placé pour cela?**

*Carlos Quinto:* Les AM maîtrisent bien ce rôle, surtout si elles ont suivi une formation continue de CMA à orientation clinique. Les infirmières et infirmiers de pratique avancée (APN) sont

également appropriés, notamment pour venir en appui aux médecins de famille lors des visites à domicile ou dans leur rôle de liaison avec les établissements médico-sociaux. Malheureusement, le financement du personnel non médical des cabinets médicaux est actuellement inadéquat ou inexistant.



### «Une bonne coordination est essentielle pour la qualité des soins.»

**Carlos Quinto**

Membre du Comité central de la FMH

*Gabriele Balestra:* Outre les CMA et les APN, les professionnels des soins spécialisés sont importants pour l'optimisation de la coopération. Par exemple, beaucoup d'organisations d'aide et de soins à domicile disposent de spécialistes en psychiatrie, en soins des plaies, en diabétologie et en soins palliatifs, qui peuvent travailler en étroite collaboration avec les cabinets médicaux. Malheureusement, le corps médical

ne sait pas grand-chose de la disponibilité de ces spécialistes, ce à quoi nous devons remédier.

### Considérons pour finir la bureaucratie croissante dans le secteur de la santé. Est-elle aussi un obstacle à la coordination?

*Carlos Quinto:* Oui, car la bureaucratie nous fait perdre toujours plus de temps. Exemple: depuis 2024, les médecins de famille doivent remplir deux pages A4 pour les caisses-maladie lorsqu'ils prescrivent des bas de contention. On estime que ce formulaire génère des coûts de 120 francs par cas – pour des bas qui coûtent 60 francs.

*Gabriele Balestra:* L'ASD doit aussi insister sur le fait que son personnel ne doit pas consacrer toujours plus de temps à la bureaucratie. En juillet 2024, un obstacle administratif disparaîtra tout de même: l'ASD ne devra plus obtenir la signature d'un médecin pour certaines prestations de soins (voir encadré). Néanmoins, elle devrait informer le corps médical de sa démarche afin d'assurer une bonne coordination.

*Carlos Quinto:* Je salue vivement cette avancée. La politique doit veiller à ce que les médecins de famille et tous les employés de l'ASD puissent à nouveau passer plus de temps avec

leurs patientes et patients – et moins de temps devant un écran à remplir de la paperasse.

### Correspondance

devprof[at]fmh.ch



### Références

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



**Dr méd. Carlos Beat Quinto**

est médecin de famille dans un cabinet de groupe à Pfeffingen (BL); il est également membre du Comité central de la FMH.



**Gabriele Balestra**

est directeur de l'organisation d'aide et de soins à domicile de Locarno (ALVAD) et vice-président d'Aide et soins à domicile Suisse.

Annonce

## Médecine Interne Générale

### Update Refresher

04. – 07.12.2024 Lausanne

18. – 21.03.2025 Genève

32 h

## Gynécologie

### Update Refresher

06. – 07.11.2024 Lausanne

16 SGGG | 6 SSMIG | 3 SGUM

## Médecine Interne

### Update Refresher

05. – 09.11.2024 Lausanne

40 h

## Pédiatrie

### Update Refresher

06. – 08.11.2024 Lausanne

21 h

## Médecin de famille

### Journées de formation continue

26. – 27.09.2024 Montreux

14 h

## Psychiatrie et Psychothérapie

### Update Refresher

06. – 08.11.2024 Lausanne

21 h

Présence sur place ou participation via **Livestream**

### Bonus FOMF

Code\*

INSAEZ0824



### Information / Inscription

tél. 041 567 29 80 | [info@fomf.ch](mailto:info@fomf.ch) | [www.fomf.ch](http://www.fomf.ch)

\* 20 CHF sur l'adhésion, valable jusqu'au 31.10.2024, non utilisable rétroactivement.





Le module de formation en responsabilité civile médicale aborde les principaux points d'une expertise dans ce domaine.

## FMH et SIM: formation en responsabilité civile médicale

**Responsabilité civile médicale** Le prochain module de formation de la FMH et de la SIM destiné aux expertes et aux experts en responsabilité civile médicale aura lieu le 28 novembre 2024 en allemand et le 18 septembre 2025 en français. Il portera notamment sur le devoir de diligence, l'information au patient et la documentation du dossier.

**Iris Herzog-Zwitter**

Dre en droit, Service juridique de la FMH

La FMH et la Swiss Insurance Medicine (SIM) organisent un nouveau module de formation sur la responsabilité civile médicale le 28 novembre 2024 à la Clinique Hirslanden à Zurich et le 18 septembre 2025 en Suisse romande (lieu à définir). Des juristes, des spécialistes en gynécologie et désormais aussi des spécialistes en médecine intensive proposeront des exposés sur la responsabilité civile médicale et sur ce qui importe dans l'évaluation de cas. Les points essentiels de l'activité d'expert, des approches novatrices et des exemples de cas seront discutés sous un angle interdisciplinaire.

## La FMH et la SIM proposent une formation pour les experts en responsabilité civile médicale.

### Objectif de la formation

Ce module de formation continue permettra aux médecins d'approfondir leurs connaissances juridiques dans ce domaine. Il vise à transmettre, à l'aide de vignettes cliniques, la terminologie juridique relative à la responsabilité civile médicale et les exigences liées à la rédaction d'une expertise dans ce domaine. Les experts doivent exécuter leur mandat avec la diligence contractuelle requise, sur la base de leurs compétences professionnelles. Selon la jurisprudence, les juristes doivent examiner l'exhaustivité, la compréhensibilité et la cohérence des dires des experts lors de procès en responsabilité. La formation sera ainsi focalisée sur l'activité des experts en droit privé, qui diffère du domaine des assurances sociales, c'est-à-dire assurance-invalidité et assurance-accidents.

### Contenu du module

En pratique, la jurisprudence en matière de responsabilité civile médicale est indissociable de l'activité d'expert. Pour établir une expertise dans les règles de l'art, il est donc important de la connaître. Elle s'exprime au travers d'arrêtés de principe qui établissent les paramètres relatifs au droit de la responsabilité médicale et déterminent ce qui est attendu d'une expertise.

Les thèmes relevant de la responsabilité médicale, à savoir le devoir de diligence, le devoir d'information et l'obligation de documentation des médecins, sont au cœur de cette jurisprudence. Ces aspects concernent non seulement les auteurs d'expertises, mais aussi tous les médecins qui traitent leurs patients [1].

Dans le contexte général de la médecine des assurances, l'appréciation de l'erreur médicale est l'un des points centraux du travail de

## Formation en français

La prochaine formation en français de la FMH et de la SIM pour les experts en responsabilité civile médicale aura lieu le 18 septembre 2025 en Suisse romande.

l'expert. «Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, le devoir de diligence du médecin est généralement déterminé par les circonstances du cas d'espèce, notamment par la nature de l'intervention ou du traitement, les risques qui y sont liés, la marge d'appréciation et d'évaluation dont dispose le médecin, ainsi que les moyens et l'urgence de la mesure médicale. Le médecin doit faire preuve de la diligence requise par les circonstances et que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Il n'est cependant pas tenu de répondre des dangers et des risques inhérents à tout acte médical et à la maladie en tant que telle. De plus, le médecin dispose sou-

## La qualité des expertises est étroitement liée à la sécurité des patients et à la sécurité juridique.

vent d'une certaine marge de manœuvre, tant dans le diagnostic que dans la détermination des mesures thérapeutiques ou autres. Le médecin ne viole son devoir de diligence que lorsqu'il pose un diagnostic ou choisit une thérapie ou une autre procédure qui, selon l'état général des connaissances professionnelles, n'apparaît plus comme justifiable et ne satisfait donc pas aux exigences objectives de l'art médical [2].»

## La jurisprudence jette les bases pour établir une expertise répondant aux exigences.

L'expertise conjointe de la FMH est un autre point essentiel qui sera abordé au cours de la formation [3]. Elle offre un modèle souple, extrajudiciaire, permettant de clarifier oralement les faits médicaux et de répondre aux questions en lien avec un cas de responsabilité civile médicale en réunissant directement toutes les parties et les personnes impliquées. Lancée tout d'abord sous la forme d'un projet pilote de 2019 à fin 2023, elle a été introduite le 1<sup>er</sup> janvier 2024 de manière définitive dans la procédure d'expertise de la FMH.

## Prochain cours

Lieu: Clinique Hirslanden à Zurich

Horaire: 15h-21h

Les frais de participation s'élèvent à 500 francs et incluent une collation.

L'ISFM et la SIM attribuent 6 crédits pour cette formation. Pour de plus amples renseignements sur la formation et les modalités d'inscription, veuillez vous rendre sur le lien suivant: [is.gd/nhfqXL](https://is.gd/nhfqXL)

Les obstacles pratiques qui se dressent sur les chemins d'une expertise seront présentés du point de vue d'une avocate. La formation s'achèvera sur les questions relevant de la communication et par une table ronde sur les conditions à respecter pour réaliser une expertise dans les règles de l'art.

**Correspondance**  
[iris.herzog\[at\]fmh.ch](mailto:iris.herzog[at]fmh.ch)



### Références

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

1\* par semaine

# mounjaro®

(tirzepatide) injection

NOUVEAU

## MAINTENANT APPROUVÉ

pour la régulation chronique du poids  
EN CAS D'OBÉSITÉ  
OU DE SURPOIDS<sup>1</sup>



**Premier et unique  
agoniste des récepteurs  
GIP/GLP-1<sup>1</sup>**



**Réduction  
significative du poids  
jusqu'à -23.6 kg  
(22.5%)<sup>2,+,\*</sup>**



**Améliorations  
cardiométaboliques<sup>2</sup>**  
Amélioration de la pression artérielle,  
des taux de triglycérides et de cholestérol  
HDL et LDL

+ Avec Mounjaro® 15 mg vs placebo après 72 semaines.<sup>2</sup>

\* Tous les participant-e-s ont bénéficié d'une intervention sur leur mode de vie, notamment d'un régime hypocalorique (-500 kcal/jour) et d'une activité physique accrue (≥150 min/semaine).<sup>2</sup>

**GIP** = polypeptide insulino-trope dépendant du glucose; **GLP-1** = glucagon-like peptide 1; **HDL** = Lipoprotéines de haute densité; **LDL** = Lipoprotéines de faible densité.

**1.** Information professionnelle Mounjaro®, www.swissmedicinfo.ch. **2.** Jastreboff AM et al; SURMOUNT-1 Investigators. Tirzepatide Once Weekly for the Treatment of Obesity. N Engl J Med. 2022;387(3):205-216.

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

**Mounjaro®** (tirzepatide)

**I:** Diabète de type 2: 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. Régulation chronique du poids: Mounjaro est indiqué en complément d'un régime hypocalorique et d'une augmentation de l'activité physique dans la régulation chronique du poids, notamment pour la perte de poids et le maintien du poids, chez des adultes avec un indice de masse corporelle (IMC) initial : ≥ 30 kg/m<sup>2</sup> (obésité) ou ≥ 27 kg/m<sup>2</sup> et < 30 kg/m<sup>2</sup> (surpoids) en présence d'au moins une comorbidité due au poids (par exemple, une hypertension artérielle, une dyslipidémie, un syndrome d'apnées obstructives du sommeil, une maladie cardiovasculaire, un prédiabète ou un diabète de type 2). **Po/ME:** La dose initiale de tirzepatide 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/MG:** 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 tirzepatide. Ces patients ne doivent recevoir un traitement par tirzepatide qu'après un examen approfondi du rapport bénéfice-risque. Tirzepatide 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 tirzepatide en association avec une sulfonurylée ou de l'insuline, le risque d'hypoglycémie peut augmenter. L'utilisation de tirzepatide 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. Tirzepatide retarde la vidange gastrique. Une pneumonie par aspiration a été rapportée chez des patients qui recevaient des agonistes du GLP-1 à longue durée d'action et subissaient une anesthésie générale ou une sédation profonde. Ceci doit être pris en compte avant de telles procédures. Tirzepatide n'a pas été étudié chez les patients atteints de maladies gastro-intestinales sévères, y compris la gastroparésie sévère, et doit par conséquent être utilisé avec prudence chez ces patients. Tirzepatide doit être utilisé avec prudence chez les patients atteints de rétinopathie diabétique non proliférante nécessitant un traitement aigu, 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:** Tirzepatide retarde la vidange gastrique, mesurée par la pharmacocinétique du paracétamol, affectant ainsi potentiellement l'absorption de médicaments oraux concomitants. L'utilisation de tirzepatide peut diminuer l'efficacité des contraceptifs hormonaux oraux. **GA:** Tirzepatide ne doit pas être utilisé pendant la grossesse. Il faut décider si arrêter l'allaitement ou l'utilisation de tirzepatide, compte tenu des avantages de l'allaitement pour l'enfant et des avantages de la thérapie pour la femme. Tirzepatide ne doit pas être utilisé pendant la grossesse pour une réduction pondérale. **EI:** Très fréquents et fréquents : nausées, diarrhée, hypoglycémie, état vertigineux, hypotension, réactions d'hypersensibilité (parfois sévères, par exemple urticaire, eczéma), douleurs abdominales, vomissements, dyspepsie, constipation, météorisme, éructations, flatulences, reflux gastro-œsophagien, baisse de l'appétit, perte de cheveux, fatigue, réactions au site d'injection. Rares: réaction anaphylactique et angio-œdème. **P:** Mounjaro 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg, 10 mg, 12.5 mg et 15 mg 4 stylos préremplis. Mounjaro 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg, 10 mg, 12.5 mg et 15 mg en flacon ponctionnable pour usage unique. Catégorie de remise B. Pour de plus amples informations, consulter www.swissmedicinfo.ch. Eli Lilly (Suisse) SA, ch. des Coquelicots 16, CP 580, 1214 Vernier (GE). V07-2024

▼ 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.swissmedicinfo.ch.

Lilly



© Tural Mammadzada / Dreamstime

À qui a-t-on le droit de prescrire du pentobarbital de sodium? C'est sur cette question que s'est penché le Tribunal fédéral.

# Aide au suicide: précision de la jurisprudence

**LStup et LPTH** En 2021 et 2024, le Tribunal fédéral a examiné la responsabilité pénale d'un médecin ayant prescrit du pentobarbital de sodium à une femme en bonne santé. Sa conclusion: la prescription de pentobarbital à une personne en bonne santé n'est pas une question d'ordre médical ou thérapeutique, mais d'ordre éthique et moral.

Service juridique de la FMH

**E**n 2021 et 2024, le Tribunal fédéral s'est penché sur la question de l'assistance au suicide d'une femme âgée de 86 ans, capable de discernement et en bonne santé, qui désirait mettre fin à ses jours [1]. En avril 2017, elle avait ingéré une substance létale, le pentobarbital de sodium, prescrite par son médecin. Elle avait mis fin à ses jours en même temps que son époux, atteint d'une maladie incurable.

À l'occasion de ces deux arrêts, le Tribunal fédéral a effectué une appréciation globale arrivant à la conclusion qu'en prescrivant du pentobarbital de sodium à cette femme en bonne

santé, le médecin n'avait enfreint ni la loi sur les produits thérapeutiques (LPTH) ni la loi sur les stupéfiants (LStup), et n'était ainsi pas punissable pénalement. Dans le communiqué de presse consécutif à l'arrêt du 13 mars 2024, le Tribunal fédéral précise que: «La prescription par un médecin de pentobarbital de sodium à une personne en bonne santé ne résulte d'aucune indication médicale et ne poursuit pas un but thérapeutique. Les questions qui se posent à cet égard relèvent bien plus de l'éthique et de la morale exclusivement. Ainsi, la question de la licéité de la prescription de pentobarbital de sodium à une personne en bonne santé ne s'ap-

préhende pas en se référant à des connaissances médicales ou pharmacologiques, non plus qu'à la science en général.» [2]

## Le recours au pentobarbital de sodium

Dans les arrêts en question, le Tribunal fédéral pose avant tout la question de savoir si la prescription de pentobarbital de sodium à des fins d'assistance au suicide pour une personne en bonne santé est admissible. En tant que stupéfiant, cette substance relève à la fois de la LPTH et de la LStup. Dans ces deux procédures, il s'agissait donc d'examiner quelle loi devait être appliquée. En l'occurrence, la prescription de pentobarbital

de sodium est soumise en priorité à la LStup, «car celle-ci constitue une loi spéciale du droit sur les produits thérapeutiques et prime sur celui-ci lorsqu'il ne contient pas de réglementation ou que cette réglementation ne va pas assez loin» [3]. En vertu de la LStup, la prescription doit non seulement être conforme aux règles reconnues de la science médicale, mais il est également nécessaire que le médecin connaisse l'état de santé du patient et qu'il l'ait examiné personnellement. Le Tribunal fédéral ajoute que la prescription de cette substance à une personne en bonne santé ne doit pas être appréhendée sous l'angle de l'état des connaissances médicales ou thérapeutiques, mais relève exclusivement des conceptions éthiques et morales [4].

## La question n'est pas d'ordre médical ou thérapeutique, mais d'ordre éthique et moral.

### Le cadre légal suisse

Au-delà de la question de savoir si la prescription de pentobarbital de sodium est admissible, le Tribunal fédéral revient sur le cadre général de la pratique de l'aide au suicide en renvoyant à sa propre jurisprudence et à celle de la Cour européenne des droits de l'homme qui, toutes deux, rappellent que toute personne a le droit de décider de quelle manière et à quel moment sa vie doit prendre fin, tant qu'elle est capable de discernement [5]. En revanche, le Tribunal fédéral précise qu'il n'existe pas de «droit de bénéficiaire d'une aide au suicide, que ce soit par la mise à disposition des moyens nécessaires ou par le biais d'une aide active [...]». En ce sens, il ne s'agit pas d'un droit de mourir, mais bien plutôt d'une liberté de mourir [...]» [6].

Un État est libre d'autoriser ou non l'aide au suicide sur son territoire [7]. S'il autorise la prescription de pentobarbital de sodium, il doit fixer un cadre juridique qui, d'une part, permet de prévenir les abus et, d'autre part, offre des orientations suffisantes pour déterminer clairement l'étendue de cette possibilité [8]. Or, en Suisse, les conditions de l'aide médicale au suicide sont en partie énoncées dans les directives de l'Académie suisse des sciences médicales (ASSM) et dans le Code de déontologie de la FMH, qui n'ont pas valeur de loi.

### Au-delà du droit pénal

Dans son arrêt du 13 mars 2024, le Tribunal fédéral estime que la LStup ne permet pas de justifier la condamnation pénale d'un médecin qui a prescrit du pentobarbital de sodium à une personne en bonne santé. Ayant examiné l'af-

## Le Code de déontologie de la FMH et les directives de l'ASSM

Conformément au Code de déontologie de la FMH (CoD), le médecin a pour mission de protéger la vie de l'être humain, de promouvoir et de maintenir sa santé, de soigner les maladies, d'apaiser les souffrances et d'assister les mourants jusqu'à leur dernière heure (art. 2 CoD). «Les directives de l'ASSM «Attitude face à la fin de vie et à la mort», reprises dans le code de déontologie de la FMH le 19 mai 2022, proposent des lignes directrices adaptées à la réalité sociale actuelle à propos de plusieurs thèmes comme l'autodétermination, la souffrance et le soulagement de la souffrance, jusqu'à l'assistance médicale au suicide.» [16] Selon les directives de l'ASSM, l'assistance au suicide n'est pas défendable sur le plan médico-éthique pour les personnes en bonne santé. En revanche, elle est admissible dans le cas d'une personne capable de discernement «lorsque celle-ci souffre de manière insupportable des symptômes d'une maladie et/ou de restrictions fonctionnelles, que la gravité de ses souffrances est étayée par un diagnostic et un pronostic correspondants, que les autres options sont restées sans succès ou qu'elle les a rejetées comme étant déraisonnables. Afin de s'assurer que le désir de mourir est mûrement réfléchi et persistant, les directives stipulent désormais que le médecin doit en discuter en détail avec la personne concernée lors d'au moins deux entretiens espacés d'au moins deux semaines sauf exception justifiées.» [17]

faire uniquement sous l'angle du droit pénal, il précise bien que «l'absence de répression pénale [...] ne signifie pas encore qu'un médecin soit libre de prescrire du pentobarbital de sodium à une personne en bonne santé, sans risquer d'engager [...] sa responsabilité professionnelle, que ce soit sur le plan du droit civil ou du droit administratif» [9]. Il explique que si les règles professionnelles de l'ASSM et de la FMH n'ont pas formellement qualité de loi, «elles servent néanmoins de guide aux autorités cantonales de surveillance au moment de déterminer si le médecin a violé ses devoirs professionnels [...]» [10]. Enfin, il rappelle qu'une violation des directives de l'ASSM «Attitude face à la fin de vie et à la mort» peut avoir des suites au niveau des associations professionnelles, dans la mesure où elle constitue une infraction au Code de déontologie de la FMH, qui renvoie expressément aux directives de l'ASSM [11].

### Responsabilité civile et administrative

Le devoir de diligence des médecins joue un rôle capital tant du point de vue du droit de la surveillance que de la responsabilité civile, comme le relève le Tribunal fédéral dans son arrêt du 13 mars 2024. Selon sa jurisprudence constante, une violation du devoir de diligence ne doit être retenue que lorsqu'un traitement ou toute autre procédure n'apparaissent plus comme défendables selon l'état de la science et ne respectent donc plus les exigences de l'art médical [12].

En ce qui concerne la surveillance administrative, l'art. 40, let. a, de la loi sur les professions médicales (LPMéd) prévoit notamment que les médecins exercent leur profession avec «soin et conscience professionnelle». À propos de l'utilisation de produits thérapeutiques, la

LPT précise qu'ils sont tenus de prendre toutes les mesures requises par l'état de la science et de la technique afin de ne pas mettre en danger la santé de l'être humain et des animaux et qu'ils doivent respecter les règles reconnues des sciences médicales et pharmaceutiques [13]. C'est ici qu'interviennent les directives de l'ASSM [14]. Dès lors, on ne peut pas «reprocher aux méde-

## Si une condamnation pénale ne se justifie pas, des conséquences en droit civil ou administratif ne sont pas exclues.

cins de se reposer sur la 'base sûre' des directives de l'ASSM, d'autant plus qu'ils y sont tenus par le Code de déontologie. Même si elles ne recouvrent pas l'entier du domaine dans lequel l'assistance au suicide est légalement autorisée, elles veillent à l'intégrité de l'acte médical et en garantissent la diligence. C'est bien là leur but principal.» [15]

**Correspondance**  
lex[at]fmh.ch



### Références

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

# Nouvelles du corps médical

## Todesfälle / Décès / Decessi

*Bruno Williner* (1939), † 29.2.2024, Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, 3084 Wabern  
*Ivan Kuzmanovic* (1941), † 16.6.2024, Spécialiste en rhumatologie et Spécialiste en médecine interne générale, 1208 Genève

*Kaspar Gross* (1949), † 1.7.2024, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, 8942 Oberrieden  
*Line Restellini-Vuarambon* (1953), † 10.7.2024, Spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, 1232 Confignon

*Domenico Rinaldi* (1962), † 13.7.2024, Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, 4460 Gelterkinden

*Jean-Jacques de Riedmatten* (1935), † 16.7.2024, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, 1950 Sion

## Praxiseröffnung / Nouveaux cabinets médicaux / Nuovi studi medici

### BE

*Oliver Markus Bergamin*, Facharzt für Ophthalmologie, Mitglied FMH, augendoktor eiss AG, Bahnhofmatte 2, 3232 Ins

### GE

*Lorena Bassini*, Spécialiste en psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents et Médecin praticien, membre FMH, Place Isaac-Mercier 1, 1201 Genève

### VD

*Camille Delphine Détraz*, Spécialiste en pédiatrie, membre FMH, Avenue Claude Nobs 14, 1820 Montreux

## Ärztegesellschaft des Kantons Bern Ärztlicher Bezirksverein Bern Regio

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

*Manfred Führer*, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und Praktischer Arzt, Mitglied FMH, Chefarzt / Stv. ärztlicher Direktor, Privatklinik Wyss AG, Fellenbergstrasse 46, 3053 Münchenbuchsee

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

## Ärztegesellschaft des Kantons Luzern

Zur Aufnahme in unsere Gesellschaft, Sektion Entlebuch, hat sich gemeldet:

*Matthias Krause*, Facharzt für Radiologie, Luzerner Kantonsspital Wolhusen, Spitalstrasse 50, 6110 Wolhusen

Zur Aufnahme in unsere Gesellschaft Sektion Stadt hat sich gemeldet:

*Helena Pozgainer*, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates und Praktische Ärztin, Fusszentrum Luzern, Töpferstrasse 5, 6004 Luzern

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

## Ärztegesellschaft des Kantons Schwyz

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

*Nicole Mastrodomenico*, Fachärztin für Chirurgie, Mitglied FMH, ab 01.01.2024 zu 60%, 8808 Pfäffikon Sz.

*Wolfgang Alexander Deglmann*, Facharzt für Dermatologie und Venerologie, Mitglied FMH, ab 01.08.2024 zu 100%, 8834 Schindellegi Sz.

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

## Ärztegesellschaft Thurgau

Die Ärztegesellschaft Thurgau informiert über folgende Neuanmeldungen:

*Hanspeter Markus Betschart*, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Mitglied FMH, Sonnengarten 1, 9306 Freidorf TG

*Johanna Nele Brendgens*, Praktische Ärztin, Dorfstrasse 10b, 8576 Mauren

*Walter Funk*, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Thundorferstrasse 10, 8500 Frauenfeld

*Stephan Goppel*, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Mitglied FMH, Hauptstrasse 130, 9573 Littenheid

*Fabienne Karal*, Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe, Mitglied FMH, Im Obstgarten 3, 8596 Scherzingen

*Michaela Pankow-Rohrmann*, Praktische Ärztin, Schinenbergstrasse 1, 8274 Tägerwil

*Peter Philipp Rohr*, Facharzt für Gastroenterologie, Bahnhofstrasse 15, 8570 Weinfelden

*Steffen Maximilian Stoewer*, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Mitglied FMH, Seestrasse 32, 8598 Bottighofen

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

## Ärztegesellschaft Zug

Zur Aufnahme in die Ärztegesellschaft des Kantons Zug als ordentliches Mitglied hat sich angemeldet:

*Eveline Kruijs*, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, Mitglied FMH, Medical Services Rotkreuz, Roche Diagnostics International AG, Forrenstrasse 2, 6343 Rotkreuz  
*Andrea Gabriela Liechti-Wicki*, Fachärztin für Neurologie, Neurologische Praxis, Gartenstrasse 2, 6300 Zug

Zur Aufnahme in die Ärzte-Gesellschaft des Kantons Zug als ausserordentliches Mitglied hat sich angemeldet:

*Tyler William Swing*, Praktischer Arzt, Mitglied FMH, Medbase Zug, Baarerstrasse 53, 6300 Zug

Einsprachen gegen diese Kandidatur müssen innerhalb 14 Tagen seit dieser Veröffentlichung schriftlich und begründet beim Sekretariat der Ärzte-Gesellschaft des Kantons Zug eingereicht werden. Nach Ablauf der Einsprachefrist entscheidet der Vorstand über Gesuch und allfällige Einsprachen.



© Vittaya Sinlapisart / Dreamstime

smarter medicine soutient des projets de recherche qui étudient les problèmes liés à la surmédicalisation et aux soins inappropriés.

# smarter medicine lance un nouvel appel à projets

**Promotion de la recherche** smarter medicine s'engage depuis de nombreuses années contre la surmédicalisation et les soins inappropriés dans le système de santé suisse. Afin de soutenir des projets de recherche favorisant la qualité, l'organisation lance un nouvel appel à propositions avec une dotation allant jusqu'à 40 000 francs.

**Organisme responsable** «smarter medicine – Choosing Wisely Switzerland»

Un traitement ne doit être dispensé que s'il contribue effectivement à la santé et au bien-être des patientes et patients. L'association d'utilité publique smarter medicine adhère à ce principe depuis 2014. En encourageant la recherche sur la prise en charge optimale des patients, l'association faitière souhaite apporter une contribution supplémentaire à l'amélioration de la qualité des traitements en Suisse. En 2024, smarter medicine met ainsi à disposition une enveloppe pouvant atteindre 40 000 francs pour soutenir des projets de recherche qui étudient les problèmes observés dans le domaine de la surmédicalisation et des soins inappropriés et/ou qui proposent des moyens de les résoudre.

Lars Clarfeld, directeur de smarter medicine, explique: «Malheureusement, les projets de recherche qui étudient les effets positifs des mesures contre la surmédicalisation et les soins inappropriés sont encore trop rares. Pour remédier

à cette situation, nous souhaitons créer des incitations financières ciblées en lançant à nouveau notre propre instrument d'encouragement.»

Les candidates et candidats peuvent soumettre leurs projets en ligne jusqu'au 30 septembre 2024. Vous trouverez des informations détaillées via le code QR suivant:



**Correspondance**  
lars.clarfeld[at]sgaim.ch

**smarter medicine**

Choosing Wisely Switzerland

## À propos de smarter medicine

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

## Organisations



© Juthamat Yamuangnorn / Dreamstime

Un projet de soins anticipé permet aux patientes et patients de réfléchir à leurs préférences en matière de traitements et de soins.

# Traiter correctement les infections en fin de vie

**Projet de soins anticipé** Les personnes en fin de vie sont souvent soumises à des traitements antibiotiques inutiles, qui s'accompagnent d'effets secondaires et de la sélection de bactéries résistantes. Un projet de soins anticipé et une gestion individuelle des infections sont donc importants pour améliorer le traitement de ces patientes et patients.

**Susanne Rüfenacht<sup>a</sup>; Katia Boggian<sup>b</sup>; Mirjam Buschor-Bichsel<sup>c</sup>; Markus Diethelm<sup>d</sup>; Tamara Dörr<sup>b</sup>; Kira-Lee Koster<sup>e</sup>; Lora Thompson<sup>c</sup>; Stefan P. Kuster<sup>f</sup>; Philipp Kohler<sup>g</sup>**

<sup>a</sup> Dre méd., Infectiologie et hygiène hospitalière, Hôpital cantonal de Lucerne (Hôpital cantonal de Saint-Gall jusqu'au 31.10.2023); <sup>b</sup> Dre méd., clinique d'infectiologie, prévention des infections et médecine des voyages, Hôpital cantonal de Saint-Gall; <sup>c</sup> Dre méd., Centre de soins palliatifs, Hôpital cantonal de Saint-Gall; <sup>d</sup> Dr méd., anciennement clinique de médecine interne, Hôpital cantonal de Saint-Gall; <sup>e</sup> Dre méd., clinique d'oncologie médicale et d'hématologie, Hôpital cantonal de Saint-Gall; <sup>f</sup> Prof. Dr méd., clinique d'infectiologie, prévention des infections et médecine des voyages, Hôpital cantonal de Saint-Gall; <sup>g</sup> PD Dr méd., clinique d'infectiologie, prévention des infections et médecine des voyages

Les infections font partie des complications aiguës les plus fréquentes en fin de vie [1]. Les facteurs prédisposants sont, entre autres, l'immobilité, la malnutrition, l'immunosénescence, l'immunosuppression ou la détérioration des barrières naturelles [2, 3]. Chez les patientes et patients en fin de vie, les états in-

flammatoires non infectieux sont en outre souvent interprétés à tort comme des infections [4, 5]. Les examens et les interventions entraînent un fardeau accru pour les patientes et patients ainsi qu'une utilisation élevée et parfois inadéquate d'antibiotiques, avec des conséquences négatives [6, 7]. Un projet de soins anticipé et une gestion

optimisée des infections permettent d'y remédier et d'améliorer la prise en charge ainsi que le traitement des personnes en fin de vie.

## Projet de soins anticipé

Un projet de soins anticipé permet aux patientes et patients de réfléchir à leurs valeurs et préfé-



rences en matière de traitements et de soins en cas de maladie, d'accident ou de dépendance, et de les regrouper, avec des professionnels de la santé, en un objectif thérapeutique cohérent. Une enquête menée en 2017 a montré que de nombreuses personnes en Suisse souhaitent un projet de soins anticipé, mais que seules 8% des personnes interrogées avaient déjà discuté avec des professionnels de la santé du type de traitement et de prise en charge souhaités en fin de vie [8, 9]. Compte tenu de l'évolution démographique, le nombre de décès annuels en Suisse passera d'ici à 2040 d'un peu moins de 70 000 à 90 000 [8, 9]. Cela concerne en particulier les décès de personnes âgées. Pour environ 70% des personnes en fin de vie, le décès n'est pas inattendu, de sorte qu'il serait possible d'anticiper la prise en charge d'une grande partie des patientes et patients [10]. Ces chiffres reflètent à quel point le projet de soins anticipé est actuellement peu établi en Suisse et à quel point la demande va augmenter.

## Compte tenu de l'évolution démographique, le nombre de décès annuels passera d'ici à 2040 d'un peu moins de 70 000 à 90 000.

Depuis 2021, il existe un groupe de travail national codirigé par l'Office fédéral de la santé publique et l'Académie Suisse des Sciences Médicales, avec pour tâches de faire davantage connaître et d'améliorer l'accessibilité au projet de soins anticipé en Suisse. Le groupe de travail a publié en mars 2023 une «Roadmap pour la mise en œuvre du projet de soins anticipé en Suisse» [9], qui ébauche en douze recommandations les mesures nécessaires à l'instauration du projet de soins anticipé. Leur mise en œuvre sera élaborée au cours des deux prochaines années.

### Fixer des objectifs

L'importance des objectifs thérapeutiques individuels et de leur documentation est clairement démontrée dans la feuille de route mentionnée. Afin de fixer des objectifs thérapeutiques individuels, les médecins traitants seront chargés de discuter avec leurs patientes et patients de

## Chez les patientes et patients en fin de vie, les états inflammatoires non infectieux sont souvent interprétés à tort comme des infections.

leurs souhaits et leurs valeurs en matière de traitement. Des priorités appropriées devraient être définies, en particulier pour les objectifs individuels qui nécessitent potentiellement des mesures opposées, comme prolonger la vie ou promouvoir la qualité de vie.

Dans des situations de maladie complexes, il est recommandé de consulter des spécialistes du projet de soins anticipé et des experts en soins palliatifs. [9, 11]. Le tableau 1 contient des références pour une réflexion approfondie sur le projet de soins anticipé. Il convient de souligner que le projet de soins anticipé est un processus itératif dans lequel l'objectif thérapeutique individuel est constamment reformulé lors de discussions récurrentes.

### Aborder le scénario «Infection»

L'objectif de cet article est d'encourager les médecins à anticiper un projet de soins avec leurs patientes et patients. Il vaut la peine d'aborder le scénario «infection en fin de vie» en tant qu'événement aigu souvent létal, en particulier chez les patientes et patients souffrant d'une maladie évolutive et dont le pronostic est défavorable. L'hétérogénéité des infections possibles en termes de localisation, d'acuité, de gravité et de consé-

quences constitue un défi et rend difficile une anticipation concrète. À notre avis, la question de l'utilisation d'antibiotiques en fin de vie est dès lors trop complexe pour que la responsabilité en soit transférée aux patientes et patients et inscrite dans les directives anticipées par un simple «oui» ou «non». Nous recommandons plutôt d'évaluer, en concertation avec les personnes à traiter, à quel point les mesures diagnostiques et thérapeutiques d'une infection doivent, respectivement peuvent être invasives. La figure 1 illustre certains aspects du diagnostic et du traitement des infections liés à la charge physique et émotionnelle. Elle est conçue comme une base de discussion possible afin de mieux cerner les souhaits et les attentes des patientes et patients pour le scénario de l'infection en fin de vie.

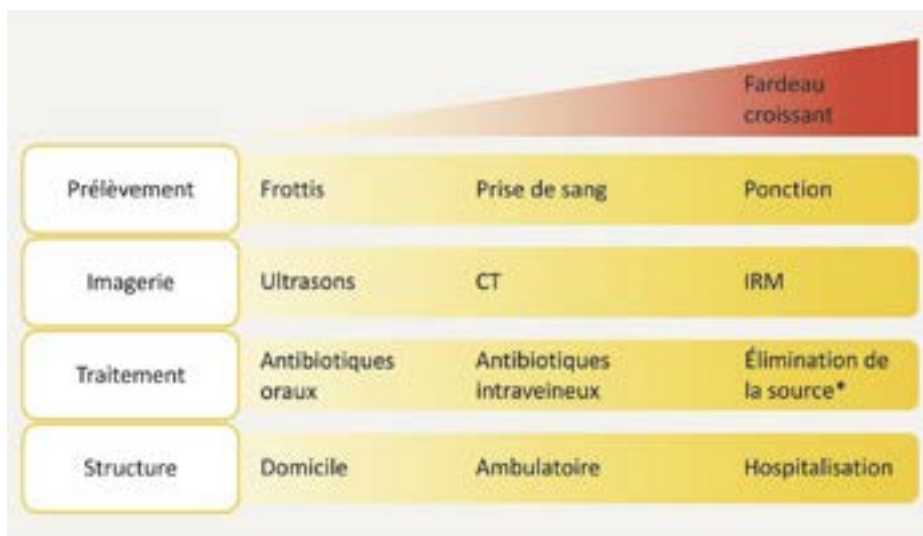
## Le diagnostic et le traitement d'une infection doivent être adaptés au contexte de vie respectif et à l'objectif thérapeutique.

La figure représente un avis d'expert, mais nous sommes conscients que le degré du fardeau est perçu diversement et de manière subjective. Notre expérience a montré que l'on accorde en particulier trop peu d'attention au contrôle de la source infectieuse. Une antibiothérapie conservatrice seule ne permet souvent pas de traiter complètement une infection pour laquelle un traitement interventionnel ou chirurgical serait nécessaire, mais que celui-ci n'est plus souhaité ou ne semble plus pertinent. Lors de l'entretien avec la patiente ou le patient, il convient donc d'attirer rapidement son attention sur l'efficacité potentiellement limitée des seuls traitements antibiotiques ainsi que sur leurs effets secondaires possibles.

Tableau 1: Références pour le projet de soins anticipé

Sujet	Référence
Groupe de travail national «Projet de soins anticipé»	Site internet de l'ASSM <a href="https://www.samw.ch/fr/Ethique/Apercu-des-themes/Projet-de-soins-anticipe.html">https://www.samw.ch/fr/Ethique/Apercu-des-themes/Projet-de-soins-anticipe.html</a>
Les «Qui, Quand, Quoi et Comment» du projet de soins anticipé	Roadmap pour la mise en œuvre du projet de soins anticipé (ProSA) en Suisse <a href="roadmap_assm_ofsp_prosa_2023.pdf">roadmap_assm_ofsp_prosa_2023.pdf</a>
Structure pour les évaluations en soins palliatifs	SENS macht Sinn – Der Weg zu einer neuen Assessment-Struktur in der Palliative Care, Steffen Eychmüller, Therapeutische Umschau 2012; 69 (2): DOI 10.1024/0040-5930/a000256 (uniquement en allemand)
Recommandations pour une communication appropriée	Erweiterte S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung <a href="https://register.awmf.org/assets/guidelines/128-001OLk_S3_Palliativmedizin_2021-03.pdf">https://register.awmf.org/assets/guidelines/128-001OLk_S3_Palliativmedizin_2021-03.pdf</a> (uniquement en allemand)

## Organisations



© Susanne Rüfenacht

**Figure 1:** Quatre aspects importants du diagnostic et du traitement des infections, avec exemples correspondants et associés, de gauche à droite, au fardeau croissant; CT, tomographie assistée par ordinateur; IRM, imagerie par résonance magnétique; \*mesures interventionnelles et chirurgicales.

### Gestion individuelle de l'infection

Nous voyons dans le projet de soins anticipé la possibilité de mieux adapter l'étendue du diagnostic et du traitement d'une infection en fin de vie au contexte de vie respectif. En fonction

de la pathologie, les infections présumées ou confirmées en fin de vie ne peuvent souvent pas être traitées selon les principes établis. Pour qu'une gestion individuelle de l'infection puisse réussir dans ces circonstances, il faut donc, en

plus d'un projet de soins anticipé, un soutien concret pour relever les défis diagnostiques et thérapeutiques spécifiques à la situation. À ce sujet, nous vous renvoyons volontiers à notre article dans le Swiss Medical Forum.

### Correspondance

susanne.ruefenacht[at]luks.ch

Lisez également à ce sujet l'article de synthèse «Infections en fin de vie: un guide pratique» à partir de la page 46.



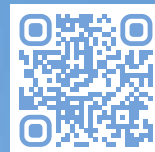
### Références

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

Annonce

# Les meilleurs pronostics pour vivre sereinement.

Réjouissez-vous de votre vie de retraité. Réglez la remise de votre cabinet ou le financement des études de vos enfants. En réinvestissant intelligemment votre capital, vous vous assurez encore plus d'indépendance financière. Faites le check-up épargne : [va-cooperative.ch](http://va-cooperative.ch)



Couverture du risque



Prévoyance



Assurance des  
Médecins Suisses  
société coopérative

Une prévoyance sûre.  
Depuis 1926.

Partenaire de

les **Assureurs-médecins**

complet, sans souci, assuré



# 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.



394

## Infections en fin de vie: un guide axé sur la pratique

**Antibiotic Stewardship** Les patientes et patients en fin de vie reçoivent souvent des antibiothérapies inutiles, qui sont associées à des effets indésirables et à la sélection de bactéries résistantes. L'objectif de cet article est de sensibiliser les médecins traitants à ce sujet et leur fournir des recommandations pratiques pour des scénarios fréquents.

Susanne Rüfenacht, Tamara Dörr et al.



400

## Prise en charge à long terme du spina bifida: Mind the gap!

**Médecine physique / réadaptation** Les enfants atteints de spina bifida survivent aujourd'hui jusqu'à un âge adulte avancé, mais les chiffres de mortalité restent décevants. Un programme de transition constitue une passerelle de la médecine pédiatrique centrée sur la personne vers la médecine adulte.

Inge Eriks-Hoogland, Moritz Schwethelm et al.



404

## Anaphylaxie IgE-médiée à la méthylprednisolone

**Allergie** Suite à un accident, une patiente de 23 ans a reçu du fentanyl, du paracétamol et du métamizole. De la clémastine et de la méthylprednisolone ont été administrées avant la réalisation d'une tomodensitométrie avec produit de contraste. Immédiatement après, une urticaire, des œdèmes palpébraux et des troubles respiratoires sont apparus.

Ulrich Mani-Weber, Jeannine Hullin et al.

## Journal Club

## Weekly Briefing

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

Rédaction scientifique Forum Médical Suisse

## Inhibiteurs de la pompe à protons

## Hémorragie gastro-intestinale et mortalité

Une revue systématique [1] ayant analysé 12 études avec un total de 9533 malades critiques fournit de bonnes preuves («high certainty») qu'un traitement par inhibiteurs de la pompe à protons réduit l'incidence des hémorragies gastro-intestinales hautes cliniquement pertinentes (risque relatif 0,51). Aucun effet n'a été observé sur le taux de pneumonies et les infections à *Clostridioides difficile* (mais: «low certainty of evidence»). De plus, il n'y avait pas d'effet sur la mortalité à 90 jours chez ces personnes gravement malades. L'étude probablement la plus importante sur ce sujet [2] a été publiée le même jour (!). Elle émane en partie des mêmes auteurs et ses conclusions ont été intégrées dans la méta-analyse. Tomorrow's news, today...

1 NEJM Evid. 2024, doi.org/10.1056/EVIDoaa2400134.

2 N Engl J Med. 2024, doi.org/10.1056/NEJMoa2404245.

Rédigé le 17.6.2024\_HU

## Diabète sucré de type 1

## Prévalence en hausse, mortalité en baisse

Le diabète de type 1, une maladie ayant un impact considérable sur l'espérance de vie? Plus maintenant, selon cette étude de population internationale portant sur des personnes de  $\geq 65$  ans de plus de 200 pays: dans ce collectif, la prévalence a augmenté depuis 1990 (400 vs. 504/100 000), mais la mortalité a diminué (4,74 vs. 3,54/100 000). Un succès de l'évolution de la médecine! Toutefois, pas partout dans le monde: dans les pays à statut socio-économique élevé, le taux de mortalité a chuté 13x plus vite. Les facteurs de risque identifiés pour les années de vie perdues en raison de problèmes de santé étaient avant tout un contrôle insuffisant de la glycémie à jeun et des températures climatiques extrêmes (conservation et efficacité de l'insuline).

BMJ. 2024, doi.org/10.1136/bmj-2023-078432.

Rédigé le 18.6.24\_HU

## Vintage Corner

## Phénotype prédictif en cas de toux chronique

Cette petite étude bien conçue – 88 personnes participantes, dont 64 femmes, âge moyen 53 ans – a montré qu'en cas de toux chronique (>8 semaines), le «postnasal drip», le reflux gastro-œsophagien et l'asthme bronchique sont les causes les plus fréquentes. Ils sont en cause chez environ 90% des personnes concernées, isolés dans environ 40% des cas, le plus souvent en combinaison. L'anamnèse concernant le caractère (par ex. paroxystique, productif), le moment (par ex. nocturne, postprandial) et les complications (par ex. syncope) n'est pour une fois pas discriminante. Le phénotype suivant constitue toutefois un engramme: antécédents négatifs de tabagisme, pas de traitement par inhibiteur de l'ECA, radiographie thoracique normale. Dans cette constellation, 99% des cas de toux chronique sont expliqués par les trois entités susmentionnées.

Arch Intern Med. 1996,

doi.org/10.1001/archinte.1996.00440090103010.

Rédigé le 17.6.24\_HU

## CME

## Hypertension artérielle résistante

- **Définition:** Pression artérielle (PA) restant supérieure à la valeur cible malgré un traitement simultané par trois antihypertenseurs de différentes classes, y compris un diurétique à la dose maximale (ou maximale tolérée). Une forme particulière rare est l'hypertension artérielle (HTA) réfractaire avec contrôle insuffisant de la PA malgré  $\geq 5$  médicaments.
- **À exclure:** Adhérence insuffisante (50% des cas!), HTA de la blouse blanche, technique de mesure incorrecte (par ex. pas de repos de 5 min avant la mesure, mauvaise taille/position du brassard).

- **Prévalence:** <10% de tous les sujets avec HTA après exclusion des sources d'erreur précitées.
- **Examens:** En présence d'une «vraie» HTA résistante, il faut rechercher des causes secondaires. Dans environ 1/4 des cas, il y a un hyperaldostéronisme primaire, moins souvent une HTA rénovasculaire (athérosclérose >> dysplasie fibromusculaire). Causes plus rares: syndrome d'apnée obstructive du sommeil, coarctation de l'aorte et troubles endocriniens tels que phéochromocytome, maladie de Cushing, hyperthyroïdie.
- **Traitement non médicamenteux:** Modification du mode de vie avec alimentation pauvre en sel, perte de poids, activité physique, réduction de l'alcool. Renoncer aux substances augmentant la PA (par ex. AINS\*, antidépresseurs tricycliques, glucocorticoïdes systémiques, ginseng, réglisse).

- **Traitement médicamenteux:** 1. Trithérapie par inhibiteur de l'ECA / sartan, antagoniste calcique, diurétique (thiazide, indapamide); 2. ajout d'un antagoniste de l'aldostérone (spironolactone, éplérénone); 3. options supplémentaires: bêtabloquant, alpha-bloquant (en CH: doxazosine), agoniste alpha d'action centrale (moxonidine). Pour améliorer l'adhérence, il faut privilégier les associations «single pill» et une administration 1x par jour.
- **Nouvelles approches:** Divers nouveaux principes actifs sont à l'étude, comme les inhibiteurs de l'aldostérone synthase ou les doubles antagonistes des récepteurs de l'endothéline. Sur le plan interventionnel, la seule méthode autorisée est la dénervation rénale.

\* AINS: anti-inflammatoires non stéroïdiens

BMJ. 2024, doi.org/10.1136/bmj-2023-079108.

Rédigé le 22.6.24\_HU

## Retour sur les numéros 21-32

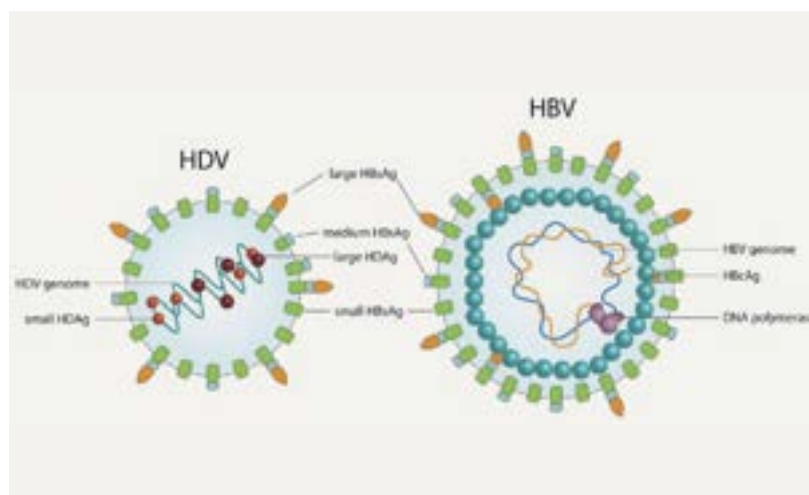
## Quelle affirmation est fausse?

1. La polyglobulie associée au tabagisme disparaît après l'arrêt du tabac.
2. Même une personne de 60 ans doit être motivée à arrêter de fumer, car cela réduit de moitié la mortalité respiratoire.
3. Infections respiratoires: le dépistage des agents pathogènes par analyse multiplex sur panel (détection simultanée de >20 bactéries et virus pathogènes) n'influence pas la pratique de l'utilisation des antibiotiques.
4. Pneumonie communautaire: en cas d'hospitalisation, la double antibiothérapie jusqu'à présent usuelle est judicieuse.
5. En cas d'insuffisance cardiaque (IC) chronique compensée, un apport en sel libéral est recommandé (10-12 g, soit 4-5 g de sodium).
6. Diurétiques de l'anse en cas d'IC: ils ne sont pertinents qu'en cas d'hypervolémie et doivent être arrêtés après l'atteinte d'une euvoémie.
7. Diurétiques thiazidiques: l'effet diurétique disparaît avec l'augmentation de l'insuffisance rénale, alors que l'effet antihypertenseur est maintenu.
8. Gale: en raison des fréquents échecs thérapeutiques sous monothérapie, une bithérapie par perméthrine locale et ivermectine systémique est recommandée.
9. Les statines augmentent l'incidence du diabète de type 2 de manière dose-dépendante et détériorent le contrôle glycémique en cas de diabète préexistant.
10. Le jeûne intermittent entraîne une perte de poids plus importante et un meilleur métabolisme du glucose qu'une alimentation normale.
11. Le taux de conversion d'une tachycardie auriculaire après une manœuvre de Valsalva est nettement plus élevé lorsque le/la patient(e) est ensuite placé(e) en position de Trendelenburg.
12. Biopsie liquide: une simple prise de sang permet de détecter l'ADN tumoral circulant, ce qui permet un dépistage précoce d'une tumeur maligne jusqu'alors inconnue.
13. Le D-mannose ne devrait pas être utilisé en prophylaxie des infections urinaires récurrentes, car la seule étude randomisée en double aveugle contrôlée contre placebo réalisée ne montre pas d'avantage en termes de récurrences, de durée des symptômes, d'utilisation d'antibiotiques ou d'hospitalisation.
14. En cas de syndrome d'hyperémèse cannabinéoïde, les troubles abdominaux sont soulagés par des douches/bains chauds.

La réponse suivra dans le prochain numéro.

Rédigé le 30.6.24\_HU et MK

## Virus de l'hépatite D



Le virus de l'hépatite D requiert l'antigène HBs du virus B pour se répliquer.

## Supériorité du traitement d'association

Le virus de l'hépatite D (VHD) n'infecte que l'être humain. Environ 10-20 millions de personnes sont infectées dans le monde, avec une forte prévalence dans certaines régions d'Amérique du Sud, d'Afrique de l'Ouest et d'Asie centrale [1]. Le VHD est un petit virus à ARN simple brin déficient de 1,7 kilobase de long. Pour sa répllication intracellulaire, il utilise l'ARN polymérase des hépatocytes. L'infection d'autres hépatocytes n'est possible qu'en présence simultanée du virus de l'hépatite B (VHB), qui met à disposition l'antigène de surface de l'hépatite B (AgHBs) en excès comme enveloppe. En cas de primo-infection simultanée par le VHB et le VHD (co-infection), une hépatite aiguë cliniquement sévère se développe, mais ne devient que rarement chronique. En revanche, en cas de primo-infection par le VHD avec une infection par le VHB préexistante (surinfection), il se produit presque toujours une infection chronique par le VHD. Il s'agit de la forme la plus sévère d'hépatite virale chronique, qui expose à un risque 2-6x plus élevé de carcinome hépatocellulaire (CHC) et à un risque 2-3x plus élevé de décès par rapport à l'infection par le VHB.

Le traitement de l'infection chronique par le VHD est décevant. L'interféron pégylé (IFN-PEG) n'est que peu efficace. Comme le VHD utilise la machinerie synthétique des hépatocytes infectés pour se répliquer, les inhibiteurs de polymérase antiviraux habituels ne peuvent pas être utilisés. Le bulévirtide, qui inhibe la fonction de l'AgHBs, suscite toutefois de l'espoir. Le VHD utilise l'AgHBs comme protéine de surface pour se lier au récepteur des hépatocytes, qui initie l'internalisation du VHD. Le bulévirtide est un inhibiteur de ce récepteur et empêche l'infection d'autres hépatocytes. Dans une étude de phase 2, sur 50 patientes et patients, le traitement d'association sous-cutané par IFN-PEG- $\alpha$ -2a (180  $\mu$ g/semaine, 48 semaines) + bulévirtide (10 mg/jour pendant 48 semaines, puis monothérapie quotidienne pendant 48 semaines supplémentaires) a montré une suppression virale durable dans 46% des cas un an après la fin du traitement [2]. Avec l'IFN-PEG- $\alpha$ -2a seul ou le bulévirtide seul, la suppression était significativement moins fréquente. Parallèlement, les enzymes hépatiques élevées se sont normalisées. Aucun effet indésirable limitant n'est apparu.

L'effet relativement impressionnant et durable du traitement d'association laisse supposer une synergie. Cette étude sponsorisée par une entreprise est toutefois limitée par le petit nombre de patientes et patients (50 personnes/groupe). De plus, on ignore si le risque de CHC est également réduit.

1 Viruses. 2022, doi.org/10.3390/v14081749.

2 N Engl J Med. 2024, doi.org/10.1056/NEJMoa2314134.

Rédigé le 27.6.24\_MK

## Antibiotic Stewardship

# Infections en fin de vie: un guide axé sur la pratique

Les patientes et patients en fin de vie reçoivent souvent des antibiothérapies inutiles, qui sont associées à des effets indésirables et à la sélection de bactéries résistantes. Dans cet article, nous souhaitons sensibiliser les médecins traitants à ce sujet et leur fournir des recommandations pratiques pour des scénarios fréquents.

**Dr méd. Susanne Rüfenacht<sup>a\*</sup>; Dr méd. Tamara Dörr<sup>a\*</sup>; Dr méd. Katia Boggian<sup>a</sup>; Dr méd. Mirjam Buschor-Bichsel<sup>b</sup>; Dr méd. Markus Diethelm<sup>c</sup>; Dr méd. Nadia Eberhard-Kuhn<sup>a</sup>; Dr méd. Kira-Lee Koster<sup>d</sup>; Dr méd. Lora Thompson<sup>b</sup>; Prof. Dr méd. Stefan P. Kuster<sup>a</sup>; PD Dr méd. Philipp Kohler<sup>a</sup>**

Kantonsspital St. Gallen, St. Gallen: <sup>a</sup> Klinik für Infektiologie, Infektionsprävention und Reisemedizin; <sup>b</sup> Palliativzentrum; <sup>c</sup> ehemals Klinik für Innere Medizin;

<sup>d</sup> Klinik für Medizinische Onkologie und Hämatologie

\* Co-premières auteures

## Introduction

Dans la prise en charge des patientes et patients en fin de vie, les états inflammatoires constituent un défi diagnostique et thérapeutique fréquent. D'une part, la fréquence des infections augmente dans cette population, mais d'autre part, les états inflammatoires non infectieux, qui peuvent être interprétés à tort comme des infections, sont aussi plus fréquents [1-5]. La différenciation peut être encore plus compliquée pour les médecins traitants lorsque des examens diagnostiques ne sont plus souhaités ou judicieux d'un point de vue médical. Cela contribue au fait que des anti-infectieux sont utilisés chez plus de la moitié des patientes et patients en fin de vie, souvent avec une indication incertaine [6, 7]. La justification de l'administration d'antibiotiques par l'amélioration du contrôle des symptômes ou l'allongement de la durée de vie n'est pas étayée par les données rares et contradictoires à cet égard [3, 8-10]. Au vu des effets indésirables potentiels d'une antibiothérapie, qui touchent à des degrés de sévérité divers une personne sur cinq, le bénéfice doit être évalué de manière critique. Ainsi, la néphrotoxicité, la neurotoxicité ou l'hépatotoxicité

toxique médicamenteuses ainsi que les effets indésirables gastro-intestinaux peuvent réduire considérablement la qualité de vie des personnes concernées et, dans la mesure où ils favorisent les infections fongiques ou à *Clostridioides difficile* [11-13], nécessiter des mesures médicales complémentaires. La dimension supplémentaire de la sélection d'agents pathogènes résistants [13], qui sont considérés comme l'une des principales menaces mondiales [14], souligne la responsabilité des médecins dans l'utilisation des antibiotiques, et pas seulement vis-à-vis des patientes et patients.

Dans le cadre du programme d'antimicrobien stewardship de l'Hôpital cantonal de Saint-Gall, nous nous sommes penchés de manière approfondie sur le thème des «infections en fin de vie» au sein d'un groupe de travail interdisciplinaire. Sur la base de nos expériences, ce guide doit servir de base pour une utilisation rationnelle des antibiotiques chez les patientes et patients en fin de vie. Alors que les objectifs thérapeutiques individuels doivent toujours primer dans ces processus décisionnels, nous faisons référence aux patientes et patients souffrant d'une maladie de base en phase terminale

et ayant une espérance de vie de quelques semaines à quelques mois, et nous décrivons les scénarios fréquents conduisant à l'administration d'antibiotiques dans ce groupe de patientes et patients. Il n'est explicitement pas fait référence à la phase aiguë de la mort, où seul le contrôle des symptômes est au premier plan et où aucune mesure diagnostique ou thérapeutique curative n'est implémentée.

## Utilisation d'antibiotiques basée sur les objectifs thérapeutiques individuels

Il n'existe pas de lignes directrices universellement valables pour l'utilisation d'antibiotiques en fin de vie. Outre la définition floue de la fin de vie, de telles lignes directrices ne tiendraient pas compte de l'hétérogénéité des patientes et patients souffrant de maladies de base différentes et de la diversité correspondante des infections possibles. Les décisions diagnostiques et thérapeutiques doivent toujours être prises dans le contexte de la patiente ou du patient, afin de permettre un traitement optimal et une utilisation pertinente des antibiotiques. La formula-

tion d'objectifs thérapeutiques prioritaires est très utile à cet égard, et le soutien des patientes et patients lors de la définition et de la documentation de ces objectifs – y compris dans le sens d'une limitation des objectifs thérapeutiques – représente une tâche médicale essentielle. Les phases stables de la maladie, pendant lesquelles les patientes et patients sont suivis en ambulatoire, offrent la possibilité de formuler des objectifs thérapeutiques prioritaires en tant qu'aspect partiel du projet de soins anticipé. Nous renvoyons ici également à l'article paru simultanément dans le Bulletin des médecins suisses [15].

Cependant, dans toutes les situations qui amènent à évaluer l'utilisation d'antibiotiques, il est aussi judicieux de thématiser, réévaluer et, le cas échéant, redocumenter les objectifs thérapeutiques prioritaires. Nous aimerions notamment encourager à discuter avec les patientes et patients, dans un esprit de «shared decision making», de la manière dont il convient de procéder en cas d'infection récurrente. L'implication de la ou du médecin de famille est indispensable dans la définition de tout objectif thérapeutique. Une bonne vue d'ensemble des stratégies de communication applicables dans ce contexte a été publiée récemment par Karlin et al. [16].

Si le diagnostic et le traitement de l'infection sont encore souhaités, il est pertinent, surtout dans les situations complexes, de définir le concept de traitement de manière interdisciplinaire. L'état actuel de la maladie de base et son pronostic doivent être évalués par la discipline compétente (par ex. oncologie en cas de tumeur, pneumologie en cas de pneumopathie avancée), idéalement en collaboration avec la médecine palliative. Pour évaluer la présence d'une infection et les possibilités et limites des options thérapeutiques conservatrices ou interventionnelles, nous recommandons en outre d'impliquer l'inféctiologie et, le cas échéant, les spécialités chirurgicales. Ensemble, il est possible de décider si une infection doit faire l'objet d'examen plus approfondis, d'un traitement curatif ou d'une suppression ou si elle doit suivre son cours naturel. L'implication de la médecine palliative a fait ses preuves dans ces situations, indépendamment du fait qu'une tentative de traitement curatif soit entreprise ou non. Le contrôle des symptômes passe au premier plan au fur et à mesure de la progression de la maladie de base, et la décision de passer à un traitement de confort exclusif peut ainsi être simplifiée.

Les lignes qui suivent décrivent des défis concrets et des approches possibles en matière de diagnostic et de traitement, qui devraient aider l'équipe soignante à évaluer avec précision la situation infectieuse et permettre ainsi une utilisation plus rationnelle des antibiotiques.

## Défis diagnostiques

### Clinique

L'évaluation clinique peut être plus difficile en cas de maladie de base avancée. La plupart du temps, l'examen physique des patientes et patients en fin de vie révèle de multiples résultats pathologiques, dont la classification peut s'avérer difficile pour la ou le médecin, notamment en cas de premier contact avec la patiente ou le patient, par exemple lors d'une présentation en urgence. Pour certaines situations, il existe des critères ou des scores cliniques validés, qui devraient toujours être utilisés. Ainsi, en cas d'exacerbations récidivantes d'une bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), les critères d'Anthonisen peuvent être utiles pour identifier une étiologie bactérienne [17, 18]. Si aucun instrument correspondant n'est applicable, nous recommandons de tenir compte de la dynamique des symptômes dans l'évaluation. La survenue aiguë de nouveaux symptômes ou l'aggravation rapide de symptômes préexistants sont des indices d'une infection. En présence d'accès centraux tels que des systèmes de cathéter à chambre implantable, des détériorations insidieuses, avec ou sans fièvre, doivent cependant aussi faire penser à des infections sur cathéter et conduire à des examens correspondants.

### Fièvre et paramètres inflammatoires

Des paramètres inflammatoires élevés, avec ou sans fièvre, sont fréquents en particulier chez les patientes et patients en fin de vie.

D'une part, la progression de nombreuses maladies de base s'accompagne également d'une augmentation de la fréquence des infections [1, 2]. Dans le cas des maladies cardiovasculaires, il peut s'agir par exemple d'infections de la peau / des parties molles favorisées par la congestion ou les ulcères des jambes liés à la perfusion; dans le cas des maladies pulmonaires chroniques, il s'agit d'exacerbations et de pneumonies. Ces dernières sont plus fréquentes en cas de maladies démentielles, par exemple en raison de troubles de la déglutition [19, 20]. D'autre part, la progression de la maladie de base elle-même, notamment en cas de processus auto-immuns ou néoplasiques, ou des complications non infectieuses telles qu'hémorragies ou thromboses peuvent provoquer un état inflammatoire [21–23]. Les effets indésirables associés au traitement, tels que le syndrome de libération de cytokines après un traitement par anticorps ou par lymphocytes T à récepteur antigénique chimérique (CAR), les effets indésirables à médiation immunitaire lors de l'utilisation d'inhibiteurs de points de contrôle, ainsi que les diagnostics différentiels plus rares de fièvre d'origine médicamenteuse ou même d'hyperthermie maligne, entraînent eux aussi une inflammation [24].

Pour tous les cas de figure cités, la conséquence peut être l'augmentation de certains paramètres inflammatoires fréquemment déterminés (par ex. leucocytes, protéine C réactive, procalcitonine, interleukines). Il est donc difficile d'en déduire l'étiologie et le diagnostic d'infection représente un défi, notamment chez les patientes et patients cancéreux [25, 26].

### Analyses de ponctions

La présence de cellules malignes dans l'épanchement pleural ou l'ascite est souvent l'expression d'une progression tumorale chez les patientes et patients cancéreux. Tant la clinique que l'analyse des ponctions peuvent être identiques à celles d'un empyème ou d'une péritonite bactérienne spontanée (PBS) [27], une prédominance de lymphocytes étant plutôt en faveur d'un processus malin [28, 29]. Afin d'accroître la spécificité des critères diagnostiques, une étude coréenne a montré qu'en cas d'ascite maligne connue, un nombre de leucocytes de 1500/ $\mu$ l, ou un taux de granulocytes de 70% peut être utilisé comme valeur seuil; des valeurs supérieures plaidant plutôt pour une ascite infectée [30].

D'autres paramètres permettant une différenciation fiable entre un épanchement purement malin et une surinfection font largement défaut. Cette dernière ne peut pas être exclue tant que les cultures microbiologiques ne sont pas disponibles. Ainsi, dans le quotidien clinique, une antibiothérapie est souvent instaurée même en cas d'épanchement malin connu, dès lors que les critères d'un empyème ou d'une PBS sont formellement remplis.

Sur la base de nos expériences, nous recommandons toutefois, en cas d'épanchement malin connu, de ne pas initier une antibiothérapie sur la seule base des analyses de ponctions. Chez les patientes et patients cliniquement stables et afébriles, il est possible d'attendre un résultat microbiologique positif.

Dans la pratique, certains aspects peuvent être utiles pour distinguer une infection compte tenu des défis diagnostiques mentionnés. Une compilation basée sur l'expérience est présentée dans le tableau 1.

## Défis thérapeutiques

Si une infection est probable, les options thérapeutiques peuvent être limitées en raison de la maladie de base et doivent être discutées avec la patiente ou le patient dans le contexte de ses objectifs thérapeutiques prioritaires. D'après l'expérience, les défis suivants sont fréquents dans le quotidien clinique.

### Éradication du foyer infectieux

La guérison d'une infection passe par une éradication adéquate du foyer infectieux. Selon le

**Tableau 1: Indicateurs et recommandations basés sur l'expérience concernant les aspects diagnostiques dans le traitement des patientes et patients en fin de vie présentant une infection potentielle**

<b>Contexte</b>	Toute mesure diagnostique et thérapeutique devrait être adaptée à la situation médicale et à l'objectif thérapeutique prioritaire.	
<b>Interdisciplinarité</b>	Toute situation dans laquelle une infection entre en ligne de compte comme diagnostic différentiel doit faire l'objet d'une évaluation interdisciplinaire quant aux possibilités et aux limites d'un traitement.	
<b>Aspects diagnostiques pour l'évaluation d'une éventuelle infection nécessitant des antibiotiques</b>		
	<b>Pour une infection</b>	<b>Contre une infection</b>
<i>Indicateurs cliniques</i>		
<b>Situation hémodynamique et/ou respiratoire</b>	Instable	Stable
<b>Dynamique</b>	Nouveaux symptômes Aggravation aiguë/rapide	Progression des symptômes existants Détérioration lente
<b>Fièvre</b>	Température fébrile à fortement fébrile <sup>1</sup> Subjectivement gênante Frissons	Température subfébrile à fébrile <sup>2</sup> Subjectivement peu gênante <sup>3</sup>
<b>Foyer infectieux</b>	Foyer infectieux évident sur le plan anamnestique/ clinique/radiologique	Pas de foyer / foyer incertain
<b>Explication alternative</b>	Absence d'explication alternative	Indice de réaction allergique Progression tumorale Thrombose, hémorragie Traumatisme, fracture, radiothérapie
<b>Administration probatoire d'antibiotiques</b>	Réponse clinique et de laboratoire	Absence de réponse après au moins 72 heures
<i>Aspects de laboratoire</i>		
<b>Formule sanguine différentielle</b>	Neutropénie Formule sanguine toxique <sup>4</sup>	Éosinophilie en tant qu'indice d'une réaction médicamenteuse
<b>Protéine C réactive (CRP)</b>	Augmentation par rapport aux valeurs précédentes	Stable par rapport aux valeurs précédentes
<b>Analyses de ponctions</b>	Pas de détection de cellules malignes Leucocytes >1500/ $\mu$ l Granulocytes >70%	Cellules malignes dans la ponction Leucocytes <1500/ $\mu$ l Granulocytes <70%

1 Fièvre: &gt;38,5-39,0 °C, fièvre élevée: &gt;39,0 °C

2 Température subfébrile:  $\geq$ 37,5-38,0 °C; fièvre légère: 38,1-38,5 °C

3 Souvent, la fièvre tumorale n'est pas perçue ou n'est pas perçue comme gênante [20].

4 Leucocytose avec décalage vers la gauche, granulations toxiques, stries basophiles, vacuoles

foyer, cela peut inclure des interventions telles que le drainage ou l'évacuation des abcès, l'élimination des matières étrangères infectées ou le débridement des tissus nécrosés [31]. Une maladie de base avancée peut ici être limitante.

Chez les patientes et patients cancéreux, le contrôle du foyer infectieux est souvent plus difficile lorsque celui-ci est causé directement ou indirectement par la tumeur. Les foyers qui en découlent sont par exemple des nécroses ou des métastases surinfectées. En outre, l'obstruction indirecte de structures voisines avec trouble de l'écoulement/rétention peut favoriser les surinfections, par exemple en cas de pyélonéphrite obstructive, de cholangite ou de pneumonie post-sténotique. Des maladies de base non malignes, comme une maladie cardiaque ou pulmonaire avancée, peuvent aussi rendre le contrôle du foyer plus difficile en augmentant le risque d'intervention. Dans ces

situations, il devient de plus en plus difficile, d'un point de vue technique et médical, d'éradiquer le foyer et, selon l'invasivité et le pronostic global, cela n'est plus utile ou souhaité.

Une antibiothérapie exclusive devrait ici être évaluée de manière particulièrement critique, car en cas d'éradication inadéquate du foyer, la guérison de l'infection peut s'avérer impossible ou beaucoup plus longue.

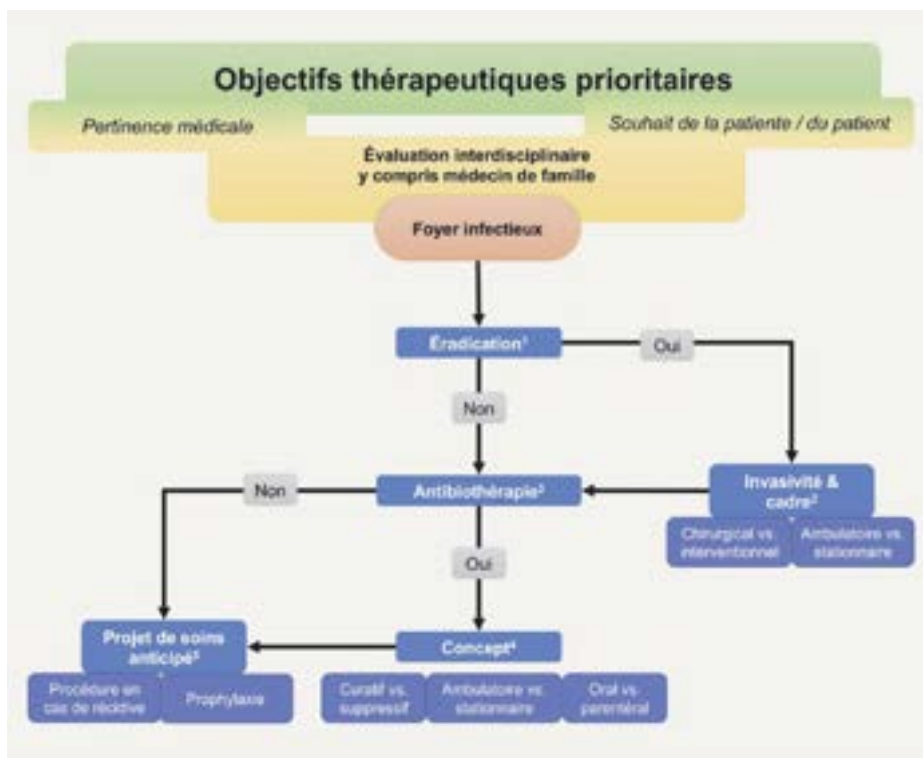
### Traitement antibiotique suppressif et prophylaxie

Si une éradication réussie du foyer infectieux n'est plus à espérer, un traitement antibiotique suppressif peut être envisagé. Celui-ci sert à endiguer une infection existante et à retarder la probabilité d'une reprise de l'infection ou de séquelles [32]. Chez les personnes en fin de vie, un tel traitement peut servir à rendre encore possible la réalisation d'un objectif de vie concret,

comme un voyage, une fête, une naissance ou les adieux à une personne en particulier [33]. Un traitement suppressif peut aussi contribuer au contrôle des symptômes dans les situations où l'éradication du foyer n'est plus possible ou souhaitée, mais la réponse est très variable [34, 35]. L'application locale de métronidazole peut être tentée en cas de plaies malodorantes, telles que des tumeurs exulcérées, si la qualité de vie de la personne concernée s'en trouve diminuée [36].

Outre un traitement suppressif, une prophylaxie antibiotique est également indiquée dans certaines situations chez les patientes et patients en fin de vie, par exemple en cas d'infections récurrentes dues à une obstruction ou à une compression tumorale (par ex. cholangites récidivantes en cas de cholangiocarcinome) ou en cas d'hospitalisations répétées dues à des infections urinaires.





**Figure 1:** Prise en charge des infections chez les patientes et patients en fin de vie. Considérations importantes concernant les différentes étapes: cf. notes de bas de page.

1 Évaluation interdisciplinaire des options d'éradication concernant les possibilités techniques et médicales ainsi que la pertinence dans le contexte des objectifs thérapeutiques prioritaires.

2 Détermination de la modalité et du cadre: éradication chirurgicale du foyer (par ex. débridement, retrait de matériel étranger) nécessaire ou procédure interventionnelle (par ex. ponction, drainage, pose de stent) possible? L'invasivité et le cadre qui en découle sont-ils acceptables dans le contexte des objectifs thérapeutiques?

3 Discussion sur la nécessité d'une antibiothérapie concomitante ou conservatrice: reconnaître et communiquer les limites.

4 Établir un concept de traitement antibiotique: guérison possible? En cas de suppression, définition de l'objectif (stabilisation clinique/de laboratoire et/ou réalisation d'un objectif de vie concret). Cadre nécessaire justifiable dans le contexte (par ex. mise en balance séjour à l'hôpital vs. temps passé à domicile avec une durée de vie éventuellement plus courte)?

5 Anticiper les récurrences et les réinfections et définir la procédure concernant une éventuelle ré-hospitalisation ou une nouvelle éradication du foyer, discuter éventuellement d'une prophylaxie antibiotique.

Une autre possibilité, notamment dans les situations diagnostiques incertaines, peut être l'administration probatoire d'antibiotiques pour vérifier la réponse. Nous recommandons alors de définir des critères à la fois temporels et cliniques pour vérifier la réponse.

Si l'administration d'antibiotiques est envisagée, nous recommandons d'aborder clairement et en détail la question du rapport bénéfice/risque avec la patiente ou le patient, car les antibiotiques n'empêchent pas la progression de la maladie de base et n'ont souvent pas d'influence sur l'espérance de vie [8-10]. Les effets indésirables médicamenteux possibles, les interactions avec les médicaments existants au sens d'une perte potentielle d'efficacité, la possibilité d'une infection par une flore de sélection plus résistante ainsi que l'hospitalisation éventuellement nécessaire en cas d'administration intraveineuse doivent être mis en balance avec le bénéfice escompté. Il convient de mentionner ici que les patientes et patients

gériatriques sont particulièrement vulnérables aux effets délétères des antibiothérapies en raison de dysfonctions organiques (accumulation de médicaments, potentiel de délire/d'épilepsie) ou de la polypharmacie (interactions) [7, 37]. En raison de ces risques, il est essentiel de ne poser l'indication d'une suppression ou d'une prophylaxie antibiotique qu'en cas de bénéfice clairement escompté pour la qualité de vie.

Lors du choix d'un antibiotique approprié, il faut tenir compte non seulement de la couverture du spectre des germes connus ou attendus, mais aussi de la tolérance. La doxycycline ou l'amoxicilline ainsi que, selon la dose nécessaire, le triméthoprime/sulfaméthoxazole conviennent par exemple pour de nombreuses indications et sont bien tolérés [38], tandis que le potentiel d'effets indésirables des fluoroquinolones (potentiel de délire, tendinopathies), de la clindamycine (risque élevé d'infections à *Clostridioides difficile*), du linézolide (neutropénies, acidose lactique, neuropathie irréversible) ou du métró-

nidazole (dysgueusie, troubles gastro-intestinaux, neuropathie périphérique) rend ces substances moins recommandables, en particulier pour une utilisation durable [32, 39].

Les aspects importants qui doivent être abordés par l'équipe soignante interdisciplinaire avec la patiente ou le patient sont présentés sous forme d'algorithme dans la figure 1.

## Perspectives

En raison de l'évolution démographique, on s'attend à ce que le nombre de décès en Suisse passe de près de 70 000 actuellement à plus de 90 000 par an d'ici 2040 [40, 41]. Parallèlement, les résistances aux antibiotiques ne cessent d'augmenter en Suisse et dans le monde [14, 42]. Dans ce contexte, l'importance d'une antibiothérapie rationnelle, y compris en fin de vie, ne cessera de croître. Dans le cadre des programmes d'antimicrobial stewardship, il est possible de sensibiliser le corps médical à cette problématique et d'accompagner scientifiquement les interventions axées sur les comportements. De tels programmes doivent être encouragés. D'autres recherches sur le sujet devraient viser à mieux distinguer les véritables infections des états inflammatoires non infectieux en fin de vie. En outre, il faut davantage de preuves pour pouvoir mieux évaluer le rapport bénéfice/risque d'une antibiothérapie en fin de vie.

## L'essentiel pour la pratique

- Plus de la moitié des patientes et patients en fin de vie sont traités par antibiotiques.
- La définition précoce des objectifs thérapeutiques individuels peut s'avérer utile pour éviter les antibiothérapies inutiles ou non pertinentes dans le contexte global.
- Les états fébriles et inflammatoires dus à la maladie de base (par ex. fièvre tumorale) ou au traitement (par ex. «drug fever») entraînent souvent l'administration inutile d'antibiotiques.
- Les critères diagnostiques habituels ne peuvent pas être appliqués chez les patientes et patients présentant une ascite maligne ou un épanchement pleural malin.
- Dans de rares situations, un traitement antibiotique suppressif ou une prophylaxie antibiotique peuvent être envisagés, après avoir soigneusement évalué le rapport bénéfice/risque.

## Correspondance

Dr. med. Susanne Rüfenacht  
Infektiologie und Spitalhygiene  
Luzerner Kantonsspital  
Spitalstrasse  
CH-6000 Luzern 16  
susanne.ruefenacht[at]luks.ch

## Article de revue

## Remerciements

Nous remercions nos collègues installés en cabinet, Dr méd. Guy Bourgeois et Dr méd. Maurizia Ebnetter, pour leur relecture critique du manuscrit.

## Conflict of Interest Statement

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

## Author Contributions

Concept: SR, MB, SK et PK; méthodologie: SR et PK; groupe de travail: tous les auteurs et auteures; visualisation: SR et TD; rédaction/révision/édition: SR, TD, PK; supervision: PK. Tous les auteurs et auteures ont lu le manuscrit soumis et sont coresponsables de tous les aspects du travail.

## Références

1 Pereira J, Watanabe S, Wolch G. A retrospective review of the frequency of infections and patterns of antibiotic utilization on a palliative care unit. *J Pain Symptom Manage*. 1998;16(6):374-81.

2 Thompson AJ, Silveira MJ, Vitale CA, Malani PN. Antimicrobial use at the end of life among hospitalized patients with advanced cancer. *Am J Hosp Palliat Care*. 2012;29(8):599-603.

3 Rosenberg JH, Albrecht JS, Fromme EK, Noble BN, McGregor JC, Comer AC, Furuno JP. Antimicrobial use for symptom management in patients receiving hospice and palliative care: a systematic review. *J Palliat Med*. 2013;16(12):1568-74.

4 Mitchell SL, Shaffer ML, Loeb MB, Givens JL, Habtemariam D, Kiely DK, D'Agata E. Infection management and multidrug-resistant organisms in nursing home residents with advanced dementia. *JAMA Intern Med*. 2014;174(10):1660-7.

5 Datta R, Juthani-Mehta M. Burden and management of multidrug-resistant organisms in palliative care. *Palliat Care*. 2017;10:1178224217749233.

6 Marra AR, Puig-Asensio M, Balkenende E, Livorsi DJ, Goto M, Perencevich EN. Antibiotic use during end-of-life care: a systematic literature review and meta-analysis. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2021;42(5):523-9.

7 Baghban A, Juthani-Mehta M. Antimicrobial use at the end of life. *Infect Dis Clin North Am*. 2017;31(4):639-47.

8 White PH, Kuhlenschmidt HL, Vancura BG, Navari RM. Antimicrobial use in patients with advanced cancer receiving hospice care. *J Pain Symptom Manage*. 2003;25(5):438-43.

9 Givens JL, Jones RN, Shaffer ML, Kiely DK, Mitchell SL. Survival and comfort after treatment of pneumonia in advanced dementia. *Arch Intern Med*. 2010;170(13):1102-7.

10 Vitetta L, Kenner D, Sali A. Bacterial infections in terminally ill hospice patients. *J Pain Symptom Manage*. 2000;20(5):326-34.

11 Stevens V, Dumyati G, Fine LS, Fisher SG, van Wijngaarden E. Cumulative antibiotic exposures over time and the risk of *Clostridium difficile* infection. *Clin Infect Dis*. 2011;53(1):42-8.

12 Tamma PD, Avdic E, Li DX, Dzintars K, Cosgrove SE. Association of adverse events with antibiotic use in hospitalized patients. *JAMA Intern Med*. 2017;177(9):1308-15.

13 Schwartz DJ, Langdon AE, Dantas G. Understanding the impact of antibiotic perturbation on the human microbiome. *Genome Med*. 2020;12(1):82.

14 World Health Organization. Global antimicrobial resistance and use surveillance system (GLASS) report 2022 [Internet]. Genève: WHO; 2022 [consulté le 01.07.2024]. Disponible sur: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240062702>.

15 Rüfenacht S, Boggian K, Buschor-Bichsel M, Diehlm M, Dörr T, Koster KL, et al. Traiter correctement les infections en fin de vie. *Bull Med Suisses*. 2024;105(33-34):40-42. Disponible sur: <https://saez.swisshealthweb.ch/fr/article/doi/bms.2024.1416320082>

16 Karlin D, Pham C, Furukawa D, Kaur I, Martin E, Kates O, Vijayan T. State-of-the-art review: use of antimicrobials at the end of life. *Clin Infect Dis*. 2024;78(3):e27-36.

17 Anthonisen NR, Manfreda J, Warren CP, Hershfield ES, Harding GK, Nelson NA. Antibiotic therapy in exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Ann Intern Med*. 1987;106(2):196-204.

18 Sethi S, Murphy TF, Hg. Evaluation for infection in exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. Topic 108592 Version 108522.108590 [Internet]. Alphen aan den Rijn (NL): Wolters Kluwer UpToDate; 2024 [consulté le 01.07.2024]. Disponible sur: <https://www.uptodate.com/contents/evaluation-for-infection-in-exacerbations-of-chronic-obstructive-pulmonary-disease>

19 Funayama M, Koreki A, Takata T, Hisamatsu T, Mizushima J, Ogino S, et al. Pneumonia risk increased by dementia-related daily living difficulties: poor oral hygiene and dysphagia as contributing factors. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2023;31(11):877-85.

20 Mitchell SL, Teno JM, Kiely DK, Shaffer ML, Jones RN, Prigerson HG, et al. The clinical course of advanced dementia. *N Engl J Med*. 2009;361(16):1529-38.

21 Haidar G, Singh N. Fever of unknown origin. *N Engl J Med*. 2022;386(5):463-77.

22 Loizidou A, Aoun M, Klasterky J. Fever of unknown origin in cancer patients. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2016;101:125-30.

23 Foggo V, Cavenagh J. Malignant causes of fever of unknown origin. *Clin Med (Lond)*. 2015;15(3):292-4.

24 Kroschinsky F, Stölzel F, von Bonin S, Beutel G, Kochanek M, Kiehl M, Schellongowski P, et al. New drugs, new toxicities: severe side effects of modern targeted and immunotherapy of cancer and their management. *Crit Care*. 2017;21(1):89.

25 Rao L, Zhang K, Luo H, He S, Li Y, Liu C, et al. The ability of inflammatory markers to recognize infection in cancer patients with fever at admission. *Immunol Res*. 2022;70(5):667-77.

26 von Lilienfeld-Toal M, Dietrich MP, Glasmacher A, Lehmann L, Breig P, Hahn C, et al. Markers of bacteremia in febrile neutropenic patients with hematological malignancies: procalcitonin and IL-6 are more reliable than C-reactive protein. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*. 2004;23(7):539-44.

27 Kurtz RC, Bronzo RL. Does spontaneous bacterial peritonitis occur in malignant ascites? *Am J Gastroenterol*. 1982;77(3):146-8.

28 Gayen S. Malignant pleural effusion: presentation, diagnosis, and management. *Am J Med*. 2022;135(10):1188-92.

29 Runyon BA, Hoefs JC, Morgan TR. Ascitic fluid analysis in malignancy-related ascites. *Hepatology*. 1988;8(5):1104-9.

30 Moon H, Kim HJ, Woo SM, Park IH, Sim SH. Discrimination of ascitic fluid infection in malignant ascites by polymorphonuclear neutrophil ratio and count: investigating the validity of count  $\geq 250/\text{mm}^3$  as the one-size-fits-all criterion. *Asia Pac J Clin Oncol*. 2021;17(2):e87-93.

31 Marshall JC, Maier RV, Jimenez M, Dellinger EP. Source control in the management of severe sepsis and septic shock: an evidence-based review. *Crit Care Med*. 2004;32(11 Suppl):S513-26.

32 Lau JSY, Korman TM, Woolley I. Life-long antimicrobial therapy: where is the evidence? *J Antimicrob Chemother*. 2018;73(10):2601-12.

33 Larnard J, Stead W, Branch-Elliman W. Considering patient, family, and provider goals and expectations in a rapidly changing clinical context: a framework for antimicrobial stewardship at the end of life. *Infect Dis Clin North Am*. 2023;37(1):139-51.

34 Helde-Frankling M, Bergqvist J, Bergman P, Björkhem-Bergman L. Antibiotic treatment in end-of-life cancer patients – a retrospective observational study at a palliative care center in Sweden. *Cancers (Basel)*. 2016;8(9):84.

35 C Shekhar A. The use of antibiotics in hospice and palliative care settings. *J Hosp Palliat Care*. 2022;25(1):50-4.

36 Akhmetova A, Saliev T, Allan IU, Illsley MJ, Nurgozhin T, Mikhailovsky S. A comprehensive review of topical odor-controlling treatment options for chronic wounds. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2016;43(6):598-609.

37 Soraci L, Cherubini A, Paoletti L, Filippelli G, Luciani F, Laganà P, et al. Safety and tolerability of antimicrobial agents in the older patient. *Drugs Aging*. 2023;40(6):499-526.

38 Chan PA, Le Brazidec DL, Becasen JS, Martin H, Kapadia J, Reno H, et al. Safety of longer-term doxycycline use: a systematic review and meta-analysis with implications for bacterial sexually transmitted infection chemoprophylaxis. *Sex Transm Dis*. 2023;50(11):701-12.

39 Brown KA, Khanafer N, Daneman N, Fisman DN. Meta-analysis of antibiotics and the risk of community-associated *Clostridium difficile* infection. *Antimicrob Agents Chemother*. 2013;57(5):2326-32.

40 Office fédéral de la statistique. Statistique des causes de décès: La mortalité en Suisse et les principales causes de décès [Internet]. Neuchâtel: OFS; 2021 [consulté le 12.05.2023]. Disponible sur: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/catalogues-banques-donnees.assetdetail.16644531.html>.

41 Office fédéral de la santé publique. Améliorer la prise en charge et le traitement des personnes en fin de vie. Rapport du Conseil fédéral [Internet]. Liebefeld: OFSP; 2020 [consulté le 12.05.2023]. Disponible sur: [https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/nat-gesundheitsstrategien/strategie-palliative-care/postulatsbericht-lebensende.pdf.download.pdf/200918\\_Bericht\\_FR\\_Po\\_183384\\_Lebensende.pdf](https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/nat-gesundheitsstrategien/strategie-palliative-care/postulatsbericht-lebensende.pdf.download.pdf/200918_Bericht_FR_Po_183384_Lebensende.pdf)

42 Federal Office of Public Health and Federal Food Safety and Veterinary Office. Swiss antibiotic resistance report 2022. Usage of antibiotics and occurrence of antibiotic resistance in Switzerland [Internet]. Berne: Federal Office of Public Health FOPH; 2022 [consulté le 12.05.2023]. Disponible sur: [https://www.anresis.ch/wp-content/uploads/2022/11/BAG\\_Antibiotika-resistenz\\_INH\\_2022\\_RZ\\_Web.pdf](https://www.anresis.ch/wp-content/uploads/2022/11/BAG_Antibiotika-resistenz_INH_2022_RZ_Web.pdf)



**Dr méd. Susanne Rüfenacht**

Klinik für Infektiologie, Infektionsprävention und Reisemedizin, Kantonsspital St. Gallen, St. Gallen



**Dr méd. Tamara Dörr**

Klinik für Infektiologie, Infektionsprävention und Reisemedizin, Kantonsspital St. Gallen, St. Gallen

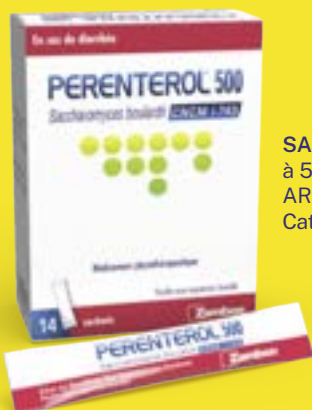
UNIQUE  
PROBIOTIQUE AVEC  
500 mg  
DE *SACCHAROMYCES  
BOULARDII* CNCM I-745<sup>1</sup>

Pour la prévention et le  
traitement de la diarrhée  
due aux antibiotiques

**PERENTEROL® 500**

*Saccharomyces boulardii* **CNCM I-745**

NOUVEAU DOSAGE



SACHETS  
à 500 mg / 14 (LS\*)  
ARÔME TUTTI-FRUTTI  
Catégorie de remise : B

\* Lim

1. Antidiarrhéiques microbiens ATC: A07FA www.swissmedicinfo.ch (mai 2024). Une copie de la référence est disponible sur demande.

**Perenterol® C** : *Saccharomyces boulardii* CNCM I-745. I : diarrhées, y c. prévention lors d'antibiothérapie ou d'une alimentation par sonde. **PO** : avant les repas ; adultes, enfants : 1<sup>er</sup> jour 250 mg 2x/jour, puis 250 mg 1x/j. (2x250 mg/jour ou 1x500 mg/jour sur prescription médicale); antibiothérapie (sur prescription médicale) jusqu'à 1 g/jour; suite à une alimentation par sonde (sur prescription médicale) : jusqu'à 2 g/jour. **CI** : Hypersensibilité au *Saccharomyces boulardii* ou à l'un des excipients ; Allergie à la levure ; Patients dans un état critique, immunodéficience, cathéter veineux central. **PR** : assurer une réhydratation suffisante ; ne pas ouvrir sachets/capsules dans la chambre du patient ; attention particulière requise lors de la manipulation du produit en présence des patients porteurs d'un cathéter, afin d'éviter toute contamination des microorganismes transmise par les mains ou aéroportée ; ne pas mélanger avec un liquide ou un aliment trop chaud, glacé ou alcoolisé. Les patients présentant une intolérance au galactose, un déficit total en lactase ou un syndrome de malabsorption du glucose et du galactose (maladies héréditaires rares) ne doivent pas prendre ce médicament (capsules et sachets contiennent du lactose). Les patients présentant une intolérance héréditaire au fructose (IHF) ne doivent pas prendre ce médicament (sachets contiennent du fructose et du sorbitol). En cas d'utilisation sur une longue période, Perenterol sachets peuvent abîmer les dents. **EI** : rarement ballonnements et cas isolés de constipation ; très rarement réactions cutanées allergiques, dyspnée, réactions anaphylactiques et choc anaphylactique ; très rares cas de fongémie et cas isolés de sepsis, principalement chez des patients porteurs de cathéter veineux central, patients dans un état critique ou immunodéprimés. **IA** : le principe actif *S. boulardii* est sensible aux médicaments antifongiques ; peut évtl. donner des résultats faussement positifs lors d'analyses microbiologiques des selles. **G/A** : rien ne suggère un risque pour le fœtus ou l'enfant. **P** : Perenterol 250 pdr sachet 10\* lim. (LS mai 24), 20\* lim. (LS mai 24), 10 x 20\* lim. (LS mai 24); , 10\* lim. (LS mai 24), 20\* lim. (LS mai 24), 10 x 20\* lim. (LS mai 24) (D) ; Perenterol 500 pdr sachet 14\* lim. (LS mai 24) (B) [Décembre 2023]. Pour de plus amples renseignements, veuillez consulter le site <http://swissmedicinfo.ch>.

Information destinée aux spécialistes.

Zambon Suisse SA, Via Industria 13 - CH-6814 Cadempino, [www.zambonpharma.com/ch](http://www.zambonpharma.com/ch)

**PERENTEROL® 500**

*Saccharomyces boulardii* **CNCM I-745**

Highlight: Médecine physique et réadaptation

# Prise en charge à long terme du spina bifida: Mind the gap!

Dans un monde constamment connecté, la prise en charge à long terme des personnes atteintes de spina bifida est encore en partie hors ligne. Le temps est venu d'y remédier.

**KD Dr méd. Inge Eriks-Hoogland<sup>a,b,c</sup>, PhD; Moritz Schwethelm<sup>a</sup>, médecin diplômé; Lorena Müller<sup>c</sup>, Msc, M.A.; Dr méd. Beth Padden<sup>d</sup>; Dr méd. Cordula Scherer<sup>e</sup>; Prof. Dr méd. Jürgen Pannek<sup>a,f</sup>; PD Marija Glisic<sup>c,g</sup>, PhD**

<sup>a</sup> Schweizer Paraplegiker Zentrum, Nottwil; <sup>b</sup> Fakultät für Gesundheitswissenschaften und Medizin, Universität Luzern, Luzern; <sup>c</sup> Schweizer Paraplegiker Forschung, Nottwil;

<sup>d</sup> Rehabilitationsmedizin, Spina Bifida Zentrum, Universitäts-Kinderspital Zürich, Zürich; <sup>e</sup> Klinik für Kinderchirurgie, Kinderklinik Bern, Inselspital, Universitätsspital Bern, Bern;

<sup>f</sup> Departement für Urologie, Inselspital, Universitätsspital Bern, Bern; <sup>g</sup> Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Universität Bern, Bern

## Contexte

Les enfants atteints de spina bifida survivent aujourd'hui jusqu'à un âge adulte avancé, mais les chiffres de mortalité restent décevants. Selon la sévérité neurologique, 17-61% des personnes atteintes survivent jusqu'à l'âge de 40 ans [1]. Une transition harmonieuse de la médecine pédiatrique centrée sur la personne vers la médecine adulte est déterminante pour prévenir les problèmes de santé liés aux besoins spécifiques des adultes et à leur autonomie croissante. Malheureusement, une transition fluide échoue souvent; jusqu'à 40% des jeunes perdent le contact avec des soins spécialisés [2]. La raison en est qu'une prise en charge à long terme à l'âge adulte des jeunes atteints de spina bifida fait souvent défaut. Pour cette raison, le Centre suisse des paraplégiques (CSP), l'Hôpital pédiatrique de Zurich, l'Hôpital pédiatrique de Berne et l'Hôpital pédiatrique de Lucerne ont pris l'initiative, en 2015, de développer une offre médicale et rééducative globale, incluant la transition, pour les jeunes et les adultes atteints de spina bifida.

Ce développement fait partie du «Learning Health System pour les paralysés médullaires». Un «Learning Health System» est un système en constante évolution qui apprend des expériences. Les données sont analysées en permanence afin d'améliorer les soins, de promouvoir des solutions innovantes et d'optimiser les résultats individuels des patientes et patients. Il

**Tableau 1: Variables démographiques et profil fonctionnel de la population de l'étude (n = 43)**

Âge, années, moyenne (ET)	18,39 (2,55)
<b>Sexe</b>	
Masculin, n (%)	19 (44,19%)
Féminin, n (%)	24 (55,81%)
<b>École</b>	
École ordinaire, n (%)	21 (48,84%)
Enseignement spécial, n (%)	18 (41,86%)
Autre, n (%)	3 (6,98%)
Inconnue, n (%)	1 (2,33%)
<b>Niveau neurologique du spina bifida</b>	
Thoracique, n (%)	11 (25,58%)
Lombaire, n (%)	27 (62,79%)
Sacré, n (%)	5 (11,63%)
<b>Score global SCIM, médiane (EIQ)</b>	72 (61-89)
SCIM Soins personnels	20 (15-20)
SCIM Respiration et contrôle sphinctérien	29 (26-34)
SCIM Mobilité	22 (18-38)
<b>«Gross Motor Function Classification System»</b>	
Niveau 1	8 (18,6%)
Niveau 2	10 (23,26%)
Niveau 3	2 (4,65%)
Niveau 4	8 (18,6%)
Niveau 5	15 (34,88%)
<b>Assistance dans les démarches médicales</b>	
Parents ou représentants légaux, n (%)	19 (44,19%)
Aucune, n (%)	17 (39,53%)
Aidante ou aidant, n (%)	4 (9,30%)
Service d'aide et de soins à domicile, n (%)	1 (2,33%)
Autre, n (%)	2 (4,65%)

SCIM: «Spinal Cord Independence Measure»; ET: écart-type; EIQ: écart interquartile.

jeté ainsi un pont entre la science et la pratique. L'élaboration des lignes directrices «Lebenslange Nachsorge für Menschen mit Querschnittslähmung und Spina bifida» (en allemand; «Suivi à vie des personnes paralysées médullaires et atteintes de spina bifida») fait partie de ce développement continu [3]. Dans le cadre de la préparation de l'élaboration des lignes directrices, une étude sur les besoins des jeunes atteints de paralysie médullaire et de spina bifida [4] ainsi qu'une étude observationnelle prospective ont été menées. Cette étude observationnelle a mis en lumière le profil de santé et le profil fonctionnel des jeunes adultes atteints de spina bifida pendant la transition et a ainsi vérifié l'adéquation avec l'offre actuelle du programme de transition.

### Méthode

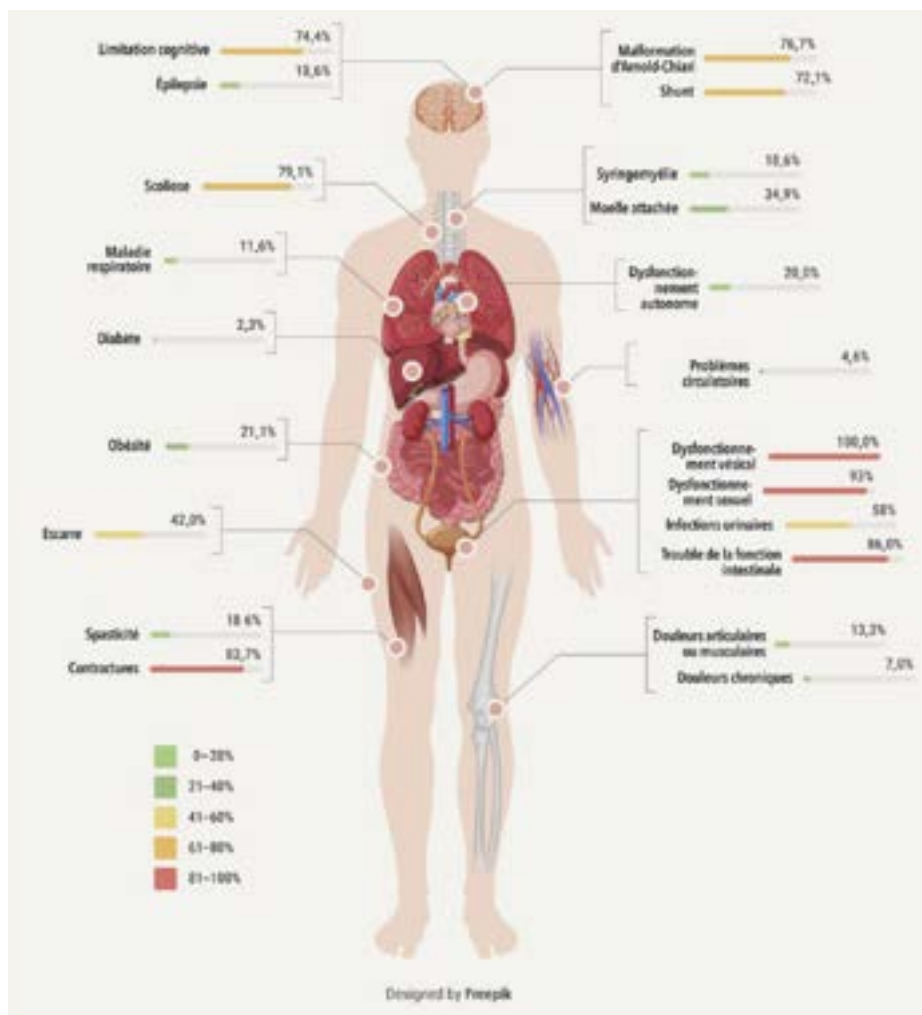
Il s'agissait d'une étude descriptive portant sur les données de tous les jeunes atteints de spina bifida, âgés de 15 à 25 ans, qui ont été adressés au CSP dans le cadre du programme de transition. Les données suivantes ont été collectées:

1. données démographiques (âge, sexe, lieu de résidence, hôpital pédiatrique);
2. profil neurologique (niveau neurologique et sévérité des déficits neurologiques; présence d'une hydrocéphalie, d'une malformation de Chiari, d'un shunt ventriculaire, du syndrome de la moelle attachée);
3. profil fonctionnel (autonomie dans la vie quotidienne au moyen du «Spinal Cord Injury Measurement» [SCIM] [5], mobilité par analogie avec le «Gross Motor Function Classification System» [GMFCS], statut de formation et soutien nécessaire pour les aspects médicaux tels que l'aide pour les médicaments, l'accompagnement lors des visites médicales, la demande d'ordonnances);
4. problèmes de santé au moment de la transition.

### Résultats

**Profil démographique:** Entre 2018 et 2023, 43 jeunes atteints de spina bifida, dont 19 hommes, ont intégré le programme de transition du CSP en provenance d'hôpitaux pédiatriques (principalement Lucerne, Zurich et Berne). Leur âge moyen était de 18,4 ans (écart-type: 2,5 ans) (tab. 1).

**Profil neurologique:** Le niveau neurologique du spina bifida était thoracique dans 25% des cas, lombaire dans 63% des cas et sacré dans 12% des cas; dans 72% des cas, il y avait une lésion motrice complète (pas de sensibilité ni de motricité dans la région sacrée). Chez 77% des jeunes, une malformation de Chiari a été diagnostiquée en plus du spina bifida, 72% avaient un shunt ventriculaire.



**Figure 1:** Problèmes de santé au moment de la transition de la médecine pédiatrique à la médecine adulte.

**Profil fonctionnel:** La classification fonctionnelle à l'aide du SCIM et par analogie au GMFCS a montré le besoin de soutien dans les activités quotidiennes ainsi que pour les interventions médicales et les traitements. 58% des jeunes étaient majoritairement mobiles en fauteuil roulant et 60% étaient tributaires d'une aide extérieure pour les tâches médicales, le plus souvent assurée par les parents.

**Problèmes de santé:** Les problèmes de santé que nous avons identifiés au moment de la transition étaient fréquents et variés et sont résumés dans la figure 1.

### Discussion et perspectives

L'étude sur la transition en cas de spina bifida a révélé de multiples défis et divergences par rapport aux problèmes de santé mentionnés dans la littérature chez les adultes atteints de spina bifida. Par exemple, il y avait une prévalence plus élevée d'infections urinaires (58% contre 30%) et de scoliose (79% contre 44%) (fig. 2) [6], mais une prévalence plus faible de douleurs (13% contre 44%). Un indice de masse corporelle >22 kg/m<sup>2</sup> a été constaté chez 74,4% des jeunes (cependant, avec une échelle adaptée au spina

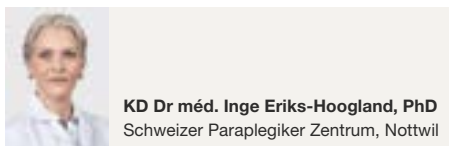
bifida, 21% sont classés comme étant en surpoids) [7]. L'examen cognitif des jeunes pendant la transition a révélé des problèmes cognitifs plus fréquents que ce qui était connu jusqu'alors, en particulier s'agissant des déficits cognitifs légers. Concernant la mobilité des jeunes, il s'est avéré que 50% d'entre eux étaient principalement mobiles en fauteuil roulant. Une aide pour la gestion vésicale et intestinale était souvent nécessaire au moment de la transition et était le plus souvent apportée par les parents.

En résumé, l'étude montre qu'en plus de nombreux problèmes de santé, il y avait aussi des défis à relever dans la vie quotidienne et en matière d'autonomie, même si les jeunes étaient pour la plupart déjà majeurs. L'approche rééducative choisie est donc indispensable pour le bien-être de ces jeunes. Des contrôles interdisciplinaires réguliers à l'âge adulte et une transition bien planifiée et structurée de la pédiatrie vers la médecine adulte sont donc incontournables, non seulement pour éviter une morbidité et une mortalité accrues, mais aussi pour optimiser la capacité fonctionnelle et l'autonomie [8]. Le programme de transition constitue donc une passerelle entre la pédiatrie et la



**Figure 2:** Radiographie (en incidence antéro-postérieure): scoliose à convexité droite sévère dans le cadre d'un spina bifida lombaire.

médecine adulte. Il s'est avéré que l'ensemble des 43 jeunes admis dans le programme de transition avaient effectué les contrôles annuels prévus. Nos résultats contribuent en outre à l'approche «Learning Health System» afin d'améliorer en permanence l'offre médicale et de rééducation. Les résultats de l'étude ont par exemple influencé le choix des catégories de la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) dans les lignes directrices «Lebenslange Nachsorge für Menschen mit Querschnittlähmung» et ont conduit à des adaptations du modèle de suivi, y compris une évaluation cognitive et des recommandations spécifiques pour les patientes et patients avec shunt [3]. Ils favorisent en outre des solutions innovantes comme le développement de la consultation de transition avec des téléconsultations, des applications pour les patientes et patients et des formations pour assumer la gestion de la maladie.



**KD Dr méd. Inge Eriks-Hoogland, PhD**  
Schweizer Paraplegiker Zentrum, Nottwil

### Correspondance

KD Dr. med. Inge Eriks-Hoogland, PhD  
Schweizer Paraplegiker Zentrum  
Guido A. Zäch-Strasse 1  
CH-6207 Nottwil  
[inge.eriks\[at\]paraplegie.ch](mailto:inge.eriks[at]paraplegie.ch)

### Remerciements

La transition a pu être financée pendant de nombreuses années grâce à des dons privés et nous en sommes très reconnaissants. Nous remercions également: Alexandra Wattinger et le Prof. Andreas Meyer-Heim (hôpital pédiatrique de Zurich), le Prof. Dr méd. Sebastian Grunt (hôpital pédiatrique de Berne), Sandra Shavit et son équipe (hôpital pédiatrique de Lucerne) et l'équipe de transition du CSP. Enfin, nous remercions l'Association suisse en faveur de personnes atteintes de spina bifida et hydrocéphalie (SBH) pour sa contribution à l'élaboration des lignes directrices.

### Conflict of Interest statement

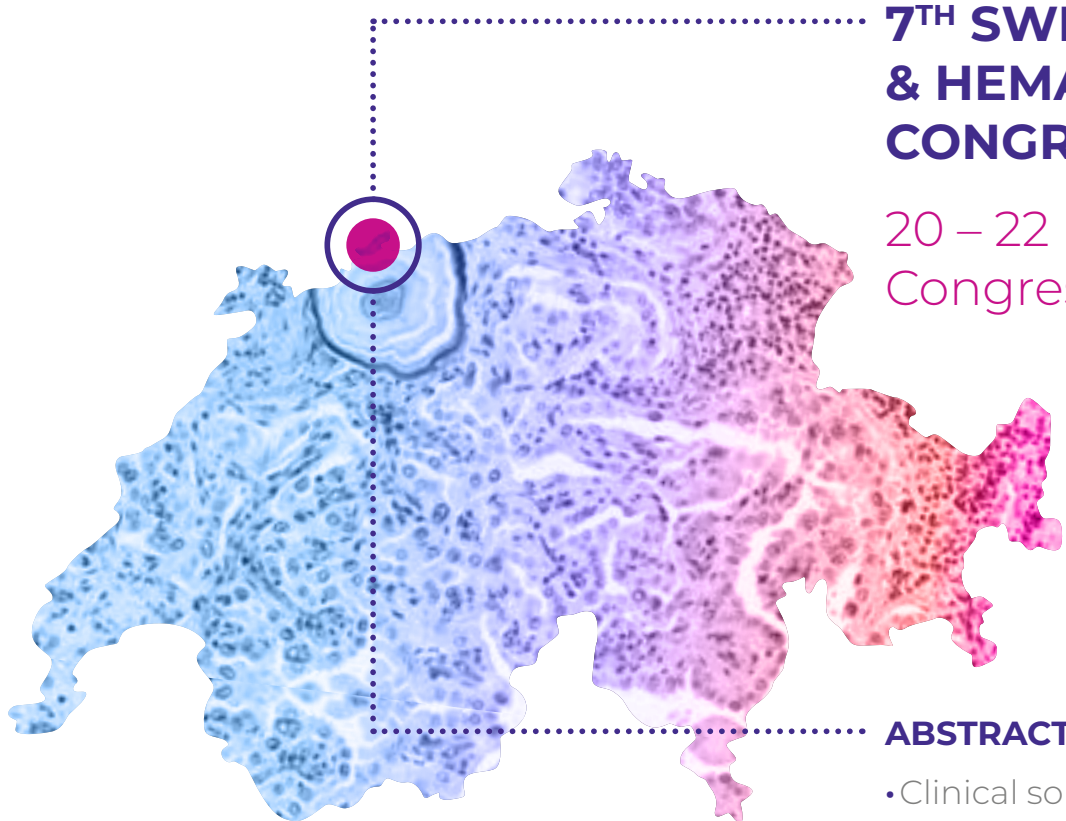
Les auteures et auteurs ont déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts potentiels.

### Author Contributions

Concept: IEH, LM, MS et JP; méthodologie: IEH; analyse formelle: MG; visualisation: MG; rédaction/révision/édition: IEH, LM, MS; supervision: IEH. Tous les auteurs et auteures ont lu le manuscrit soumis et sont co-responsables de tous les aspects du travail.

### Références

- Oakeshott P, Hunt GM, Poulton A, Reid F. Expectation of life and unexpected death in open spina bifida: a 40-year complete, non-selective, longitudinal cohort study. *Dev Med Child Neurol.* 2010;52(8):749–53.
- Van Wallegghem N, Macdonald CA, Dean HJ. Evaluation of a systems navigator model for transition from pediatric to adult care for young adults with type 1 diabetes. *Diabetes Care.* 2008;31(8):152930.
- Eriks-Hoogland I, Baumberger M, Crone A, Huber B, Jordan X, Michel F, et al., Hrsg. S2k-Leitlinie Lebenslange Nachsorge für Menschen mit Querschnittlähmung; AWMF-Register-Nr. 179-014 [Internet]. Frankfurt a. Main: Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF); 2022 [consulté le 28.06.2024]. Disponible sur: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/179-014>
- Benninger I, Lampart P, Mueller G, Augutis M, Eriks-Hoogland I, Grunt S, et al. Needs and research priorities for young people with spinal cord lesion or spina bifida and their caregivers: a national survey in Switzerland within the PEPSCI Collaboration. *Children (Basel).* 2022;9(3):318.
- Palisano R, Rosenbaum P, Walter S, Russell D, Wood E, Galuppi B. Development and reliability of a system to classify gross motor function in children with cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol.* 1997;39(4):214–23.
- Heyns A, Negrini S, Jansen K, Moens P, Schelfaut S, Peers K, Kiekens C. The prevalence of scoliosis in spina bifida subpopulations: a systematic review. *Am J Phys Med Rehabil.* 2018;97(11):848–54.
- Wong S, O'Connor L, Twist A, Moseley G, Langan R, Smith E, et al., Hrsg. Multidisciplinary Association for Spinal Cord Injury Professions (MASCIP) Guidelines for weight-management in individuals with spinal cord injury [Internet]. Aylesbury (UK): National Spinal Injuries Center; 2019. [consulté le 28.06.2024]. Disponible sur: <https://www.mascip.co.uk/wp-content/uploads/2019/10/03-May-2018-Wong-et-al-MASCIP-Weight-Management-Guidelines-for-People-with-a-Spinal-Cord-Injury.pdf>
- Gesellschaft für Transitionsmedizin. S3-Leitlinie Transition von der Pädiatrie in die Erwachsenenmedizin; AWMF-Register-Nr. 186-001 [Internet]. Frankfurt a. Main: Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF); 2021 [consulté le 28.06.2024]. Disponible sur: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/186-001>



## 7<sup>TH</sup> SWISS ONCOLOGY & HEMATOLOGY CONGRESS

20 – 22 November 2024  
Congress Center Basel

### ABSTRACT TOPICS:

- Clinical solid tumor oncology
- Clinical hemato-oncology
- Experimental hematology / oncology
- Hemostasis, transfusion medicine, vascular, laboratory medicine, benign hematology
- Nursing, supportive & palliative care, rehabilitation & survivorship



SOHC – STRIVING FOR INDIVIDUALITY  
[WWW.SOHC.CH](http://WWW.SOHC.CH)



Schweizerisch-Milchschweideklinik Group  
Group of Oncology Palliative Care  
Group of Clinical Practice Science  
Swiss Pediatric Oncology Group



Swiss Society for Radiation Oncology  
Schweizerische Gesellschaft für Radioonkologie  
Societá Svizzera Italiana di Oncologia  
Societá Svizzera della Radio-Oncologia



Onkologiepflege Schweiz  
Soins en Oncologie Suisse  
Cure Oncologiche Svizzera



krebsforschung schweiz  
recherche suisse contre le cancer  
ricerca svizzera contro il cancro  
swiss cancer research



gemeinsam + kompetent  
ensemble + compétent  
insieme + con competenza



swiss hemophilia network  
schweizerisches hämophilie-netzwerk  
reteve svizzera del Tirofegapar  
reteve svizzera d'emofilia

## Rare allergie de type immédiat

# Anaphylaxie IgE-médiée à la méthylprednisolone

Dr méd. Ulrich Mani-Weber<sup>a</sup>; Dr méd. Jeannine Hullin<sup>b</sup>; Dr méd. Darius Kazanavicius<sup>b</sup>; Dr méd. dent. et dipl. méd. Alejandra Maldonado<sup>b</sup><sup>a</sup> Allergiepraxis BEO AG, Thun; <sup>b</sup> Notfallzentrum Spital Thun, Thun

## Contexte

Toute anaphylaxie devrait faire l'objet d'un bilan allergologique en raison de sa dangerosité et du risque élevé de récurrence. En particulier en cas de polythérapie, il est impossible de tirer des conclusions basées sur la probabilité quant au déclencheur causal. C'est ce qu'illustre le présent cas d'une rare allergie de type immédiat à la méthylprednisolone.

## Présentation du cas

### Anamnèse

Suite à un accident de la route, une patiente de 23 ans a reçu du fentanyl, du paracétamol et du métamizole par voie intraveineuse dans le cadre des soins primaires. Comme il est possible qu'elle ait déjà été victime par le passé d'une réaction à un produit de contraste radiologique, une prémédication par 2 mg de clémastine et 125 mg de méthylprednisolone (MP) a été administrée par voie intraveineuse avant la réalisation d'une tomodensitométrie avec produit de contraste. Immédiatement après, une urticaire généralisée, des œdèmes palpébraux et des troubles respiratoires sont apparus, sans instabilité circulatoire et avec une saturation en oxygène normale sous administration de 7 L d'oxygène. La dyspnée a diminué après l'administration de 50 µg

d'adrénaline en intramusculaire et par inhalation. L'administration subséquente du produit de contraste (ioméprol) n'a pas entraîné de détérioration de l'état de la patiente.

Il a été supposé qu'il s'agissait d'une réaction allergique au métamizole ou aux additifs, et la patiente a d'abord été placée sous surveillance médicale intensive. Elle a pu rentrer chez elle le jour même (diagnostic: traumatisme cranio-cérébral I°). Un kit d'urgence lui a été remis (2 × 5 mg de lévocétirizine, 2 × 50 mg de prednisolone, 300 µg d'adrénaline en auto-injecteur) et un bilan allergologique a été prescrit.

Six mois plus tard, la patiente a indiqué, dans le cadre du bilan, que l'urticaire avait persisté pendant plus d'une semaine après la réaction, malgré un traitement quotidien par 5 mg de lévocétirizine et 50 mg de prednisolone. Elle a ensuite effectué une «désintoxication», suite à quoi elle a pu arrêter les médicaments et l'urticaire a disparu.

L'allergologue connaissait déjà la patiente pour son atopie. Jusqu'en 2015, elle était traitée par budésonide/formotérol pour un asthme. Auparavant, d'autres corticostéroïdes (CS) avaient été utilisés pour des problèmes d'eczéma.

### Résultats

Six mois après l'évènement, tous les médicaments administrés à l'époque ont été testés

dans le cadre du bilan allergologique. Un résultat positif a été obtenu uniquement pour la MP (tab. 1).

Douze jours plus tard, des tests cutanés ont été effectués avec des CS des groupes structuraux I à III (tab. 2), avec à nouveau un résultat positif pour la MP (fig. 1), mais pas pour les autres CS du même groupe, y compris la prednisolone.

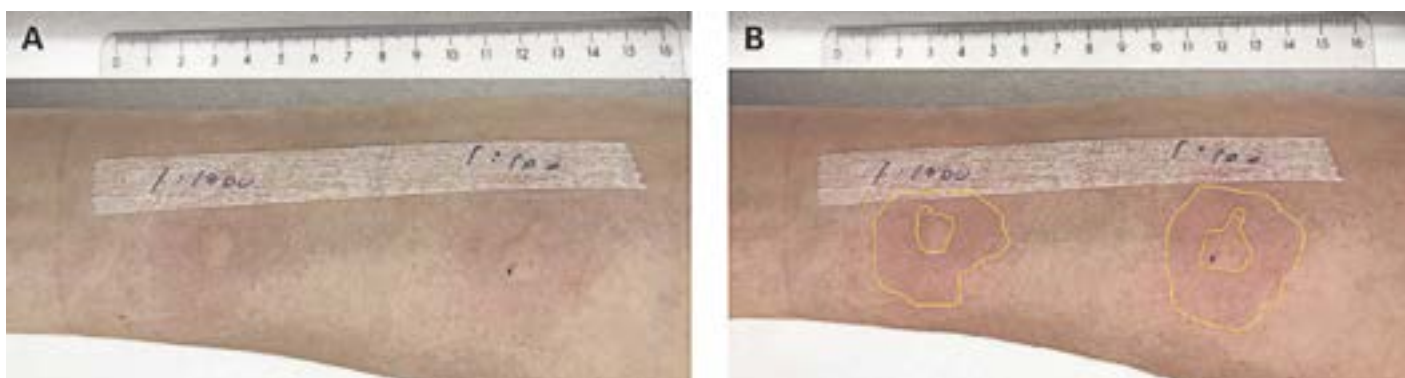
D'autres CS ont été testés, car les médicaments peuvent entraîner des réactions croisées en cas de similitudes structurales. La classification des CS en groupes structuraux selon [1], retenue dans le tableau 2, n'est qu'une des différentes classifications possibles, considérées comme controversées.

La tryptase sérique basale était de 3,6 µg/l (valeur normale dans le laboratoire mandaté: <11,0 µg/l).

La clémastine ne peut pas être testée par voie cutanée (type immédiat). Un test d'activation des basophiles avec la clémastine et la MP (tous deux expérimentaux) et le métamizole s'est révélé négatif.

### Traitement, évolution, recommandations

La patiente a reçu un passeport d'allergie provisoire. Elle a été informée que des CS pouvaient être contenus dans des antiasthmatiques



**Figure 1:** Test intradermique positif au méthylprednisolone-21-succinate 1:100 (papule de droite) et 1:1000 (papule de gauche), en version native (A) et avec délimitation marquée (B).



Tableau 1: Tests cutanés effectués

Substance	Nom commercial/distributeur	TID	Scr
<b>6 mois après la réaction index</b>			
Métamizole 20 mg/ml Métamizole 2 mg/ml	Novalgin®	-	-
Paracétamol 10 mg/ml Paracétamol 5 mg/ml	Dafalgan®	-	-
Fentanyl 0,005 mg/ml Fentanyl 0,0005 mg/ml	Fentanyl®	-	-
Méthylprednisolone-21-succinate 6 mg/ml Méthylprednisolone-21-succinate 0,6 mg/ml	Solu-Moderin® 125	22/50 11/35	-
Ioméprol 30 mg/ml Ioméprol 3 mg/ml	Iomeron®	-	-
<b>12 jours après le 1<sup>er</sup> test</b>			
Hydrocortisone 10 mg/ml <sup>a</sup>	Solu-Cortef®	-	-
Tixocortol-21-pivalate 10 mg/ml <sup>a</sup>	distribué par SmartPractice®	-	-
Prednisolone 40 mg/ml <sup>a</sup>	Spiricort®	-	-
Méthylprednisolone-21-succinate 6 mg/ml <sup>a</sup> Méthylprednisolone-21-succinate 0,6 mg/ml Méthylprednisolone-21-succinate 0,06 mg/ml	Solu-Moderin® 125 <sup>d</sup>	12/45 15/45 12/40	-
Triamcinolone-acétonide 8 mg/ml <sup>b</sup>	Kenacort A Solubile®	-	-
Fluocinonide 0,5 µg/mg <sup>b</sup>	Topsym®	-	-
Dexaméthasone 3,4 mg/ml <sup>c</sup> Dexaméthasone 1,7 mg/ml	Mephameson®	-	-
Mométasone-17-furoate 1 µg/mg <sup>c</sup>	Elocom®	-	-
Clobétasol-17-propionate 0,5 µg/mg <sup>c</sup>	Dermovate®	-	-
Propylène glycol 50 mg/ml	distribué par SmartPractice®	-	-

Lecture après 15 minutes; contrôle positif: histamine 1:10<sup>4</sup> intradermique; contrôle négatif: NaCl 0,9%. Chiffres: diamètre de la papule/rougeur [mm]. <sup>a</sup> Groupe structurel I, <sup>b</sup> Groupe structurel II, <sup>c</sup> Groupe structurel III selon [1] (cf. tab. 2), <sup>d</sup> Excipients dans la préparation de méthylprednisolone-21-succinate: natrii dihydrogenophosphas monohydricus, dinatrii phosphas, natrii hydroxidum. Abréviations: TID = test intradermique; Scr = scratch-test.

et d'autres médicaments souvent utilisés chez les personnes atopiques, qu'elle avait déjà reçus par le passé. L'allergologue a recommandé des tests de provocation avec des CS des groupes structurels II et III, afin de pouvoir lui proposer des alternatives de CS tolérées, étant donné qu'en cas d'allergies de type immédiat, des réactions croisées se produisent aussi entre différents groupes de CS. La patiente les a refusés, car elle ne voulait pas s'exposer au risque de nouvelles réactions allergiques. Il a donc été convenu par écrit pour toutes les personnes impliquées que les CS du groupe I seraient contre-indiqués chez la patiente et qu'elle ne pourrait être réexposée que de manière progressive à d'autres CS en présence d'une prédisposition à l'anaphylaxie.

## Discussion

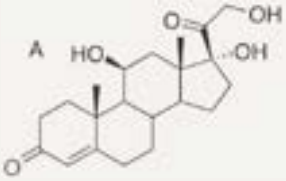
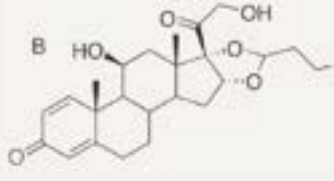
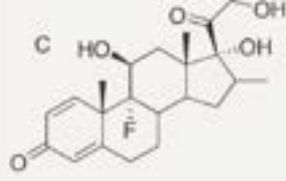
Comme suggéré dans le compte-rendu d'hospitalisation, le métamizole était certes un allergène beaucoup plus probable que la MP, mais l'anaphylaxie s'est produite immédiatement après l'administration de MP et il y avait une sensibilisation évidente à la MP. Paradoxalement, il s'agissait donc d'une allergie de type immédiat IgE-médiée à la MP, qui aurait en réalité dû protéger la patiente d'une réaction allergique.

Alors que les allergies de type retardé aux CS sont occasionnelles (prévalence estimée pour les CS topiques: 0,2-5%), les allergies de type immédiat sont très rares et ne sont pas associées à des allergies de type retardé [1]. Dans la littérature, en grande partie ancienne, il n'y a

presque que des descriptions de cas (recherche par mots-clés sur PubMed pour «anaphylaxie à la méthylprednisolone»: 34 Case Reports depuis 1981 concernant 42 patientes et patients [2-35], dont 1 décès [22]). Dans un article de revue, la fréquence des réactions de type immédiat par administration de CS a été estimée à 0,1-0,5% – principalement sous forme d'anaphylaxies (60,8%). Le déclencheur le plus fréquent était la MP, suivie de la prednisolone (40,8% et 25,8% respectivement) [36]. Les voies d'administration étaient variables (par ex. intraveineuse, intra-articulaire, orale). Les atopiques étaient souvent exposés aux CS et donc surreprésentés dans les publications, tout comme les diagnostics «transplantation rénale» [32, 33, 37, 38] ou «sclérose en plaques» [18, 25, 30, 31].

## Le cas particulier

Tableau 2: Classification simplifiée des corticostéroïdes, groupes structurels I-III [1]

Groupe	I	II	III
<b>Caractéristiques</b>	Pas de substitution méthyle en C16 Pas d'halogénéation (dans la plupart des cas)	Structure cis-cétal/diol en C16/C17 Halogénéation (dans la plupart des cas, sauf*)	Substitution méthyle en C16 Halogénéation (sauf*)
<b>Structure</b>			
<b>Représentants typiques</b>	Budésoude Cloprednol Acétate de cortisone Acétate de dichlorisone Difluprednate Acétate de fludrocortisone Fluorométholone Acétate de fluprednisolone Hydrocortisone Acéponate d'hydrocortisone Acétate d'hydrocortisone 17-butyrate d'hydrocortisone 21-butyrate d'hydrocortisone Hémisuccinate d'hydrocortisone Acétate d'isofluprednone Maziprédone Médrysone Acéponate de méthylprednisolone Acétate de méthylprednisolone Hémisuccinate de méthylprednisolone Prednicarbate Prednisolone Caproate de prednisolone Civalate de prednisolone Métsulfobenzoate sodique de prednisolone Hydrogénosuccinate de prednisolone Prednisonne Pivalate de tixocortol Triamcinolone	Amcinonide Budésoude (isomère R) <sup>^</sup> Désoude* Fluchloronide Flumoxonide Flunisolide Acétonide de fluocinolone Fluocinonide Halcinonide* Acétonide de triamcinolone Bénétonide de triamcinolone Diacétate de triamcinolone Hexacétonide de triamcinolone	Dipropionate d'alclométhasone Dipropionate de béclométhasone Bétaméthasone 17-valérate de bétaméthasone Dipropionate de bétaméthasone Phosphate de sodium de bétaméthasone Propionate de clobétasol Butyrate de clobétasol Cortivazol* Désouméthasone Dexaméthasone Acétate de dexaméthasone Phosphate sodique de dexaméthasone Valérate de difluorcortolone Diacétate de diflorasone Pivalate de fluméthasone Butyle de fluocortine Fluocortolone Caprylate de fluocortolone Pivalate de fluocortolone Acétate de fluprednidène Halométhasone Meprednisone* Propionate de fluticasone Furoate de mométhasone

<sup>^</sup> Ne peuvent qu'exceptionnellement présenter une réaction croisée avec les acétonides.

© 2011 John Wiley & Sons A/S. Reproduction et traduction avec l'aimable autorisation.

Il faut toutefois s'attendre à un nombre élevé de cas non identifiés: en cas d'administration de CS en raison d'une réaction allergique de type immédiat, les symptômes déclenchés sont identiques aux symptômes préexistants. En outre, le cas présent illustre de manière exemplaire que les CS en tant qu'allergènes ont tendance à ne pas apparaître dans le radar clinique (et ne sont alors pas explorés) et sont souvent utilisés en association avec d'autres médicaments, qui entrent davantage en ligne de compte comme déclencheurs.

Il n'existe que peu de travaux dans lesquels les allergies de type immédiat aux CS ont également été étudiées par des tests. Les tests intradermiques semblent avoir une assez bonne sensibilité (74-93% [16, 24, 39, 40]); la sensibilité des prick-tests est, sans surprise, insuffisante [39, 40, 41, 42], un phénomène bien connu dans les allergies médicamenteuses. Toutefois, il existe aussi des résultats positifs aux prick-tests [43, 44].

Les CS contenant du succinate, comme la MP ou l'hydrocortisone, semblent être beaucoup plus souvent responsables de réactions de type immédiat que ceux contenant du phosphate, comme la dexaméthasone ou la bétaméthasone [29, 36, 37], mais ils sont aussi plus souvent utilisés.

Les excipients des préparations de CS ne doivent pas être oubliés en tant qu'allergènes: dans une étude, 5 personnes sur 9 avec un test cutané rapide ou un test de provocation positif n'étaient pas allergiques aux CS, mais à la carboxyméthylcellulose ou au polyéthylène glycol [42]; 3 autres publications (4 patientes et patients) présentaient aussi des sensibilisations IgE-médiées à la carboxyméthylcellulose, y compris au test d'activation des basophiles [43, 45, 46]. Dans notre cas, cela a été exclu (tab. 1).

Concernant la problématique de la réactivité croisée, qui a été bien étudiée pour les allergies de type retardé [1], il existe trop peu de données pour les allergies de type immé-

diat. La MP et l'hydrocortisone semblent souvent présenter des réactions croisées [40, 41], mais il existe aussi des personnes monosensibilisées au sein d'un groupe [40, 47], comme dans notre cas. Une réactivité croisée entre les groupes I et III établie par test a été démontrée chez 6 des 14 personnes examinées; en outre, un test intradermique négatif ne semble pas exclure avec certitude une allergie (test de provocation positif à la dexaméthasone suite à un test intradermique négatif chez 1 personne sur 6 [40], y compris dans une étude de cas [41]). Il est donc difficile de proposer des alternatives sûres aux personnes concernées; outre les tests cutanés, il est conseillé de procéder également à des tests de provocation.

Notre patiente pourrait également avoir présenté une réaction allergique à la prednisolone prise après sa sortie de l'hôpital, car elle a continué à souffrir d'urticaire sous traitement, qui n'a disparu qu'après son arrêt. Le fait que les tests cutanés avec d'autres CS du

## L'essentiel pour la pratique

- Une réaction allergique aux corticostéroïdes (CS) est rare. Il est toutefois important de la reconnaître. Des réactions croisées à différents corticostéroïdes sont possibles.
- En cas d'apparition de symptômes typiques d'une allergie immédiatement après l'administration d'un CS ou d'aggravation aiguë de symptômes existants, il convient d'envisager une allergie de type immédiat au CS.
- Une anamnèse précise (déroulement chronologique, recherche de tous les déclencheurs potentiels) fournit des indications décisives sur la cause d'une anaphylaxie.
- Toute anaphylaxie doit faire l'objet d'un bilan allergologique (taux d'élucidation d'environ 94%) afin d'éviter les récurrences, qui peuvent être létales.
- Le bilan allergologique doit être réalisé rapidement après la réaction index, et dans les six mois en cas d'allergie médicamenteuse.

groupe I se soient révélés négatifs pourrait aussi avoir d'autres raisons (sensibilité plus faible pour le scratch-test que pour le test intradermique; réactivité plus faible pour les CS à réaction croisée lorsque la MP est l'allergène primaire).

Le cas présent conforte la nécessité d'un bilan allergologique pour toute anaphylaxie, d'une part en raison de son risque médical: sans évaluation, la patiente aurait probablement été réexposée aux CS sans protection et donc exposée à un nouveau risque d'anaphylaxie. La réexposition à un allergène peut être fatale en cas d'allergie de type immédiat, notamment en cas d'administration parentérale à haute dose. D'autre part, les investigations allergologiques produisent parfois – comme ici – des résultats surprenants.

Pour cela, les anaphylaxies doivent d'abord être identifiées en tant que telles. Elles peuvent être d'intensité légère (par ex. urticaire à prédominance tronculaire) et alors être négligées ou considérées comme non pertinentes. Elles peuvent aussi être atypiques (par ex. choc anaphylactique sans urticaire). Le dosage de la tryptase réactive pendant la réaction aiguë est utile [48].

Les récurrences d'anaphylaxie sont fréquentes (jusqu'à 57,27 événements / 100 patients-années [49]). Il est estimé que seule 1 anaphylaxie sur 3 fait l'objet d'une évaluation [50]. En 2011, le taux d'élucidation des anaphylaxies dans le cadre du bilan allergologique était d'environ 94% [51] et il pourrait être supérieur aujourd'hui en raison des progrès technologiques (analyse des IgE recombinantes).

Un autre enseignement à tirer de ce cas est la remise en question des routines cliniques. En tant que prémédication, les CS nécessitent un délai suffisant en raison de leur entrée en action retardée. Ils ne constituent donc pas un traitement primaire/d'urgence de l'anaphylaxie [51]. Il est possible qu'ils agissent contre les réactions de phase tardive, qui peuvent survenir quelques heures après la réaction primaire dans environ 4,5% des cas [52]. Une administration pendant la réaction initiale ou peu après est cependant suffisante à cet effet.

Des études à plus grande échelle seraient souhaitables pour clarifier la réactivité croisée, la sensibilité et la spécificité des tests. Des études systématiques semblent cependant difficilement réalisables au vu du faible nombre de cas.

### Correspondance

Dr. med. Ulrich Mani-Weber  
Allergiepraxis BEO AG  
Bälliz 67  
CH-3600 Thun  
Webermani[at]hin.ch

### Ethics Statement

Un consentement éclairé écrit est disponible pour la publication.

### Conflict of Interest Statement

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

### Références recommandées

- 1 Baeck M, Goossens A. Immediate and delayed allergic hypersensitivity to corticosteroids: practical guidelines. *Contact Dermatitis*. 2012;66(1):38–45.
- 16 Patel A, Bahna SL. Immediate hypersensitivity reactions to corticosteroids. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2015;115(3):178–82.
- 24 Baker A, Empson M, The R, Fitzharris P. Skin testing for immediate hypersensitivity to corticosteroids: a case series and literature review. *Clin Exp Allergy*. 2015;45(3):669–76.
- 35 Nakamura H, Matsuse H, Obase Y, Mitsuta K, Tomari S, Saeki S, et al. Clinical evaluation of anaphylactic reactions to intravenous corticosteroids in adult asthmatics. *Respiration*. 2002;69(4):309–13.
- 36 Baeck M, Marot L, Nicolas JF, Pilette C, Tennstedt D, Goossens A. Allergic hypersensitivity to topical and systemic corticosteroids: a review. *Allergy*. 2009;64(7):978–94.



### Références

La liste complète des références est disponible sur: <https://smf.swisshealthweb.ch/fr/article/doi/fms.2024.1308707175>.



**Dr méd. Ulrich Mani-Weber**  
Allergiepraxis BEO AG, Thun

Annonce

Berufsverband  
Medizin

7 SIWF-  
Credits

## Fortbildung: Arztzeugnis im Care/Case Management

Besuchen Sie den Fortbildungstag am 10. Oktober im Hotel St. Gotthard in Zürich zu diesen Themen:

- Rechtliche Anforderungen an Arztzeugnisse
- Relevante Kriterien angemessen gewichten
- Care/Case Management sinnvoll nutzen



### Jetzt anmelden

Die Fortbildung ist vom SIWF anerkannt, die Teilnahme kostet 600 CHF. Anmeldung: [www.berufsverband-medizin/veranstaltungen](http://www.berufsverband-medizin/veranstaltungen)

**Berufsverband Medizin**  
Gotthardstrasse 6, 8002 Zürich  
044 207 29 00  
verband@berufsverband-medizin.ch  
[www.berufsverband-medizin.ch](http://www.berufsverband-medizin.ch)

# OFFRES ET DEMANDES D'EMPLOI

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

## Insertionen

### Inseratenannahme

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

### Insertionspreise exkl. MWST

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

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

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

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

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

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

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

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

Alle Preise zuzüglich 8,1% MWST.

Annahmeschluss: 14 Tage vor Erscheinen

Mediadaten: [www.saez.ch/stellenmarkt](http://www.saez.ch/stellenmarkt)

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

Délai de remise: 14 jours avant parution



206695-33-34

## Chef ou Cheffe de clinique à l'Unité de nutrition

### Vos activités

L'Unité de nutrition assure la prise en charge nutritionnelle théorique et pratique de la patientèle hospitalisée et ambulatoire. Au sein de l'Unité, vous vous chargez de la prise en charge des consultations de nutrition clinique de la patientèle (par exemple : incapacités à s'alimenter, troubles métaboliques primaires ou secondaires aux maladies cachectisantes, support nutritionnel artificiel par sonde digestive ou cathéter intraveineux).

Vous participez à la formation pré- et post-graduée dispensée aux étudiants et étudiantes en médecine et de la Haute Ecole de diététique de Genève, ainsi qu'au personnel soignant des HUG.

Vous contribuez à l'élaboration de protocoles de soins nutritionnels, de recherche clinique et à la rédaction d'articles scientifiques dans le domaine de la nutrition.

### Votre profil

Vous êtes titulaire d'un diplôme fédéral de médecin ainsi que d'une spécialité en médecine interne générale. Vous avez un intérêt marqué pour la nutrition, et vous vous intéressez à l'enseignement et à la recherche en nutrition clinique. Une expérience en nutrition et en recherche clinique, ainsi que la maîtrise de l'anglais sont un atout. La maîtrise de la langue française est requise (niveau C1 minimum).

Les HUG regroupent plus de 12'000 collaborateurs et collaboratrices et rayonnent à l'international, autant d'opportunités de se développer tant au niveau médical qu'académique.

### Vous avez envie de nous rejoindre ?

➔ [www.hug.ch/emploi](http://www.hug.ch/emploi)

**L'ESSENTIEL C'EST VOUS**



The Faculty of Science and Medicine of the University of Fribourg/Switzerland and the Department of Oncology, Microbiology and Immunology

invites applications for an open-rank position of

## Professor in Experimental Pathology (80–100%)

Qualified applicants must have an outstanding track record of research in the field of experimental pathology using state-of-the-art approaches, preferentially in but not limited to experimental oncology. The candidate will teach general and systemic pathology at the Bachelor level to students of Medicine and Biomedical Sciences and contribute to the Master program "Experimental biomedical research".

The successful candidate will develop an internationally recognized competitive research program sustained by external funding. Relevant teaching experience at university level is expected. The University of Fribourg is bilingual, French and German. Knowledge of either is necessary for teaching/administration and if necessary, should be acquired within two years.

The closing date for applications is 30.09.2024.

More information and applications exclusively via the official Faculty of Science and Medicine – University of Fribourg recruiting tool: [www.unifr.ch/scimed/positions/](http://www.unifr.ch/scimed/positions/).

202326-33-34



**The Ente Ospedaliero Cantonale (EOC) and  
the Università della Svizzera italiana (USI)**

are seeking applications for the position of

**Head of the Division of Internal Medicine at the Regional Hospital of Lugano  
Full Professor of Internal Medicine at the Università della Svizzera italiana**

**The successful applicant will hold the positions of:**

- Head, Division of Internal Medicine at the Regional Hospital of Lugano
- Full Professor of Internal Medicine at the Faculty of Biomedical Sciences of the Università della Svizzera italiana in Switzerland, Institute of Human Medicine, with responsibility for organizing the theoretical and clinical teaching of internal medicine as part of the training programs in human medicine.

**Essential criteria**

The candidate must have:

- postgraduate qualification in internal medicine in accordance with Art. 20 and 21 of the Federal Law on University Medical Professions (LPMed). For foreign qualifications, Mebeko recognition is required before starting work at the EOC;
- established experience in internal medicine, preferentially with expertise in a hospital acute Medicine service, acquired at least in a leading role at a university or cantonal hospital or equivalent foreign institution;
- academic qualification to teach internal medicine at a Swiss or foreign university;
- strong and proven leadership with the ability to influence the strategic development of the Lugano public hospitals;
- solid and proven experience in the clinical management of an acute reference hospital;
- ability to manage quality and clinical governance programs for the Service's medical staff;
- willingness to collaborate with a proven team of physicians active in the various fields of internal medicine, both at the Lugano site and at the other EOC sites, in order to continue its development and maintain its clinical excellence;
- willingness to promote a multidisciplinary and interprofessional team culture aimed at improving patient management and patient care;
- solid and proven experience in the management of a hospital service and commitment to actively contribute and support the achievement of the objectives of the hospital as a whole (finance, resources, organisation, projects);
- commitment and ability to foster and strengthen the collaboration with local doctors and other health providers;
- commitment to develop training program that foster the academic progression of staff members, ensuring continuity with the activities already developed;
- evidence of current academic teaching, the development of basic and continuing education in internal medicine;
- established experience in conducting a research program (clinical, translational and/or fundamental) with a track record of scientific publications on the specific topics of the call and in obtaining research funding;
- willingness to collaborate with members of the Faculty of Biomedical Sciences of the Università della Svizzera italiana in the definition and implementation of study paths and the development of research within the Faculty;
- interest and motivation to promote projects and positions related to the concept of equal opportunities;
- excellent knowledge of Italian and English and ideally one other national language.

**The successful applicant will be offered**

- the opportunity to join a solid and experienced staff;
- the role of head of the Division of Internal Medicine at the Regional Hospital of Lugano;
- involvement in the board of directors of the EOC Department of Medicine;
- involvement as full professor in a new and dynamic Faculty of Biomedical Sciences;
- active participation in the Master in Human Medicine of the USI Faculty of Biomedical Sciences.

The starting date is 1<sup>st</sup> May 2025, subject to negotiation.

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

USI and EOC aspire to be an exemplary university and employer, ensuring equal opportunities in recruitment, development, retention and promotion of staff, and that no-one is disadvantaged on the basis of their gender, cultural background, disability, sexual orientation or identity. As an institution that promotes diversity and inclusion, USI encourages applications from women and all people belonging to underrepresented categories.

Applications, in electronic format, complete with curriculum vitae and copies of study and work certificates, must be uploaded on the dedicated platform, at the following address: <http://www.eoc.ch/Offerte-lavoro.html> by **06.09.2024**. Incomplete applications, received at other addresses, in paper format or after the deadline, will not be accepted.

For further information, please contact:

Clinical matters:

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

Academic matters:

Prof. Dr. med. Giovanni Pedrazzini, Dean, Faculty of Biomedical Sciences, Università della Svizzera italiana (giovanni.pedrazzini@usi.ch - Phone +41 58 666 49 00).

Bellinzona / Lugano, the 14th of August 2024



Universität  
Basel

## Professur Pädiatrische Klinische Pharmakologie (open-rank)

Zu besetzen ab 1. Mai 2025 oder nach Vereinbarung

Die Medizinische Fakultät der Universität Basel und das Universitäts-Kinderspital Beider Basel suchen einen/ eine **Professor/in für Pädiatrische Klinische Pharmakologie**

Diese forschungsfokussierte Position bietet die einmalige Gelegenheit, die Abteilung für Pädiatrische Klinische Pharmakologie am Universitäts-Kinderspital Beider Basel (UKBB) zu leiten und zur Förderung von exzellenter medizinischer Forschung, klinischer Versorgung und Ausbildung auf dem Gebiet der pädiatrischen klinischen Pharmakologie beizutragen. Die Universität Basel bietet ein sehr attraktives, international anerkanntes Umfeld für die Forschung in den Life Science Wissenschaften und der pharmakologischen Forschung. In Basel befinden sich auch die Hauptsitze führender Pharma- und Biotechnologieunternehmen. Die 2013 eingerichtete Professur für Pädiatrische Klinische Pharmakologie ist einzigartig in der Schweizer Hochschullandschaft.

### Ihre Aufgaben

Sie sind verantwortlich für die Leitung der Abteilung für Pädiatrische Klinische Pharmakologie am Universitätskinderspital Beider Basel (UKBB). Als Forschungsgruppenleiter/in leiten Sie ein klinisches oder translationales Forschungsteam und schaffen ein fruchtbares Umfeld für exzellente Forschung innerhalb der Forschungsabteilungen der Medizinischen Fakultät der Universität Basel und des UKBB. Sie unterstützen andere pädiatrische Fachbereiche am UKBB bei komplexen pädiatrischen Behandlungsentscheidungen und fördern innovative Therapieansätze. Darüber hinaus tragen Sie in Ihrem Fachgebiet zur Ausbildung von Medizinstudierenden, Assistenz- und Oberärzt:innen sowie zu unseren Master- und Doktorandenprogrammen bei.

### Ihr Profil

Sie sind Arzt/ Ärztin oder klinische Pharmazeutin/klinischer Pharmazeut idealerweise mit Facharzttitel in der Pädiatrie. Sie verfügen über einen international anerkannten, herausragenden Forschungsausweis in pädiatrischer klinischer Pharmakologie, beispielsweise in den Bereichen pädiatrische klinische Studien, Pharmakometrie, Modellierung und Simulation, personalisierte pädiatrische Pharmakologie, Entwicklungspharmakologie oder Arzneimittelformulierung und -abgabe. Sie sind vertraut mit der Integration neuer digitaler und datengetriebener Technologien (Big-Data-Verfahren, Machine Learning, künstliche Intelligenz). Sie haben eine breite klinische Erfahrung in der pädiatrischen Pharmakologie, die es Ihnen ermöglicht, komplexe Behandlungsentscheidungen in verschiedenen pädiatrischen Subspezialitäten zu unterstützen. Sie verfügen über ausgewiesene Führungserfahrung und ausgezeichnete Kommunikationsfähigkeiten in einem akademischen Umfeld, das es Ihnen ermöglicht, ein attraktives Arbeitsumfeld zu schaffen, kreatives Denken und Handeln zu inspirieren und Ihre Mitarbeitenden zu fördern. Sie sprechen Deutsch oder sind bereit, Deutsch zu lernen, um in der Klinik beraten zu können.

### Wir bieten Ihnen

- Eine abwechslungsreiche Tätigkeit in einem universitären und klinischen Umfeld
- Ein innovatives, interdisziplinäres und offenes Forschungsumfeld
- Eine verantwortungsvolle Führungsaufgabe
- Eine interdisziplinäre Zusammenarbeit in einem zukunftsorientierten Unternehmen
- Attraktive Anstellungsbedingungen
- Attraktive universitäre Dotierung für Lehre und Forschung

Die Universität Basel und das Universitätskinderspital Beider Basel stehen für Exzellenz durch Vielfalt und setzen sich für Chancengleichheit und Familienfreundlichkeit ein. Im Bestreben, den Frauenanteil bei den Professuren zu erhöhen, ist die Universität besonders an Bewerbungen von Frauen interessiert.

### Bewerbung / Kontakt

Für weitere Informationen wenden Sie sich bitte an die Vorsitzende der Berufungskommission, Prof. Christiane Pauli-Magnus (Tel. Assistentin Fr. Daniela Dimmeler: +41 61 328 51 48; E-Mail: [Christiane.Pauli-Magnus@usb.ch](mailto:Christiane.Pauli-Magnus@usb.ch)) oder an die Wissenschaftliche Koordinatorin für Berufungsangelegenheiten, Dr. Simone Neu (Tel.: +41 61 207 61 64; E-Mail: [berufungen-mezizin@unibas.ch](mailto:berufungen-mezizin@unibas.ch)).

Bewerbungen müssen bis zum 07.08.24 eingereicht werden. Wir bitten Sie, sich ausschliesslich über das online Bewerbungsportal der Universität Basel und wie im Leitfaden (<https://medizin.unibas.ch/de/karriere/offene-stellen/>) beschrieben zu bewerben.



Universität  
Basel

## Professur für Herzchirurgie Ab 01.01.2025 oder nach Vereinbarung

Die Medizinische Fakultät der Universität Basel und das Universitäre Herzzentrum des Universitätsspitals Basel suchen **eine Professorin / einen Professor für Herzchirurgie in Verbindung mit der Funktion der Chefärztin / des Chefarztes der Klinik für Herzchirurgie**

Die Klinik für Herzchirurgie ist Teil des Universitären Herzzentrums des Universitätsspitals Basel und ist die zentrale herzmedizinisch-universitäre Versorgungseinrichtung für die gesamte Nordwestschweiz und darüber hinaus. Mit dem "Cardiovascular Research Institute Basel" verfügt das Universitäre Herzzentrum über eine weltweit anerkannte Forschungsinstitution. Die Forschungsausrichtung der Professur ist grundsätzlich offen. Allerdings ist transplantations-chirurgische Forschung wegen der fehlenden HSM-Zulassung nicht durchführbar.

### Ihre Aufgaben

Sie sind in medizinischer, ökonomischer und organisatorischer Hinsicht verantwortlich für den herzchirurgischen Fachbereich des Universitären Herzzentrums des Universitätsspitals Basel, welches sie mit einem starken kardiologischen Partner führen. Durch Ihre klinische Expertise und Ihren Forschungshintergrund stärken Sie die nationale und internationale Sichtbarkeit der Herzmedizin an der Universität Basel. Ihre klinische Expertise und ihr Interesse an der ärztlichen Weiterbildung sichert und fördert die moderne Aus- und Weiterbildung von herzchirurgischen, kardiologischen und medizinischen Assistenten- und Oberärzten/innen gemäß den Vorgaben des Schweizerischen Instituts für ärztliche Weiter- und Fortbildungen (SIWF). Mit Ihrem Engagement in universitärer Forschung und Lehre begeistern Sie die Studierenden für ihr Fach und fördern den akademischen Nachwuchs in der Herzchirurgie und Kardiologie. Ihr partizipatives, zielorientiertes Führungsverständnis sichert ein attraktives Arbeitsumfeld für akademische und klinische Spezialisten sowohl in Ihrer Klinik als auch im gesamten Universitären Herzzentrum. Sie leiten eine herzchirurgische Forschungsgruppe und schaffen ein fruchtbares Umfeld für erfolgreiche Forschungsteams. Sie werden integraler Bestandteil des "Cardiovascular Research Institute Basel" und helfen dessen internationales, wissenschaftliches Renommee zu steigern.

### Ihr Profil

Sie besitzen eine breite klinische und wissenschaftliche Erfahrung in allen Gebieten der Herzchirurgie sowie höchste klinische Expertise in der minimalinvasiven Rekonstruktion von Herzklappen oder der offenen Chirurgie von Aorta ascendens und Aortenbogen. Sie weisen eine erfolgreiche eigene Forschungstätigkeit, inklusive kompetitiver Drittmittelerwerbung, in einem assoziierten Forschungsgebiet aus. Sie verfügen über ausgewiesene Führungserfahrung im akademischen Umfeld und haben vorzugsweise schon Erfahrung mit einem universitären Herzzentrum. Dank Ihrer ausgewiesenen Expertise, Ihren Führungs- und Kommunikationsfähigkeiten sowie Ihrer hohen Sozialkompetenz verschaffen Sie sich Akzeptanz und Vertrauen. Sie gestalten ein attraktives Arbeitsumfeld, inspirieren kreatives Denken und Handeln und fördern Ihre Mitarbeitenden und die interdisziplinäre Zusammenarbeit. Sie verfügen über sehr gute Deutschkenntnisse.

### Wir bieten Ihnen

- Eine herausfordernde und vielseitige Tätigkeit im universitären und klinischen Umfeld
- Ein innovatives, interdisziplinäres und offenes Forschungsumfeld
- Eine Beteiligung an einem exzellenten, international anerkannten, klinischen Forschungsinstitut
- Eine verantwortungsvolle Führungsrolle der Klinik und im Universitären Herzzentrum
- Eine interdisziplinäre Zusammenarbeit in einem zukunftsorientierten Unternehmen
- Attraktive Anstellungsbedingungen

Die Universität Basel und das Universitätsspital Basel stehen für Exzellenz durch Diversität und setzen sich für Chancengleichheit und Familienfreundlichkeit ein. Im Bestreben, den Frauenanteil bei den Professuren zu erhöhen, ist die Universität an Bewerbungen von Frauen besonders interessiert.

### Bewerbung / Kontakt

Für Auskünfte steht der Präsident der Berufungskommission, Prof. Martin Siegemund, (Tel.: +41 61 328 65 38; E-Mail: martin.siegemund@usb.ch) sowie die wissenschaftliche Koordinatorin für Berufungsangelegenheiten, Dr. Simone Neu (Tel. +41 61 207 61 64; berufungen-mezizin@unibas.ch) gerne zur Verfügung.

Bewerbungen sind bis 07.08.2024 einzureichen. Wir bitten Sie, sich ausschliesslich über das online Bewerbungsportal der Universität Basel und wie im Leitfaden (<https://medizin.unibas.ch/de/karriere/offene-stellen/>) beschrieben zu bewerben.

Die Salem Anästhesie AG in Bern sucht eine erfahrene Anästhesistin /einen erfahrenen Anästhesisten mit Führungsqualitäten für die Funktion der

## Fachgruppenleitung Anästhesie/“Chief Medical Officer” 80 – 100%

Die Salem Anästhesie AG ist ein eigenständiges Unternehmen mit Sitz am Hirslanden Salem-Spital Bern.

### IHRE AUFGABEN

- Personalführung und Organisation der Fachgruppe Anästhesie
- Vorsitz der Geschäftsleitung
- Vertreter der Fachgruppe Anästhesie im Klinikrat und primärer Ansprechpartner für Klinikleitung und Ärzteschaft
- Planung, Durchführung und Überwachung von Anästhesien bei operativen Eingriffen
- Sicherstellung der Einhaltung von Qualitätsstandards und Sicherheitsrichtlinien
- Entwicklung und Implementierung innovativer Anästhesiekonzepte
- Ausbildung und Supervision von medizinischem Personal

### IHR PROFIL

- Abgeschlossenes Medizinstudium und anerkannte Facharztweiterbildung in Anästhesiologie, bei ausländischem Äquivalent mit Anerkennung in der Schweiz
- Mehrjährige Berufserfahrung in einer leitenden Position im Bereich Anästhesie
- Fundierte Kenntnisse in allen modernen Anästhesieverfahren, Erfahrung in Intensivmedizin (Facharzttitle Intensivmedizin erwünscht, aber nicht Bedingung)
- Betriebswirtschaftliches Interesse, unternehmerisches Denken
- Hohe Führungskompetenz und ausgeprägte Sozial- und Kommunikationskompetenz

Es erwartet Sie ein motiviertes, engagiertes und multiprofessionelles Team in einer fortschrittlichen Arbeitsumgebung.

Wir bieten hervorragende Anstellungsbedingungen sowie berufliche Entwicklungsperspektiven im Rahmen einer Partnerschaft oder Mitinhaberschaft der Firma bei Interesse und Eignung.

Bitte senden Sie Ihre Bewerbungsunterlagen an [julia.beel@hirslanden.ch](mailto:julia.beel@hirslanden.ch).

Bei Fragen steht Ihnen Dr. med. Rafael Knüsel unter [rafael.knuesel@hirslanden.ch](mailto:rafael.knuesel@hirslanden.ch) gerne zur Verfügung.

205168-33-34

[www.ksw.ch/karriere](http://www.ksw.ch/karriere)

## TEAMLEITERIN/TEAMLEITER HÜFTCHIRURGIE ALS LEITENDE ÄRZTIN/LEITENDER ARZT

80–100%, nach Vereinbarung

Die Klinik für Orthopädie und Traumatologie ist die einzige A1-Klinik im Kanton Zürich. Neben einer hochspezialisierten elektiven Orthopädie über die ganze Breite des Fachgebietes ist das KSW auch eines von zwölf HSM-Zentren in der Schweiz für die Behandlung von Schwerstverletzten. Jährlich werden in unserer Klinik 5000 Eingriffe durchgeführt.

Für unser Hüft-Team suchen wir eine/-n engagierte/-n Kollegin/Kollegen mit mehrjähriger Erfahrung in einer Kaderposition im gesamten Spektrum der Hüftchirurgie. Gleichzeitig wird auch eine Erfahrung in Traumatologie des Bewegungsapparates erwartet.

### Deine Aufgaben

- Teamleitung und Fachverantwortung für die Hüftchirurgie sowie Führung des Hüft-Teams
- Weiterentwicklung des Fachgebietes und aktive Teilnahme an der Förderung und Weiterbildung der Mitarbeitenden
- Gewährleistung einer hohen Behandlungsqualität
- Beteiligung an der weiteren Entwicklung der Klinik

### Dein Profil

- Facharzttitle für Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates oder gleichwertige Qualifikation
- Mehrjährige Erfahrung in einer Kaderposition im klinischen Umfeld
- Erfahrung im gesamten Spektrum der Hüftchirurgie, inklusive Revisionschirurgie und gelenkerhaltender Chirurgie sowie in der Traumatologie des Bewegungsapparates ist wünschenswert
- Freude an der Arbeit in einem ambitionierten Team und an der Ausbildung junger Kolleginnen/Kollegen sowie wissenschaftliches Interesse
- Kommunikative und offene Persönlichkeit

### Unser Angebot

- Es erwartet dich ein vielseitiges und lebhaftes Spital-Umfeld, in welchem du deine Fähigkeiten und Kenntnisse umfassend einbringen kannst
- Du profitierst von unseren zeitgemässen Anstellungsbedingungen wie mind. 26 Tage Ferien pro Jahr, attraktive Sozialleistungen
- Wir bieten dir ein breit ausgelegtes Fort- und Weiterbildungsangebot

### Hast du noch Fragen?

Gerne kannst du dich bei mir melden:

**PD Dr. med. Emanuel Benninger**  
Chefarzt, Klinikleiter  
Klinik für Orthopädie und Traumatologie  
Tel. 052 266 29 79

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



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

**KSW**  
Kantonsspital  
Winterthur

205695-33-34

Eine Arztpraxis in der Region Bellinzona sucht einen Arzt/eine Ärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe als Praxisleiter/in. Aufgaben: Leitung des Praxisalltags, Sicherstellung einer qualitativ hochstehenden Versorgung und aktive Mitwirkung bei strategischen Entscheidungen. Wir bieten: konkurrenzfähige Entlohnung, administrative Unterstützung, Weiterbildung, berufliche Autonomie und ein positives Arbeitsumfeld. Voraussetzungen: FMH-Diplom, vereinbarte Anzahl, ausgezeichnete Kommunikations- und Managementfähigkeiten. Wenn Sie an dieser Stelle interessiert sind, senden Sie bitte Ihren Lebenslauf an [info@alameda.ch](mailto:info@alameda.ch).

206607-33-34





Spital Bülach 

## Leitende Ärztin/Leitender Arzt Anästhesiologie 80-100%

Das Spital Bülach wächst - wachsen Sie mit.

Für die Abteilung Anästhesiologie suchen wir per 01.01.2025 oder nach Vereinbarung ein neues Teammitglied.

Weitere Informationen:



Spital Bülach AG, Spitalstrasse 24, CH-8180 Bülach  
[www.spitalbuelach.ch/jobs](http://www.spitalbuelach.ch/jobs)

206596-33-34

[www.spitalzentrum-biel.ch](http://www.spitalzentrum-biel.ch)

205736-33-34

Le Centre hospitalier Bienne est le centre médical public de la région bilingue Bienne-Seeland-Jura bernois (Suisse). Il offre à l'ensemble de la population des soins complets dans tous les domaines spécialisés de la médecine moderne. Chaque année, plus de 100'000 patientes et patients nous accordent leur confiance. Quelque 1'800 collaborateurs et collaboratrices actifs dans près de 40 professions différentes trouvent chez nous un poste attrayant.

L'oncologie est une spécialité en pleine croissance et hautement innovante, à la pointe de la médecine. Le domaine spécialisé de l'oncologie est un élément clé de la prise en charge médicale et revêt une importance stratégique pour notre centre hospitalier. Le Centre d'oncologie et d'hématologie du Centre hospitalier Bienne s'occupe avec beaucoup d'engagement des patientes et patients atteints de cancer.

Une mission à responsabilités et une activité variée au sein d'une équipe motivée et dans un environnement attrayant vous attendent. Nous sommes un centre du Groupe Suisse de Recherche Clinique sur le Cancer (SACK) et travaillons en étroite collaboration avec des spécialistes et des partenaires.

Pour compléter notre équipe, nous recherchons à partir du 01.01.2025 ou selon entente un(e)

## Médecin adjoint(e) en oncologie 80-100%

Vos tâches – notre poste

- Gestion autonome des consultations oncologiques ambulatoires
- Prise en charge médicale des patientes et patients hospitalisés en oncologie
- Collaboration interdisciplinaire et entretien de bonnes relations avec les médecins référents
- Participation à la formation continue des médecins-assistant(e)s et du personnel soignant

Vos compétences – nos attentes

- Titre de spécialiste en oncologie ou titre équivalent reconnu par la MEBEKO
- Plusieurs années d'activité dans un hôpital suisse ou Des connaissances du système de santé suisse seraient un atout
- Vous disposez d'une vaste expérience clinique en oncologie médicale, au moins 2 ans en tant que chef(fe) de clinique
- Expérience dans le domaine de l'uro-oncologie souhaitable
- Personnalité respectueuse, ouverte à la recherche de solutions, intéressée par la collaboration interdisciplinaire et dotée de bonnes capacités de communication
- Sens de la qualité, en mettant l'accent sur des processus sûrs, efficaces et respectueux des ressources
- Fort engagement dans la formation postgraduée et continue de la relève oncologique (médecins et personnel soignant)
- Compétences linguistiques allemand ou français au niveau de la langue maternelle et connaissances de l'autre langue

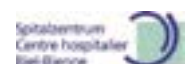
Vos possibilités – notre offre

Au CHB, nous vivons la diversité: des collègues bilingues issus de nombreuses professions différentes, dans la ville multiculturelle de Biel/Bienne. Nous œuvrons ensemble: une grande collaboration interdisciplinaire et beaucoup d'entraide. Nous nous développons: des possibilités de formation et l'occasion de participer activement à la construction de l'avenir du Centre hospitalier.

En plus de conditions d'engagement conformes à notre CCT, nous vous proposons divers rabais (pharmacie, transports publics, ou pour vos loisirs), un restaurant avec des prix avantageux ainsi qu'une crèche interne.

Le PD Dr. med. Attila Kollár, médecin-chef du service d'oncologie et d'hématologie, se tient volontiers à votre disposition pour tous renseignements complémentaires ([attila.kollar@szb-chb.ch](mailto:attila.kollar@szb-chb.ch); tél. secrétariat +41 (032) 324 39 60.

Nous nous réjouissons de recevoir votre candidature en ligne sur [www.centre-hospitalier-bienne.ch](http://www.centre-hospitalier-bienne.ch).



 Stadtspital Zürich

## Mis Spital. Min Job.



In der zunehmend wichtigen ambulanten Chirurgie sind wir neue Wege gegangen und haben im Frühjahr 2023 im Zentrum der Stadt Zürich auf rund 4000 m<sup>2</sup> erfolgreich einen neuen, auf ambulante Medizin ausgerichteten Standort eröffnet. Im Erdgeschoss befindet sich unser multifunktionaler Operationstrakt mit zwei OP-Sälen, einem grosszügigen Einleitungsbereich, einer Anästhesiesprechstunde und einer modernen Tagesklinik mit 11 Betten. Als Verstärkung für unser Team suchen wir ab September 2024 eine engagierte, hochmotivierete und zielorientierte Persönlichkeit als

## Oberärzt\*in Anästhesiologie im Ambulanten Zentrum Europaallee 60-100%

Ihre Aussichten

- Eine vielseitige Aufgabe mit einem hohen Anteil an Regionalanästhesie in einem unkomplizierten Umfeld mit Du-Kultur an zentraler Lage in der Stadt Zürich
- Mindestens 6 Wochen Ferien, regelmässige Arbeitszeiten und flexible Jahresersatzplanung garantieren familienfreundliche Rahmenbedingungen
- 10 bezahlte Fortbildungstage
- Überdurchschnittliche PK- und weitere Sozialleistungen

Interessiert? Bewerben Sie sich über das Online-Inserat Das ausführliche Inserat mit Bewerbungszugang finden Sie über den QR-Code oder unter [stadtspital.ch/jobs](http://stadtspital.ch/jobs) (Stichwortsuche: 34722). Für weitere Informationen steht Ihnen PD Dr. med. José A. Aguirre, Ärztlicher Leiter Europaallee, T +41 44 416 37 70, gerne zur Verfügung.



207241-33-34

204874-33-34

www.spitalzentrum-biel.ch

Le Centre hospitalier Bienne est le centre médical public de la région bilingue Bienne-Seeland-Jura bernois (Suisse). Il offre à l'ensemble de la population des soins complets dans tous les domaines spécialisés de la médecine moderne. Chaque année, plus de 100'000 patientes et patients nous accordent leur confiance. Quelque 1'800 collaborateurs et collaboratrices actifs dans près de 40 professions différentes trouvent chez nous un poste attrayant.

L'oncologie est une spécialité en pleine croissance et hautement innovante, à la pointe de la médecine. Le domaine spécialisé de l'oncologie est un élément clé de la prise en charge médicale et revêt une importance stratégique pour notre centre hospitalier. Le Centre d'oncologie et d'hématologie du Centre hospitalier Bienne s'occupe avec beaucoup d'engagement des patientes et patients atteints de cancer.

Une mission à responsabilités et une activité variée au sein d'une équipe motivée et dans un environnement attrayant vous attendent. Nous sommes un centre du Groupe Suisse de Recherche Clinique sur le Cancer (SAKK) et travaillons en étroite collaboration avec des spécialistes et des partenaires.

Pour compléter notre équipe, nous recherchons de suite ou selon entente un(e)

## Chef(fe) de clinique en oncologie 60-100 %

### Vos tâches – notre poste

- Gestion autonome des consultations oncologiques ambulatoires
- Prise en charge médicale des patientes et patients hospitalisés en oncologie
- Collaboration interdisciplinaire et entretien de bonnes relations avec les médecins référents
- Participation à la formation continue des médecins-assistant(e)s et du personnel soignant

### Vos compétences – nos attentes

- Titre de spécialiste en oncologie ou titre équivalent reconnu par la MEBEKO
- Plusieurs années d'activité dans un hôpital suisse ou des connaissances du système de santé suisse seraient un atout
- Vous disposez d'une vaste expérience clinique en oncologie médicale, idéalement déjà en tant que chef(fe) de clinique
- Personnalité respectueuse, ouverte à la recherche de solutions, intéressée par la collaboration interdisciplinaire et dotée de bonnes capacités de communication
- Sens de la qualité, en mettant l'accent sur des processus sûrs, efficaces et respectueux des ressources
- Fort engagement dans la formation postgraduée et continue de la relève oncologique (médecins et personnel soignant)
- Compétences linguistiques allemand ou français au niveau de la langue maternelle et connaissances de l'autre langue

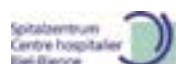
### Vos possibilités – notre offre

Au CHB, nous vivons la diversité: des collègues bilingues issus de nombreuses professions différentes, dans la ville multiculturelle de Biel/Bienne. Nous œuvrons ensemble: une grande collaboration interdisciplinaire et beaucoup d'entraide. Nous nous développons: des possibilités de formation et l'occasion de participer activement à la construction de l'avenir du Centre hospitalier.

En plus de conditions d'engagement conformes à notre CCT, nous vous proposons divers rabais (pharmacie, transports publics, ou pour vos loisirs), un restaurant avec des prix avantageux ainsi qu'une crèche interne.

Le PD Dr. med. Attila Kollár, médecin-chef du service d'oncologie et d'hématologie, se tient volontiers à votre disposition pour tous renseignements complémentaires (attila.kollar@szb-chb.ch; tél. secrétariat +41 (0)32 324 39 60.

Nous nous réjouissons de recevoir votre candidature en ligne sur [www.centre-hospitalier-bienne.ch](http://www.centre-hospitalier-bienne.ch).



204881-33-34

www.spitalzentrum-biel.ch

Le Centre hospitalier Bienne est le centre médical public de la région bilingue Bienne-Seeland-Jura bernois (Suisse). Il offre à l'ensemble de la population des soins complets dans tous les domaines spécialisés de la médecine moderne. Chaque année, plus de 100'000 patientes et patients nous accordent leur confiance. Quelque 1'800 collaborateurs et collaboratrices actifs dans près de 40 professions différentes trouvent chez nous un poste attrayant.

L'oncologie est une spécialité en pleine croissance et hautement innovante, à la pointe de la médecine. Le domaine spécialisé de l'oncologie est un élément clé de la prise en charge médicale et revêt une importance stratégique pour notre centre hospitalier. Le Centre d'oncologie et d'hématologie du Centre hospitalier Bienne s'occupe avec beaucoup d'engagement des patientes et patients atteints de cancer.

Une mission à responsabilités et une activité variée au sein d'une équipe motivée et dans un environnement attrayant vous attendent. Nous sommes un centre du Groupe Suisse de Recherche Clinique sur le Cancer (SAKK) et travaillons en étroite collaboration avec des spécialistes et des partenaires.

Pour compléter notre équipe, nous recherchons de suite ou selon entente un(e)

## Chef(fe) de clinique en oncologie, spécialisation en hématologie 60-100 %

### Vos tâches – notre poste

- Gestion autonome des consultations ambulatoires d'hémo-oncologie primaire
- Prise en charge médicale des patientes et patients hospitalisés en hémo-oncologie
- Collaboration interdisciplinaire et entretien de bonnes relations avec les médecins référents
- Participation à la formation postgraduée des médecins-assistant(e)s et du personnel soignant

### Vos compétences – nos attentes

- Titre de spécialiste en oncologie et/ou hématologie ou équivalent reconnu par la MEBEKO
- Plusieurs années d'activité dans un hôpital suisse ou des connaissances du système de santé suisse seraient un atout
- Vous avez une expérience clinique en hémo-oncologie, idéalement au moins 2 ans en tant que chef(fe) de clinique
- Personnalité respectueuse, ouverte à la recherche de solutions, intéressée par la collaboration interdisciplinaire et dotée de bonnes capacités de communication
- Sens de la qualité, en mettant l'accent sur des processus sûrs, efficaces et respectueux des ressources
- Fort engagement dans la formation postgraduée et continue de la relève oncologique (médecins et personnel soignant)
- Compétences linguistiques allemand ou français au niveau de la langue maternelle et connaissances de l'autre langue

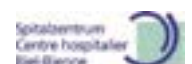
### Vos possibilités – notre offre

Au CHB, nous vivons la diversité: des collègues bilingues issus de nombreuses professions différentes, dans la ville multiculturelle de Biel/Bienne. Nous œuvrons ensemble: une grande collaboration interdisciplinaire et beaucoup d'entraide. Nous nous développons: des possibilités de formation et l'occasion de participer activement à la construction de l'avenir du Centre hospitalier.

En plus de conditions d'engagement conformes à notre CCT, nous vous proposons divers rabais (pharmacie, transports publics, ou pour vos loisirs), un restaurant avec des prix avantageux ainsi qu'une crèche interne.

Le PD Dr. med. Attila Kollár, médecin-chef du service d'oncologie et d'hématologie, se tient volontiers à votre disposition pour tous renseignements complémentaires (attila.kollar@szb-chb.ch; tél. secrétariat +41 (0)32 324 39 60.

Nous nous réjouissons de recevoir votre candidature en ligne sur [www.centre-hospitalier-bienne.ch](http://www.centre-hospitalier-bienne.ch).





Notre établissement hospitalier multi site de soins physiques, orienté qualité des soins et prise en charge personnalisée des patients-es, vous offre l'opportunité de donner un nouvel essor à votre carrière en marquant de votre empreinte le département d'anesthésiologie du RHNe.

Le Département d'anesthésiologie du RHNe offre un cadre de travail dynamique au sein d'une équipe de professionnels-les aguerris-es. Il assure la sécurité et le confort des patients-es qui doivent bénéficier d'une intervention en étroite collaboration avec les autres départements.

Dans le cadre du prochain départ en retraite du Médecin chef titulaire, nous recherchons notre futur-e

## Médecin chef-fe de département d'anesthésiologie

### Notre offre

- Le RHNe offre de belles perspectives de développement et un cadre de travail dynamique au sein d'une équipe de professionnels-les aguerris-es. Notre environnement de travail permet le développement de projets innovants et de s'investir dans des projets de recherche en collaboration avec les hôpitaux universitaires.
- Une convention collective des médecins-cadres attrayante
- Lieu de travail multi site avec prépondérance à Neuchâtel
- Une fonction entre 80 et 100%
- Entrée en fonction: Mars 2025 ou à convenir

### Vos missions

- Élaborer, développer et mettre en oeuvre la politique médicale du département sur les deux sites de soins aigus de l'institution
- Promouvoir la qualité des prestations et des relations au sein du corps médical, ainsi qu'avec l'ensemble des partenaires internes et externes
- Développer des projets médicaux permettant de renforcer et de pérenniser l'offre de soins
- Être répondant-e de l'ensemble des services du département d'anesthésiologie auprès de la direction médicale et, par délégation, auprès du collège de direction
- Diriger et gérer le département, dans une perspective de qualité des soins et d'économicité des prestations Collaborer avec l'ensemble des équipes interdisciplinaires
- Participer activement à l'enseignement pré-gradué, post-gradué et continu anesthésiologie

### Vos profil & compétences

- Titre FMH de spécialiste en anesthésiologie
- Volonté de poursuivre et développer les liens avec les hôpitaux universitaires
- Expérience confirmée d'encadrement et de conduite de projets
- Diplôme et titre inscrits au registre des professions médicales (MedReg)
- Engagement professionnel et sens des responsabilités
- Leadership, compétences de management avérées et disponibilité
- Sens de la communication et de la négociation
- Autonomie, capacité de décision et de mise en oeuvre

**Nous vous prions d'adresser votre dossier complet jusqu'au 28 août 2024 par email à [ruth.cognard@rhne.ch](mailto:ruth.cognard@rhne.ch) et [olivier.plachta@rhne.ch](mailto:olivier.plachta@rhne.ch)**

**N'hésitez pas à nous contacter pour toute question liée à cet engagement**

Mme Ruth Cognard, Responsable Recrutement, +41 79 559 50 03

Dr. Olivier Plachta, Directeur médical, [olivier.plachta@rhne.ch](mailto:olivier.plachta@rhne.ch)

**Votre santé, notre engagement!**



## Leitende Ärztin / Leitender Arzt Versicherungsmedizin (alle Gender)



St. Gallen, Bellinzona, Chur, Wetzikon, Ziegelbrücke, Zürich

Eine Aufgabe bei der Suva ist weit mehr, als einfach nur seiner Arbeit nachzugehen. Bei uns kannst du dich einbringen und Verantwortung übernehmen. Du nimmst eine Vorbildfunktion in der Prävention von Unfällen wahr und leistest deinen persönlichen Beitrag zur Sicherheit der Bevölkerung bei Arbeit und Freizeit – genauso wie weitere rund 4200 Mitarbeitende. Wir bieten ein stabiles und modernes Umfeld. Lass dich überraschen und wachse mit uns.

### Was du bewegst

- Du übernimmst die operative & personelle Leitung von vier Teams unterschiedlicher Disziplinen & stellst eine hohe Qualität der versicherungsmedizinischen Beurteilungen sicher.
- Du wirkst aktiv bei Veränderungsprozessen & der Weiterentwicklung der Versicherungsmedizin mit.
- Versicherungsmedizinische Beurteilungen nach Aktenlage oder im Rahmen von Untersuchungen rund um die Fragestellungen zu Kausalität, Arbeitsfähigkeit, Zumutbarkeit & Integritätschaden gehören ebenfalls zu deinen Tätigkeiten.
- Du betreust Schnittstellen zu anderen Abteilungen der Suva & pflegst das Netzwerk zu medizinischen Stakeholdern in Kliniken und Fachgesellschaften.

### Was wir erwarten

- Du hast eine abgeschlossene Facharztausbildung mit mehrjähriger Berufserfahrung & eine betriebswirtschaftliche Weiterbildung.
- In deiner bisherigen Laufbahn konntest du bereits mehrere Jahre Führungserfahrung sammeln & verfügst idealerweise über eine Führungsausbildung.
- Du bringst bereits umfassende Erfahrung im Qualitätsmanagement mit & hast nachgewiesene Kenntnisse in den Bereichen wie Budgetverantwortung & Change Management.
- Als dynamische Führungspersönlichkeit verfügst du über eine starke Sozialkompetenz & viel Eigeninitiative.
- Italienischkenntnisse sind wünschenswert.

### Was uns auszeichnet

- Life-Balance ist uns wichtig. Deshalb bieten wir moderne Arbeitszeitmodelle und zentrumsnahe Standort.
- Wir leben Wertschätzung und ein unkompliziertes & kollegiales Miteinander.
- Bei uns gibt es viele abwechslungsreiche Arbeitsinhalte mit hohem Gestaltungsspielraum.
- Bei der Suva arbeiten macht & stiftet Sinn.

### Wer sich auf dich freut

Nadine Fischer  
Talent Acquisition Manager  
041 419 5894



Jetzt bewerben »

205825-33-34



«Votre santé, notre engagement»

**Le Département de gériatrie, réadaptation et soins palliatifs offre des perspectives de carrière institutionnelle dans un environnement de travail stimulant au sein d'un service dédié à la réadaptation et à l'innovation. Afin de compléter notre équipe, nous recherchons un-e**

### Médecin interniste hospitalier à 80–100% (possibilité de job-sharing)

#### Vos missions

- Prise en charge des patients-es relevant de la réadaptation de médecine interne et oncologie
- Supervision et formation des médecins assistants-es et chefs-fes de clinique du service
- Participation au service de piquet et/ou de garde du service /département
- Participation aux activités de formation et recherche relevant de la réadaptation et de la médecine interne

#### Votre profil

- Diplôme de médecin suisse ou européen
- Titre de spécialiste en médecine interne générale ou titre jugé équivalent

#### Informations complémentaires

- Lieu de travail: Canton de Neuchâtel, site du Val-de-ruz, Landeyeux
- Entrée en fonction: dès le 1<sup>er</sup> janvier 2025

**N'hésitez pas! Consultez et postulez sur la rubrique «emplois» de notre site internet [www.rhne.ch/a-propos/emplois](http://www.rhne.ch/a-propos/emplois) jusqu'au 30 septembre 2024.**

Toute question complémentaire appelez au +41 32 713 30 13

206941-33-34



«Votre santé, notre engagement»

Dans le département de gériatrie, réadaptation et de soins palliatifs, nous offrons **des prestations de soins palliatifs spécialisés** au sein d'une unité certifiée «La Chrysalide».

Rattaché-e au sein d'une équipe médicale pluridisciplinaire, nous recherchons un-e

### Médecin hospitalier à 80–100% avec possibilité de job-sharing

#### Vos missions

- Prise en charge des patients-es relevant de la médecine palliative spécialisée
- Supervision et formation des médecins assistants-es et chefs-fes de clinique du service
- Participation au service de piquet et/ou de garde du service de soins palliatifs
- Participation aux activités de formation et recherche relevant de la médecine palliative spécialisée

#### Votre profil

- Diplôme de médecin suisse ou européen
- Titre de spécialiste en médecine interne générale ou titre jugé équivalent, ou au minimum 2 ans de formation en médecine interne

#### Informations complémentaires

- Lieu de travail: Canton de Neuchâtel, site de La Chrysalide à La Chaux-de-Fonds
- Entrée en fonction: dès le 1<sup>er</sup> janvier 2025

**N'hésitez pas! Consultez et postulez sur la rubrique «emplois» de notre site internet [www.rhne.ch/a-propos/emplois](http://www.rhne.ch/a-propos/emplois) jusqu'au 31 octobre 2024.**

Toute question complémentaire appelez au +41 32 713 30 13

206731-33-34



Le Groupement Hospitalier de l'Ouest Lémanique (GHOL) – Hôpital de Nyon met au concours:

## Deux postes de Médecins-chef-fes coresponsables de son Service de pédiatrie

(Taux d'activité à discuter)

Les candidat-es doivent être porteur-ses du titre de spécialiste en pédiatrie (fédéral ou reconnu par la MEBEKO), posséder au moins 2 ans d'expérience en qualité de chef-fes de clinique universitaire en Suisse et posséder de bonnes connaissances théoriques et pratiques en néonatalogie. Une expérience de médecin cadre dans un établissement similaire au GHOL est fortement souhaitée.

Notre Service de pédiatrie comporte une consultation d'urgences 24h sur 24h, une unité d'hospitalisation, une unité de soins continus et assure la prise en charge des nouveau-nés d'une maternité de plus de 600 accouchements par an.

Nous pouvons vous offrir d'excellentes conditions de travail dans un hôpital en plein développement, situé au coeur d'une région réputée pour son excellente qualité de vie.

Renseignements auprès du Dr Marcos Schwab, Directeur médical, au +41(0)22 994 62 92.

Les dossiers complets de candidature sont à adresser **jusqu'au 20 septembre 2024** à l'attention du:

Dr Marcos Schwab, Directeur médical du GHOL, Ch. Monastier 10, CH-1260 Nyon.

204943-33-34



La Clinique Le Noirmont, centre de réadaptation leader dans son domaine d'activité, située dans une région idyllique, au coeur des Franches-Montagnes, souhaite renforcer son équipe médicale et cherche pour entrée en fonction  
**le 1<sup>er</sup> novembre 2024 ou à convenir:**

## un(e) médecin chef(fe) de clinique Taux d'activité 80 à 100%

### Profil souhaité:

- Vous êtes titulaire du diplôme fédéral de médecine ou d'un titre reconnu par la MEBEKO
- Spécialisation en médecine interne et/ou en cardiologie (ou en cours d'acquisition)
- De langue maternelle française ou allemande, avec de bonnes connaissances de l'autre langue (min. B2), ou avez la volonté de l'améliorer rapidement
- Vous êtes capable de travailler dans une équipe interdisciplinaire et de transmettre vos connaissances

### Activités:

- Prise en charge des patients en réadaptation (cardiovasculaire, de médecine interne, musculo-squelettique et psychosomatique)
- Supervision des médecins assistants
- Participation aux gardes et services de piquet
- Participation active dans les projets de l'institution, notamment le programme de formations
- Suivi des tâches administratives

### Nous vous offrons:

- Une activité clinique stimulante et intéressante au sein d'une équipe de taille humaine et motivée
- Des outils de travail performants: la Clinique dispose d'une infrastructure moderne, échocardiographie 4D (incl. ETO, sondes abdominale, vasculaire et musculo-squelettique), contrôle de pacemaker, ECG Holter, mesure de la tension artérielle (24h), oxymétrie, radiologie conventionnelle et laboratoire
- Des conditions de travail modernes, des possibilités de formations et de bonnes prestations sociales

Renseignements pour ce poste: Dre Béthia Naisseline-Nguyen, tél. 00 41 32 957 56 00

Postulation écrite avec documents usuels adressée à:  
Clinique Le Noirmont, Ressources humaines, Chemin de Roc-Montès 20, CH-2340 Le Noirmont, rh@clen.ch

205999-33-34

# HIER POLIO – AUJOURD'HUI POST-POLIO

Le syndrome post-polio engendrant épuisement, faiblesse et douleur musculaires est une conséquence de la surcharge constante des cellules nerveuses endommagées par une infection de poliomyélite (paralysie infantile avec ou sans paralysies visibles).

Nous vous informons et conseillons au:  
026 322 94 33 où sur notre site internet.



Un site d'informations de  
l'Association Suisse des Paralysés:

[www.post-polio.ch](http://www.post-polio.ch)



Das Luzerner Kantonsspital mit den Standorten Luzern, Sursee und Wolhusen ist ein Unternehmen der LUKS Gruppe und gehört damit einer der führenden Spitalgruppen der Schweiz an. Die über 8000 Mitarbeitenden sind mit Herzlichkeit, Kompetenz und Engagement rund um die Uhr für das Wohl der Patientinnen und Patienten da. Die Kliniken und Institute der LUKS Gruppe bieten medizinische Leistungen von höchster Qualität. Für unser Team suchen wir per 01.04.2025 oder nach Vereinbarung eine/n

## Fachärztin / Facharzt Radiologie in Weiterbildung im Schwerpunkt Interventionelle Radiologie 100% Luzern

### Ihr Wirkungsfeld

- Gemeinsam mit Ihren Kolleginnen und Kollegen sind Sie für die interventionelle radiologische Versorgung der Patientinnen und Patienten im grössten radiologischen Institut der Schweiz (LUKS) zuständig
- Sie werden von erfahrenen Fachärzten in interventioneller Radiologie ausgebildet
- Sie arbeiten regulär in der Sektion Interventionelle Radiologie und beteiligen sich an deren Dienstbetrieb
- Im Gefäss- und Lymphzentrum des LUKS sind Sie interventionell-radiologische/r Ansprechpartner/in für unsere klinischen Partnerfächer. Zudem besteht die Möglichkeit zur Mitarbeit in der klinischen Forschung

### Ihre Erfahrung

- Sie verfügen über den Facharztstitel Radiologie (oder stehen kurz davor)
- Sie haben grosses Interesse an der interventionellen Radiologie und möchten sich mit dem Ziel spezialisieren, künftig interventionell radiologisch tätig zu sein
- Sie arbeiten gerne klinisch mit Patientinnen und Patienten, haben Einfühlungsvermögen in die Sorgen der Patientinnen und Patienten, gutes räumliches Vorstellungsvermögen und manuelles Geschick
- Optimalerweise haben Sie bereits Vorkenntnisse in interventioneller Radiologie. Ihre initiative, teamfähige und selbstständige Arbeitsweise runden ihr Profil ab

### Ihre Perspektiven

- Freuen Sie sich auf die Arbeit in einem kollegialen und professionellen Umfeld mit modernstem Gerätepark (12 MRT 1,5 und 3T), 12 CT (incl. Dual Source und Cone-Beam), digitales Röntgen, Ultraschall, Angiographie (Mono- und Biplan incl. Hybridraum Angio-CT), PET-CT und SPECT/CT
- Es erwartet Sie eine anspruchsvolle und abwechslungsreiche Tätigkeit in der Sektion für Interventionelle Radiologie, wo ihr Einsatz und Ihre Initiative gewünscht und geschätzt werden
- Weiter- und Fortbildungen in allen Bereichen der Interventionellen Radiologie gehören selbstverständlich zu unserem Stellenangebot

### Ihr Weg zu uns

Wir freuen uns auf Ihre vollständige online Bewerbung unter [www.luks.ch/stellen-und-karriere/offene-stellen](http://www.luks.ch/stellen-und-karriere/offene-stellen). Bei Fragen wenden Sie sich bitte an Prof. Dr. De-Hua Chang, Co-Chefärzt und Sektionsleiter Interventionelle Radiologie, Radiologie und Nuklearmedizin, Tel.: 041 205 46 51.

206598-33-34

## Fachärztin/Facharzt für Anästhesie (80-100%) Privatklinik Bethanien Zürich



Ende 2024 erweitert die Privatklinik Bethanien ihr Tätigkeitsgebiet durch die Integration der Klinik Pyramide am See. Wir verstärken deshalb unser Anästhesie-Team.

### Das Unternehmen

alphacare AG versorgt die Privatkliniken Bethanien, Lindberg und Belair mit anästhesiologischer Leistung. Dabei steht die medizinische Versorgung auf höchstem Niveau, verbunden mit individueller Betreuung der Patienten im Vordergrund.

### Ihr Aufgabenbereich

- Durchführung von Anästhesien für ein breites Spektrum operativer Eingriffe und der Narkosesprechstunde
- Ärztliche Betreuung der Patienten in Aufwachraum und IMC
- Teilnahme am Dienstbetrieb

### Ihr Anforderungsprofil

- Mindestens 2 Jahre Erfahrung als Oberärztin/Oberarzt
- Teamfähigkeit, eigenständiges Arbeiten und Freude an der anästhesiologischen Tätigkeit am Patienten
- Privatspital-orientiertes Auftreten und unternehmerisches Denken und Handeln

### Das bieten wir

- Abwechslungsreiche und herausfordernde Arbeit in einem kollegialen und motivierten Team
- Fortschrittliche Anstellungsbedingungen
- Gute Work-Life-Balance
- Teilzeitanstellung und unbezahlter Urlaub sind möglich

### Eintrittsdatum

Per sofort oder nach Vereinbarung

### Interessiert?

Dann schicken Sie bitte Ihre vollständigen Bewerbungsunterlagen an:  
[urs.dreier@alphacare.ch](mailto:urs.dreier@alphacare.ch)

206928-33-34



## Unterstützung, die ankommt.

Helfen auch Sie mit!

Jetzt spenden:  
Postkonto 90-700 000-4



Stiftung Menschen für Menschen  
Stockerstrasse 10 | 8002 Zürich | Tel. 043 499 10 60  
[info@mfm-schweiz.ch](mailto:info@mfm-schweiz.ch) | [www.menschenfuermenschen.ch](http://www.menschenfuermenschen.ch)



Wir denken es könnte Ihnen gefallen, unsere Praxen rund um St. Gallen. Ein tolles Team wartet auf Sie, und hofft auf eine Persönlichkeit mit Empathie.

Ein aufgewecktes Team mit attraktiver Entlohnung, ist noch nicht die finale Krönung. Was wir bieten ist minimale Administration, das nennen wir mal eine Sensation.

Sie können es nun kaum erwarten, und möchten schnellstmöglich bei uns starten? Unsere Koordinaten haben Sie bereits, wir freuen uns auf diejenigen Ihrerseits.

Für unsere Praxen rund um St. Gallen suchen wir eine\*n

## Fachärzt\*in Allgemeine Innere Medizin, 60-100%

Wir leben eine Kultur kontinuierlicher Qualitätssteigerung und legen Wert auf regelmässige Fortbildungen. Wir wünschen uns eine Persönlichkeit mit Einsatzfreude, empathischem Umgang mit unseren Patienten, gutem Fachwissen und Interesse.

Für uns selbstverständlich ist:

- Eine attraktive Entlohnung
- Minimale Administration (Unterstützung durch zentralen Management Support)
- Der interdisziplinäre Austausch innerhalb der Gruppe und interne Fortbildungen
- Die Möglichkeit Karriereplanung und -begleitung durch erfahrenen ehemaligen Chefarzt, Sonografiepionier und Professor für Notfallmedizin mit grossem Beziehungsnetz, der Ihnen bei einer allfälligen Publikation für den Facharzttitel AIM oder für Fähigkeitsausweise in verschiedenen Sonografiebereichen behilflich sein kann
- Die Übernahme der Kosten für relevante Mitgliedschaften und Fähigkeitsausweise

Sie sind bei uns richtig, wenn Sie:

- Fachärzt\*in für Allgemeine Innere Medizin sind und klinische Erfahrung und Bereitschaft zur interdisziplinären Zusammenarbeit mitbringen



Senden Sie Ihre digitalen Bewerbungsunterlagen an:  
[hr@polipraxis.ch](mailto:hr@polipraxis.ch)

Oder schriftlich an: **Polipraxis Gruppe,**  
Marktgasse 3, CH-9000 St. Gallen

**Ayez du cœur.  
Aidez-nous à aider.**

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

Merci cordialement pour votre soutien.  
IBAN CH16 0900 0000 1000 0065 0  
[www.swissheart.ch/dons](http://www.swissheart.ch/dons)

Fondation Suisse de Cardiologie

205700-33-34

WIR SUCHEN

## IHRE KOMPETENZ FÜR DIE GESUNDHEIT

FÜR DAS KLINIKUM KLAGENFURT AM WÖRTHERSEE

- **Fachärztinnen und Fachärzte für Anästhesiologie und Intensivmedizin**
- **Ärztinnen und Ärzte für Ausbildungsstellen im Sonderfach Anästhesiologie und Intensivmedizin**
- **Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinchirurgie und Viszeralchirurgie**
- **Ärztinnen und Ärzte für Ausbildungsstellen im Sonderfach Allgemeinchirurgie und Viszeralchirurgie**
- **Fachärztinnen und Fachärzte für Klinische Mikrobiologie und Hygiene**
- **Fachärztinnen und Fachärzte für Klinische Mikrobiologie und Hygiene an der Stabstelle Krankenhaushygiene in Voll- und Teilzeitbeschäftigung**
- **Ärztinnen und Ärzte für Ausbildungsstellen im Sonderfach Urologie**



BEWERBEN SIE SICH JETZT ONLINE!

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

SCHAUT GUT AUS!

IHRE ZUKUNFT IN DEN  
KÄRNTNER LANDESKLINIKEN

**KABEG**

IHRE GESUNDHEIT  
UNSERE KOMPETENZ



**zeckenliga.ch**

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

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

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



# PETITES ANNONCES

Toutes les petites annonces en ligne sous [jobs.saez.ch](https://jobs.saez.ch)

## Insertionen

### Inseratenannahme

EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG  
Münchensteinerstrasse 117, 4053 Basel  
Telefon 061 467 85 71  
E-Mail: [stellenmarkt@emh.ch](mailto: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  
Mediadata: <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

### FR – Arzt/Aerztin 50–100%

Gemeinschaftspraxis Senseoberland Plaffeien  
FR sucht für 2024 Arzt/Aerztin 50–100%  
– Wir bieten: Ausbildung zum Hausarzt inkl. Ultraschallteaching  
– Auch für bereits diplomierte Gelegenheit als Selbständige einzusteigen.  
[buchs.nathalie@hin.ch](mailto:buchs.nathalie@hin.ch) Lehrärztin SGAIM,  
[muelhauser.paul@hin.ch](mailto:muelhauser.paul@hin.ch) Lehrarzt SGUM

### 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](mailto:secretariat@belle-fontaine.ch).

### ZH – Haus/-Heimärztin/arzt für Allgemeine Innere Medizin 30–50%

In der Arztpraxis Riedholz des EPI WohnWerks betreuen Sie Erwachsene mit geistigen und körperlichen Beeinträchtigungen. Sie führen Sprechstunden durch, machen Visiten in den Wohnhäusern und arbeiten mit Konsiliarärztinnen und -ärzten zusammen. Es erwarten Sie geregelte Arbeitszeiten ohne Notfall- und Wochen-

enddienst, ein engagiertes MPA-Team sowie moderne Praxisräumlichkeiten. Bewerben Sie sich online unter [jobs.swissepi.ch/](https://jobs.swissepi.ch/) oder bei Herrn Tim Lottner, Recruiter Schweizerische Epilepsie-Stiftung (Mail: [recruiting@swissepi.ch](mailto:recruiting@swissepi.ch)).

### ZH – Hausarzt 60–100%

Hausarzt in Henggart (10 km nördlich von Winterthur) 60–100% gesucht. Supervidierte Abdomensonos möglich. Bezahlung leitende/n Arzt/Ärztin würdig. Bewerbung, Lebenslauf, Diplome und Zeugnisse erwarten wir gerne unter [sirje.raego@hin.ch](mailto:sirje.raego@hin.ch)

Annonce



## PETITES ANNONCES

Bulletin des médecins suisses

Réservez  
maintenant!

nouveau

### 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](mailto:stellenmarkt@emh.ch)



# FMH SERVICES

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

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

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

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

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

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

Praxismarkt  
Marché des cabinets  
Mercato studi medici

**AG – Facharzt/Fachärztin Psychiatrie + Psychotherapie** – Wir suchen eine/n Psychiater/in für unsere erfolgreiche Gruppenpraxis mitten im Aargau, Region Lenzburg/Aarau, für eine aus Altersgründen ausscheidende Kollegin. Wir sind interdisziplinär aktiv und gut vernetzt tätig, bieten die Möglichkeit von Gruppentherapien. Senden Sie bitte Ihre vollständigen Unterlagen an Daniela Güller, E-Mail: [dgueller@hin.ch](mailto:dgueller@hin.ch) oder melden Sie sich unter Tel. 079 529 29 05.

**BE – Stadt Bern Kinderarztpraxis abzugeben** – Kinderarztpraxis in Ärzte-Zentrum im Westen von Bern altershalber abzugeben. Zentrale Lage mit Parkplätzen und guter Erreichbarkeit (Zug, Tram, Bus), grosszügige Praxisräume (98 m<sup>2</sup>), freundliche, wertschätzende Familien und Mitarbeiterinnen. Auskunft für interessierte/n Nachfolger/in: Dr. med. Matthias Winkler, Mühledorfstrasse 1, 3018 Bern, E-Mail: [matthias\\_c\\_winkler@bluewin.ch](mailto:matthias_c_winkler@bluewin.ch), Tel. 079 754 99 47.

**BL – Übergabe Arztpraxis / Gemeinschaftspraxis** – in BL (Vorortgemeinde BS). Nach Absprache gut gepflegte Praxis günstig abzugeben. Gemeinschaftspraxis räumlich möglich (4-7 Zimmer). Sehr gute

Bus-/Tramverbindung, mit Parkplätzen (+ für Personal Tiefgarage). Kontakt unter Chiffre I-43307.

**BS – Grosszügige Doppelpraxis für Gynäkologie und Geburtshilfe mitten in Basel zu übergeben** – In Basel ist ab sofort eine einladende und gepflegte Gynäkologie-Praxis an einen oder mehrere Nachfolger (m/w) zu übergeben. Der Standort ist verkehrstechnisch optimal gelegen. Die Praxis geniesst aufgrund des langjährigen Bestehens eine hohe Bekanntheit. Zudem ist kein Konkurrenzdruck wahrnehmbar, was auf ein zusätzliches Potenzial hinweist. Wir freuen uns auf Ihre Kontaktaufnahme unter Ref. 231 5125: FMH Consulting Services AG, Herr G. Dietrich, E-Mail: [gregor.dietrich@fmhconsulting.ch](mailto:gregor.dietrich@fmhconsulting.ch), Tel. 041 244 60 60.

**GR – Top-Chance. Moderne Praxis für Gynäkologie und Geburtshilfe / Sukzession möglich** – In einer Stadt im Kanton GR gelegen, erschliesst diese einladende und etablierte Praxis ein überregionales Einzugsgebiet. Wir suchen eine Nachfolge (w/m) oder mehrere Nachfolger (w/m). Der Standort ist verkehrstechnisch gut erreichbar und in eine traumhafte Landschaft eingebettet. Er bietet Gewähr für überdurchschnittliche Wohn- und Lebensqualität. Attraktive Übernahmekonditionen runden das Angebot ab. Interessiert? Kontaktaufnahme unter Ref. 241 2097: FMH Consulting Services AG, Gregor Dietrich, E-Mail: [gregor.dietrich@fmhconsulting.ch](mailto:gregor.dietrich@fmhconsulting.ch), Tel. 041 244 60 60.

**Ostschweiz – Moderne Augenkl. mit internationaler Reputation in der Ostschweiz** – Eine etablierte Augenkl. wechselt ihren Standort und präsentiert sich modern und auf technischem Top-Level. Aufgrund einer speziellen Ausgangslage suchen wir bereits heute eine geeignete Nachfolge (m/w), welche gewillt ist, eine renommierte Augenkl. in die Zukunft zu begleiten und sich für die Augenheilkunde überdurchschnittlich engagiert. Die Kl. geniesst hohe Bekanntheit und bedient ein internationales Klientel. Sie ist in eine malerische Landschaft integriert, welche im Einzugsgebiet einer Zentrumstadt liegt. Sprechen Sie neben Deutsch auch Englisch und vorzugsweise Italienisch? Kontaktaufnahme unter Ref. 231 5242: FMH Consulting Services AG, Herr G. Dietrich, E-Mail: [gregor.dietrich@fmhconsulting.ch](mailto:gregor.dietrich@fmhconsulting.ch).

**ZH – Kinderarztpraxis abzugeben** – Kinderarztpraxis in aufstrebender Gemeinde nahe der Stadt

Zürich altershalber abzugeben. Die Praxis ist breit aufgestellt, sehr lebhaft und voll digitalisiert. Sie befindet sich an zentraler Lage, hat viele Parkplätze in der Umgebung und ist auch mit dem ÖV schnell erreichbar. Kontakt unter Chiffre I-43529.

**ZH – Selbständige/r Hausarzt/-ärztin im Jahr 2025 - eine Utopie?** – Kleine Hausarzt-Doppelpraxis mit grosser Lebensqualität in Zürcher Aussenquartier sucht per Anfang 2025 neue Betreiber/innen. Die Praxis ist gut integriert im Quartier, hat elektron. KG und Praxislabor. Kein Röntgen, keine Selbstdispensation. An dankbaren Patienten herrscht kein Mangel. Interessiert an erschwinglichem, unkompliziertem Einstieg in die Selbständigkeit? Auskunft / Erstkontakt: E-Mail: [hausarztpraxis-zuerich@hin.ch](mailto:hausarztpraxis-zuerich@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.

**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](mailto:praxis.wecare@gmail.com). Wir freuen uns auf Sie!

## Stellenofferten Offres d'emploi Offerte di posti

**AG – Leitende Ärztin / Leitender Arzt Allgemeine Innere Medizin 80-100%** – Wir suchen eine/n Leitende Ärztin / Leitenden Arzt Allgemeine Innere Medizin für unsere neue Praxis am Bahnhof in Baden. Wir bieten interdisziplinäre Zusammenarbeit und gute Anstellungsbedingungen. Unter [www.arzthaus.ch](http://www.arzthaus.ch) finden Sie weitere Informationen. Wir erwarten Führungserfahrung, Teamarbeit und Freude im Beruf. Gerne beantwortet Martin Olsson Ihre Fragen unter Tel. 079 771 53 90. Wir freuen uns auf Ihre schriftliche Bewerbung an E-Mail: [job@arzthaus.ch](mailto:job@arzthaus.ch).

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

**BE – Thun - Hausärztin oder Hausarzt 30%-60%** – Wir suchen Dich zur Verstärkung für die Praxis Niesen 1 Hausarzt & Reisemedizin ([www.niesen1.ch](http://www.niesen1.ch)) beim Bahnhof Thun. Dich erwartet ein tolles Team, moderne Praxisinfrastruktur, elektronische KG mit Fernzugriff, faire Entlohnung und vieles mehr. Bei Interesse bitte unverbindliche Kontaktaufnahme: Dr. med. Lars Heine E-Mail: [lars.heine@hin.ch](mailto:lars.heine@hin.ch) oder Tel. 033 251 50 00.

**BE – Fachärztin/Facharzt AIM - für familiäre Praxis** – Im Zuge einer Nachfolgelösung suchen wir eine weitere Hausärztin/Hausarzt 40-100%. Die moderne, interdisziplinäre Familienpraxis Ärztehaus Papiermühle liegt direkt am Bahnhof Papiermühle (Ittigen). Auf rund 470m<sup>2</sup> 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 Ärztehaus mit digitaler Krankengeschichte, digitalem Röntgen, Ultraschall sowie einem Praxislabor und Bodyplethysmograph. Ihr Profil: Sie verfügen über eine abgeschl. Facharztbildung 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](mailto:ah-papiermuehle@hin.ch). Bei Fragen steht Ihnen Sarah Hüslar (Tel. 079 510 23 22) gerne zur Verfügung. [www.ah-papiermuehle.ch](http://www.ah-papiermuehle.ch).

**Ganze Schweiz – Facharzt / Assistenzarzt Allgemeine Innere Medizin/Allgemeinmedizin mit Russischkenntnissen gesucht** – Ab sofort oder nach Absprache suchen wir ärztliche Verstärkung für unser Ärztezentrum mit 2 Praxen in Winterthur.

Die Praxen sind modern ausgerüstet. Wir sind als Weiterbildungsstätte für 1 Jahr Allgemeine Innere Medizin anerkannt und bieten unseren Patienten eine breite Versorgung in Notfallmedizin, Kardiologie, Psychosomatik und allgemeiner Hausarztmedizin. Wir betreuen 4000 ukrainische Flüchtlinge, daher sind Russischkenntnisse bei uns sehr wichtig. Unseren Mitarbeitern bieten wir 6 Wochen Urlaub, eine deutlich überdurchschnittliche Entlohnung und ein spannendes Aufgabenfeld. Wir freuen uns darauf, Sie in unserem freundlichen Team begrüßen zu dürfen. Bitte senden Sie Ihre Bewerbung an: Notfallklinik Dr. Eismann, Bankstrasse 20, 8400 Winterthur, E-Mail: [info@notfallklinik-eismann.ch](mailto:info@notfallklinik-eismann.ch).

**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](http://www.sanacare.ch/aerzte). Oder rufen Sie uns an: Laura Kopácsi, HR-Verantwortliche (Tel. +41 52 264 05 05, E-Mail: [personal@sanacare.ch](mailto:personal@sanacare.ch)).

**NW – Hausarzt/-ärztin gesucht! Top Stelle am See für FA für Allgemeine Innere Medizin oder Praktische/r Arzt/Ärztin** – Für unser bestes laufendes Ärztezentrum direkt am See im schönen und steuergünstigen Hergiswil (NW) bei Luzern, suchen wir eine/n 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](http://www.aerztezentrum.ch); E-Mail: [marcelo.walker@hin.ch](mailto:marcelo.walker@hin.ch); Tel. 041 630 26 67.

**SG – Facharzt/-ärztin Allgemeine Innere Medizin oder Praktischer Arzt / Praktische Ärztin (20-50%)** – Die Ärzteschaft Rapperswil-Jona hat Anfang April 2016 eine Permanence an zentraler Lage in Rapperswil eröffnet. Unser Angebot umfasst eine Grundversorgersprechstunde nach Vereinbarung, Walk-in-Konsultationen mit erweiterten Öffnungszeiten und den allgemeinen ärztlichen Notfalldienst. Zur Verstärkung unseres Teams suchen wir für den Tagesbetrieb: Facharzt/-ärztin Allgemeine Innere Medizin oder Praktischer Arzt /Praktische Ärztin (20-50%). Ihre Aufgaben: Sie betreuen neben Ihrer hausärztlichen Sprechstunde auch Walk-in-, Call-in- und Notfallpatienten. Ihr Profil: - Engagierte/r Kollege/-in mit Freude an der hausärztlichen Tätigkeit und an der Notfallmedizin - Facharzttitel Allgemeine Innere Medizin FMH, auch kurz vor Abschluss oder Titel Praktischer Arzt / Praktische Ärztin - Teamfähige Persönlichkeit mit Empathie und guter Kommunikationsfähigkeit gegenüber Patienten und Mitarbeitenden - Selbständige Arbeitsweise mit Anspruch an beste medizinische Behandlungsqualität - Kenntnisse im Schweizer Gesundheitswesen von Vorteil. Unser Angebot: - Vielseitige und interessante Tätigkeit in einem lebhaften Praxisumfeld - Kollegialer Austausch im Ärzteteam sowie mit den umliegenden Spitälern und den Spezialisten - Hilfsbereites und engagiertes MPA-Team - Zeitgemässe Anstellungsbedingungen mit individuellen Arbeitszeitmodellen, flexibler Urlaubsplanung sowie Unterstützung Fort- und Weiterbildungen - Attraktive Vergütungsmodelle - Moderne Infrastruktur mit elektronischer KG, Labor, digitalem Röntgen, Sonographie etc. - Sehr gute Erreichbarkeit mittels ÖV oder Auto bei zentraler Lage. Haben wir Ihr Interesse geweckt? Auskunft gibt

Ihnen gerne Frau Dr. med. S. Fischer, ärztliche Leiterin der Permanence. Ihre schriftliche Bewerbung senden Sie bitte an E-Mail: [simone.fischer@permanence-rj.ch](mailto:simone.fischer@permanence-rj.ch).

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

**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](http://www.sanacare.ch/aerzte). Oder rufen Sie uns an: Chantal Tromp, Leitende Ärztin (Tel. +41 41 818 20 10, E-Mail: [chantal.tromp@sanacare.ch](mailto:chantal.tromp@sanacare.ch)) oder Laura Kopácsi, HR-Verantwortliche (Tel. +41 52 264 05 05, E-Mail: [personal@sanacare.ch](mailto:personal@sanacare.ch)).

**TG – Fachärztin/-arzt für Allg. Innere Medizin 50-60 % mit Praxis-Übernahmeoption, am Bodensee** – Für unsere lebhafteste 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](mailto:Reto.Kaelin(at)hin.ch), Tel. 071 477 27 27, Dr. med. Reto Kälin.

**VS – Responsable médical Santé (h/f/x) 50-80%** – Ta mission: En tant que Responsable Médical du Service Médical Santé individuelle, tu apportes ton expertise sur des cas complexes. Tu recrutes et gères les médecins-conseils, dentistes-conseils et les experts. Tu représentes le Groupe Mutuel dans des commissions externes et développes des partenariats avec des prestataires de soins. Tu participes à l'élaboration et à la validation des procédures de travail internes et des guidelines. Tu organises la formation initiale et continue des médecins-conseils ainsi que du personnel paramédical. Tes qualités: Tu excelles dans la prise de décision et possèdes une bonne capacité analytique. Tu es passionné(e) par les évolutions et les nouveautés dans le domaine médical. Tu as une connaissance approfondie du système de santé en Suisse. Tu es autonome, proactif/proactive et doté(e) d'un excellent esprit d'équipe. Tu as au moins cinq ans d'expérience en tant que praticien dans un cabinet médical ou en tant que cadre dirigeant dans un hôpital. Ta formation: Tu possèdes un diplôme fédéral de médecine. Un certificat de capacité de Médecin-conseil est un atout apprécié. e-mail: [recrutement@groupemutuel.ch](mailto:recrutement@groupemutuel.ch). Contact sous chiffre I-43388.

**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

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

Martin Olsson: E-Mail: martin.olsson@arzthaus.ch. Tel. 079 771 53 90 Unter [www.arzthaus.ch](http://www.arzthaus.ch) finden Sie weitere Informationen.

**ZG – Facharzt/-ärztin Allgemeine Innere Medizin 60–100%** – Wir suchen eine/n Facharzt/-ärztin Allgemeine Innere Medizin für unsere erfolgreiche Praxis am Bahnhof in Zug. Wir bieten ein breites Spektrum an Patienten, interdisziplinäre Zusammenarbeit mit anderen Fachärzten und eine vielseitige Infrastruktur. Unter [www.arzthaus.ch](http://www.arzthaus.ch) finden Sie weitere Informationen. Wir würden uns über Ihre schriftliche Bewerbung und ein Kennenlernen freuen. Senden Sie bitte Ihre vollständigen Unterlagen an Martin Olsson. E-Mail: [job@arzthaus.ch](mailto:job@arzthaus.ch). Tel. 079 771 53 90.

**ZH – Assistenzärztin/Assistenzarzt** – Die Psychiatrische Universitätsklinik Zürich behandelt und betreut psychisch kranke Menschen jeden Alters. Die über 2500 Mitarbeitenden der 55 verschiedenen Berufsbilder leisten in interdisziplinären Teams ihren Beitrag zur ganzheitlichen Versorgung der Patientinnen und Patienten, von der Abklärung über die Therapie bis zur Nachsorge. Unsere Arbeit basiert auf gegenseitigem Vertrauen und Eigenverantwortung und wir fördern gemeinsam eine innovative Unternehmenskultur. Als universitäre Klinik engagieren wir uns erfolgreich an nationalen und internationalen Forschungsprojekten. Das Zentrum für Integrative Psychiatrie ist eingebettet in die klinischen Versorgungs- und universitären Forschungsstrukturen der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik (Direktor: Prof. Dr. med. Erich Seifritz). Es bietet eine differenzierte Behandlung für Menschen mit therapieresistenten, psychiatrischen Krankheitsbildern an, die in Ergänzung zum akutpsychiatrischen Angebot der Regionalkliniken einen stationären Aufenthalt mit hochfrequenter kognitiv-verhaltenstherapeutischen Interventionen mit einem funktional-integrativem Schwerpunkt benötigen. Per sofort oder nach Vereinbarung suchen wir am Standort Rheinau für den Bereich «Psychotische Störungen» eine/einen Assistenzärztin/Assistenzarzt 80–100% Ihre Aufgaben -Aufbau und Weiterentwicklung einer Psilocybin gestützten Therapie -Psychiatrische Versorgung und Behandlung von Patientinnen und Patienten in enger Zusammenarbeit mit dem Oberarzt -Flankierende psychopharmakologische Beratung und Betreuung sowie Überwachung der Medikation -Teilnahme an der Durchführung von Psychotherapiegruppen nach Einführung in spezifische psychotherapeutische Gruppenverfahren -Aktive Partizipation an unserem internen Weiterbildungsprogramm (5.5 Stunden pro Woche) Ihr Profil -Approbation als Arzt/Ärztin (Voraussetzung: Vorlegen von Schweizer Berufsanerkennung MEBEKO anerkanntes Diplom und MEBEKO Deutsch-Eintrag) -Interesse an einer Weiterbildung zum Facharzt Psychiatrie / Psychotherapie -Sie verstehen sich als psychiatrischer Allrounder/Allrounderin -Begonnene Psychotherapieausbildung -Interesse an der Behandlung von Patienten mit F1, F2 und F6 Störungen sowie an kognitiver Verhaltenstherapie -Bereitschaft, sich mit kognitiver Verhaltenstherapie auseinanderzusetzen Unser Angebot -Tätigkeit in einem motivierten interprofessionellem Team -Gute Entwicklungsmöglichkeiten im psychiatrischen Fachgebiet und in kognitiver Verhaltenstherapie -Möglichkeit, Gruppentherapien durchzuführen -Zeitgemässe Weiterbildungsmöglichkeiten -Anstellungsbedingungen nach kantonalen Richtlinien -Gute universitäre Vernetzung; Möglichkeit zur Promotion gegeben -Bei Bedarf stehen möblierte Einzelzimmer-Studios zur Verfügung Weitere Auskünfte erteilt Ihnen gerne Chef-

arzt PD Dr. med. Dipl.-Psych. Godehard Weniger, Telefon +41 58 384 93 41. Wir freuen uns auf Ihre vollständige online Bewerbung. Für diese Position nehmen wir keine Bewerbungen von Personalvermittlern entgegen.

**ZH – Assistenzärztin/Assistenzarzt 100%** – Die Psychiatrische Universitätsklinik Zürich behandelt und betreut psychisch kranke Menschen jeden Alters. Die über 2500 Mitarbeitenden der 55 verschiedenen Berufsbilder leisten in interdisziplinären Teams ihren Beitrag zur ganzheitlichen Versorgung der Patientinnen und Patienten, von der Abklärung über die Therapie bis zur Nachsorge. Unsere Arbeit basiert auf gegenseitigem Vertrauen und Eigenverantwortung und wir fördern gemeinsam eine innovative Unternehmenskultur. Als universitäre Klinik engagieren wir uns erfolgreich an nationalen und internationalen Forschungsprojekten. Das Zentrum für Integrative Psychiatrie ist eingebettet in die klinischen Versorgungs- und universitären Forschungsstrukturen der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik (Direktor: Prof. Dr. med. Erich Seifritz). Es bietet eine differenzierte Behandlung für Menschen mit therapieresistenten, psychiatrischen Krankheitsbildern an, die in Ergänzung zum akutpsychiatrischen Angebot der Regionalkliniken einen stationären Aufenthalt mit hochfrequenter kognitiv-verhaltenstherapeutischen Interventionen mit einem funktional-integrativem Schwerpunkt benötigen. Per sofort oder nach Vereinbarung suchen wir am Standort Rheinau für den Bereich «Abhängiges Verhalten» eine/einen Assistenzärztin/Assistenzarzt 100% Bereich Abhängiges Verhalten. Ihre Aufgaben - Psychiatrische Versorgung und Behandlung von Patientinnen und Patienten in enger Zusammenarbeit mit dem Oberarzt und einem interprofessionellen Behandlungsteam - Teilnahme an der Durchführung von Psychotherapiegruppen nach Einführung in spezifische psychotherapeutische Gruppenverfahren - Aktive Partizipation an unserem internen Weiterbildungsprogramm (5.5 Stunden pro Woche) Ihr Profil - Interesse an einer Weiterbildung zum Facharzt Psychiatrie / Psychotherapie (Fremdjahr ist abgeschlossen) - Sie verstehen sich als psychiatrischer Allrounder/Allrounderin - Begonnene Psychotherapieausbildung - Interesse an der Behandlung von Patienten mit F1, F2 und F6 Störungen sowie an kognitiver Verhaltenstherapie - Bereitschaft, sich mit kognitiver Verhaltenstherapie auseinanderzusetzen Unser Angebot - Gute Entwicklungsmöglichkeiten im psychiatrischen Fachgebiet und in kognitiver Verhaltenstherapie - Arbeit in einem multidisziplinären Team in einer wertschätzenden Arbeitsatmosphäre - Ein praktisches stationäres Weiterbildungsjahr für den Fähigkeitsausweis Abhängigkeits-erkrankungen und den Schwerpunkt Abhängigkeits-erkrankungen - Möglichkeit, Gruppentherapien durchzuführen - Zeitgemässe Weiterbildungsmöglichkeiten - Anstellungsbedingungen nach kantonalen Richtlinien - Gute universitäre Vernetzung; Möglichkeit zur Promotion gegeben - Bei Bedarf stehen möblierte Einzelzimmer-Studios zur Verfügung. Weitere Auskünfte erteilt Ihnen gerne PD Dr. med. Dipl.-Psych. Godehard Weniger, Tel. +41 58 384 93 41. Wir freuen uns auf Ihre vollständige online Bewerbung. Für diese Position nehmen wir keine Bewerbungen von Personalvermittlern entgegen.

**ZH – Die Kunst des Hausarztseins in 8340 Hinwil** – Wir suchen einen Facharzt (m/W) Allgemeine Innere Medizin mit Erfüllung der Bedingungen zur fachlich eigenverantwortlichen Berufsausübung. Wir sparen uns hier leere Floskeln wie «Suchen kompetenten, motivierten und teamfähigen...», sondern sind einfach gespannt auf Dich und was Dich ausmacht. Sind Dir zwischenmenschliche Begegnungen auf Augenhöhe, ein

guter Teamgeist und ein Menschenbild welches die Einheit von Körper, Seele und Geist respektiert wichtig? Hast Du vielleicht genug von Werbeaussagen wie «bei uns steht der Mensch im Mittelpunkt» um dann im Alltag oft das Gegenteil zu erleben? Unsere innere Haltung ist geprägt von Respekt und Empathie gegenüber unseren Patienten und ihren individuellen Anliegen. Kannst auch Du dich damit identifizieren? Willst Du Dich von einengenden Anstellungsbedingungen lösen oder suchst Du eine andere Erfüllung im Beruf? Möchtest Du als Spitalinternist erste Schritte in der Hausarztmedizin wagen? Oder einfach in einem schampar guten Team sinnhaft arbeiten? Dann bewirb Dich! Wir bieten dir im Gegenzug in unserer Praxis alles was Du brauchst um in Deinem Berufsalltag glücklich zu werden inklusive flexibler Arbeitszeitmodelle und bei Eignung spätere Teilhabe. Wir geben gerne telefonisch Auskunft unter Tel. 044 500 99 44 oder per E-Mail: [med4hinwil@hin.ch](mailto:med4hinwil@hin.ch). Liebe Grüsse vom Med4Hinwil Team.

**ZH – Augenzentrum mit eigenem OP sucht Facharzt Ophthalmologie oder Ophthalmochirurgie** – Pensum nach Absprache, auch Teilzeit/ Wiedereinstieg möglich: [www.zakuesnacht.ch](http://www.zakuesnacht.ch). Bewerbungen an E-Mail: [gerber@zakuesnacht.ch](mailto:gerber@zakuesnacht.ch).

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

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

**ZH – Oberärztin/Oberarzt 80–100%** – Die Psychiatrische Universitätsklinik Zürich behandelt und betreut psychisch kranke Menschen jeden Alters. Die über 2500 Mitarbeitenden der 55 verschiedenen Berufsbilder leisten in interdisziplinären Teams ihren Beitrag zur ganzheitlichen Versorgung der Patientinnen und Patienten, von der Abklärung über die Therapie bis zur Nachsorge. Unsere Arbeit basiert auf gegenseitigem Vertrauen und Eigenverantwortung und wir fördern gemeinsam eine innovative Unternehmenskultur. Als universitäre Klinik engagieren wir uns erfolgreich an nationalen und internationalen Forschungsprojekten. Als führende Klinik für Erwachsenenpsychiatrie und Psychotherapie in der Schweiz übernehmen wir nicht nur den Versorgungsauftrag des Kantons Zürich, sondern agieren auch als universitäre Einrichtung mit Forschungs- und Lehrauftrag der Universität Zürich. Wir wirken hierbei erfolgreich an nationalen und internationalen Forschungsprojekten mit. An acht Standorten, darunter fünf klinische Einrichtungen, gestalten die Mitarbeitenden eine vielseitige und dynamische Arbeitsumgebung. Es bestehen vielfältige Möglichkeiten einer Mitwirkung hieran. Die Zentrale Triage ist eingebettet in die klinischen Versorgungs- und universitären Forschungsstrukturen der Klinik für Erwachsenenpsychiatrie und Psychotherapie (Direktor: Prof. Dr. med. Erich Seifritz). Das Team der zentralen Triage setzt sich aus ärztlichen

und pflegerischen Mitarbeitenden zusammen und ist für die Triagierung und Disposition stationärer Behandlungen von Patientinnen und Patienten der EPP an verschiedenen Standorten verantwortlich. Die diesbezüglichen Prozesse unterliegen einer fortwährenden Weiterentwicklung, wodurch zahlreiche Chancen entstehen, diesen Wandel aktiv mitzugestalten. Für die Zentrale Triage am Standort Lenggstrasse der PUK suchen wir per sofort oder nach Vereinbarung eine/einen: Oberärztin/Oberarzt 80–100%. Ihre Aufgaben - Psychiatrische Abklärungen und Erstgespräche im ambulanten Rahmen - Begleitung und Steuerung des Triagierungsprozesses - Konsiliardienste in angrenzenden somatischen Spitalern - Beteiligung an Lehre. Ihr Profil - Facharzt/-ärztin Psychiatrie und Psychotherapie oder kurz davor (absolviertes Fremdjahr als Voraussetzung) - Abgeschlossene Psychotherapieausbildung vorzugsweise in kognitiver Verhaltenstherapie - Deutschkenntnisse in Wort und Schrift auf Niveau C2 - Hohe Eigenverantwortlichkeit und Selbstorganisation. Unser Angebot - Vielseitiges Tätigkeitsfeld mit einem motivierten Team - Möglichkeit der aktiven Mitgestaltung eines dynamischen Arbeitsumfeldes - Umfangreiche Möglichkeiten zur internen und externen Weiterbildung - Möglichkeit von Forschungstätigkeit - Weitgehend eigenständige Arbeitszeit-Einteilung ohne Dienste - Anstellungsbedingungen nach dem kantonalen Personalgesetz - Attraktive Sozialleistungen (Übernahme von 60% der Pensionskassenbeiträge) Vergünstigte Einkaufsmöglichkeiten sowie Sportangebote, Beteiligung am ZVV-BonusPass/Generalabonnement, Personalrestaurant mit subventionierten Preisen oder Lunch Check's, Betriebsseigene Kinderkrippe u.v.m. Weitere Auskünfte erteilen Ihnen gerne Dr. med. Jan Exner, Oberarzt m.e.V., Tel. +41 58 384 21 93 und Markus Zahn, Oberarzt, Tel. +41 58 384 37 36. Wir freuen uns auf Ihre vollständige Online-Bewerbung. Bewerbungen per E-Mail sowie auf dem Postweg können aus Datenschutzgründen nicht berücksichtigt werden. Bitte bewerben Sie sich ausschliesslich über [www.pukzh.ch/karriere-bildung](http://www.pukzh.ch/karriere-bildung), wo Sie auch weitere Informationen über unsere Klinik erhalten. Für diese Position nehmen wir keine Bewerbungen von Personalvermittlern entgegen. Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Lenggstrasse 31, Postfach 363, 8032 Zürich, [www.pukzh.ch](http://www.pukzh.ch).

**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 Facharzt/-ärztin Allgemeine Innere Medizin oder Prakt. Arzt/Ärztin). Mehr zur Stelle erfahren Sie auf: [www.sanacare.ch/aerzte](http://www.sanacare.ch/aerzte). Oder rufen Sie uns an: 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](mailto:personal@sanacare.ch)).

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

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

**ZH – Fachärztin/-arzt Allgemeine Innere Medizin (50–100%)** – Die Arztpraxis beim Gemeindehaus in Regensdorf sucht Teammitglied mit Facharzt/-ärztin 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@arztpaxis-beim-gemeindehaus.ch](mailto:p.schneider@arztpaxis-beim-gemeindehaus.ch).

**ZH – Facharzt/-ärztin Allgemeine Innere Medizin** – Permanence Marktplatz-Oerlikon ist eine etablierte ärztliche Institution mit verhältnismässig kurzer Präsenzzeit an äusserst zentraler Lage (Franklinturm Bahnhof Oerlikon, <https://franklinturm.ch>), die umfassende ärztliche Versorgung in Zürich-Nord bietet, einschliesslich dringender Behandlung und allgemeinmedizinischer Betreuung. Sie ist ausgestattet mit modernster Infrastruktur und arbeitet mit Spezialisten und Krankenhäusern für weiterführende Versorgung zusammen. Das Team wird durch Hausärzte ergänzt und deckt ein breites Spektrum akuter und hausärztlicher Beschwerden ab. [www.permanence-oerlikon.ch](http://www.permanence-oerlikon.ch). Zur Stärkung unseres eingespielten Teams suchen wir eine/n Fachärztin/-arzt für Allgemeine Innere Medizin. Unser Angebot: selbständige, spannende Tätigkeit, attraktive Honorierung, spezielle Vereinbarungen für Teilzeit möglich, Weiterbildungsanerkennung in FMH Allg. Innere Medizin gemäss Art. 43 WBO (1 Jahr). Ihr Profil: teamfähige Persönlichkeit mit fundiertem Fachwissen, Freude an der Arbeit mit modernen Hilfsmitteln. Ihre schriftliche Bewerbung mit Unterlagen senden Sie bitte an: Herrn Dr. K. Bakı, Permanence Marktplatz Oerlikon, Querstrasse 15, 8050 Zürich, E-Mail: [kbaki@permanence-oerlikon.ch](mailto: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, Radio-onkologie, 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](mailto:hansueli.ehrbar@hin.ch) schicken. Für weitere Auskünfte wenden Sie sich bitte direkt an Dr. med. Hansueli Ehrbar, Tel. 055 220 17 76.

## Praxisvertretungen Remplacements Sostituti in studio medico

**BE – Stellvertretung Allgemeine Innere Medizin Raum Bern** – Wir sind eine Hausarzt-Doppelpraxis und suchen aufgrund eines akuten Krankheitsfalles eine Praxis-Stellvertretung 60–100%. Zeitrahmen: Per sofort/nach Vereinbarung bis 20.08.2024. Tel. 031 961 60 70 oder E-Mail: [praxis.stapfenmaerit@hin.ch](mailto:praxis.stapfenmaerit@hin.ch).

**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: Simmenpraxis, E-Mail [stefanie.bowee@hin.ch](mailto:stefanie.bowee@hin.ch), Tel. 033 733 16 01.

**ZH – 40–60% Allgemeinmedizin; Sept. - Dez. 2024; 8104 Weiningen bei Zürich/Limmattal, Gruppenpraxis** – Praxisvertretung in Gruppenpraxis (3 Ärztinnen, 5 MPA), 40–60%, für 10–12 Wo Mitte Sept. bis Mitte Dez. 24. Kein NF-Dienst. Keine Pädiatrie & 12j. Gute Betreuung durch das erfahrene Team. Voll digitalisiert inkl. Röntgen. Praxislabor, Praxisapotheke. Flexible Arbeitszeiten. Die Stelle bietet super Gelegenheit für Einblick in die Grundversorgung auch für jüngere Kolleg\*Innen. Voraussetzung: 3–4j Berufserfahrung, profunde Kenntnis der Schweiz. Mundart und des CH-Gesundheitswesens, CH-Diplomanerkennung, CH-Staatsbürgerschaft oder C-Niederlassung. Kontakt: E-Mail: [Hausaerzte-Weiningen@hin.ch](mailto:Hausaerzte-Weiningen@hin.ch); Tel. 044 752 2020.

## 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](mailto:gregor.dietrich@fmhconsulting.ch).

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

# Un nouveau stent biorésorbable mis à l'épreuve clinique

**Cardiologie** Une nouvelle génération de stents biorésorbables est arrivée sur le marché. Contrairement aux stents métalliques, ces tuteurs à base de magnésium se dégradent progressivement – laissant les vaisseaux libres de tout corps étranger après douze mois environ.

Sarah Bourdely

Après l'implantation du premier stent métallique en 1986 par Jacques Puel, l'année 2002 marque une nouvelle révolution dans l'histoire de la cardiologie interventionnelle, avec l'apparition du premier stent à élution de médicaments (drug-eluting stent, DES). Ce dernier offre non seulement un support mécanique à l'artère, mais il est également enrobé d'un polymère contenant un médicament antiprolifératif destiné à réduire le risque de resténose de stent.

«Malheureusement, les patients ayant bénéficié d'une angioplastie coronarienne avec des stents actifs métalliques de dernière génération présentent un taux d'événements cardiovasculaires persistant au long terme de l'ordre de 2 à 5%», affirme le cardiologue interventionnel Juan F. Iglesias. Et ce, malgré les évolutions technologiques qui ont eu lieu au cours des dernières années. Raison pour laquelle le médecin adjoint agrégé de l'Unité de cardiologie interventionnelle des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) mise désormais sur un nouveau type de stents actifs. Mi-mars de cette année, il a implanté un stent actif au magnésium entièrement résorbable – une première aux HUG.

## Un traitement sans métal

L'idée n'est pas nouvelle. Plusieurs générations de stents coronaires biorésorbables ou «scaffolds» ont fait leur entrée sur le marché ces dernières années. Leur objectif: diminuer les complications liées aux implants métalliques permanents telles que les réactions d'hypersensibilité, les retards de cicatrisation artérielle et la néoathérosclérose, qui augmentent le risque de resténose et de thrombose tardive du stent [1]. Agissant, dans un premier temps, comme support structurel de la paroi artérielle, ces stents se dégradent progressivement. «Cela permet à l'artère coronaire de retrouver sa pulsatilité et sa vasomotricité physiologiques en la libérant progressivement de tout corps étranger potentiellement inflammatoire», explique Juan F. Iglesias.

Le premier scaffold de ce type avait été mis en place par la compagnie Abbott Vascular en 2011. Le stent actif biorésorbable nommé ABSORB BVS (Bioresorbable Vascular Scaffold) était constitué d'un polymère d'acide lactique recouvert d'un principe actif, l'évérolimus, afin de lutter contre la resténose. Cependant, les résultats des études cliniques se sont révélés décevants: «En comparaison d'un stent actif de dernière génération, le scaffold actif ABSORB BVS était associé à une augmentation par un facteur 3 à 4 du risque de thrombose du dispositif qui persiste lors du suivi au long terme», explique le docteur Iglesias. Une alerte de sécurité émise par la Food and Drug Administration (FDA) ainsi qu'une étude publiée dans le *New England Journal of Medicine* [2] obligent le fabricant à retirer son produit du marché mondial en 2017. «Bien que le principe du 'leave nothing behind' soit prometteur, les résultats de cette étude ont soulevé des inquiétudes légitimes quant à la sécurité des stents bioabsorbables», affirme à ce propos le docteur Pascal Meier, cardiologue interventionnel à l'Hôpital cantonal de Fribourg (HFR).

## Une résorption quasi totale sous douze mois

Le stent biorésorbable DREAMS 3G, conçu par la société Biotronik, est quant à lui associé à des résultats favorables en termes de sécurité et de performance. C'est ce qu'indique l'étude BIOMAG-I, publiée en avril 2023 dans *The Lancet*



© BIOTRONIK AG – All rights reserved

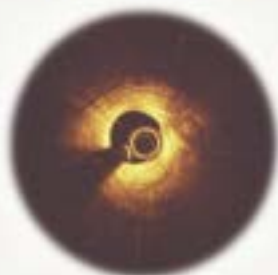
Après avoir joué son rôle, le stent se dissout dans l'organisme.

## Resorption example

Magnesium fully resorbed after 12 months<sup>1</sup>

After approximately 12 months the scaffold is almost completely resorbed (99.3%)<sup>1</sup>

PRE-PROCEDURE



POST-PROCEDURE<sup>2</sup>



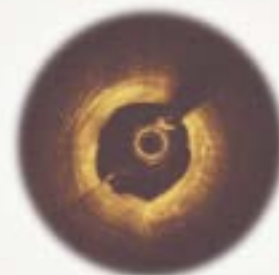
Immediately after implantation, struts are well apposed to the vessel wall.

6M-FOLLOW UP



While the Magnesium resorption is completing, endothelialization progresses.

12M-FOLLOW UP<sup>2</sup>



The resorption is completed. No struts appear in OCT.

1. Based on intracoronary OCT analysis of the BIONAD-I trial presented by Dr. H. Siegel at ESC 2023; 2. BIONAD-II data on the first OCT based on BIONAD-I trial in normal sine projection, courtesy of Prof. Michael Haude, Rheinland Kliniken, Leibniz Center, Lubastrassenhaus, Neuss, Germany

Les images OCT montrent la résorption du stent au magnésium au bout de douze mois.

eClinicalMedicine [3]. Le service de cardiologie des HUG a participé à cette étude prospective comme seul centre suisse parmi 14 centres européens sélectionnés. «Nous avons effectué une imagerie intracoronarienne de suivi à 6 et à 12 mois après l'implantation. Chez les patients traités avec DREAMS 3G, nous avons observé une résorption quasi totale du scaffold métallique au magnésium à une année de l'implantation», rapporte Juan F. Iglesias, qui agit comme consultant pour la société Biotronik. Selon le cardiologue interventionnel, aucun événement cardiovasculaire majeur, soit aucun décès, infarctus du myocarde ou thrombose de dispositif n'a été observé après une année de suivi.

### L'implantation de ce stent biodégradable exige une préparation plus précautionneuse de la lésion.

Le profil de la personne traitée en mars dernier correspondait aux critères d'inclusion des patientes et patients participant à l'étude BIOMAG-I. «Il s'agissait d'une patiente de 68 ans, souffrant d'une angine de poitrine. La coronographie avait montré une lésion unique sur une branche de l'artère circonflexe, que nous avons traitée avec un stent bio-résorbable au magnésium de 3 millimètres de diamètre et 22 millimètres de longueur», explique le spécialiste en cardiologie interventionnelle des HUG. Selon Juan F. Iglesias, l'âge biologique relativement jeune est un critère important, tout comme la présence d'une lésion relativement simple, unique et courte, sans lésions de bifurcation. Pascal Meier partage cet avis: «Ce scaffold est adapté aux lésions simples sans grande tortuosité.» Ayant pratiqué la première implantation du stent DREAMS 3G en Suisse au mois de mars au

HFR, le cardiologue estime que les stents résorbables peuvent s'avérer utiles «dans les vaisseaux distaux chez les jeunes patients». Cela avant tout afin de permettre un pontage chirurgical ultérieur si nécessaire.

#### Quelques contraintes à respecter

L'implantation de ce stent biodégradable exige une préparation plus précautionneuse de la lésion selon Juan F. Iglesias. En effet, «ce scaffold en magnésium a une force d'expansion légèrement plus faible qu'un stent métallique».

C'est pourquoi ce type de stent ne s'utilise pas pour des lésions trop dures, souligne Pascal Meier: «En cas de lésions très calcifiées, de sténoses ostiales ou du tronc principal et de vaisseaux tortueux, les stents métalliques restent pour l'instant le premier choix, car ils offrent une stabilité mécanique durable.» Autre inconvénient: les coûts des stents bio-résorbables sont, à l'heure actuelle, beaucoup plus élevés que ceux des stents traditionnels.

Les HUG ont inclus au mois de mai 2024 le premier patient mondial dans l'étude internationale randomisée contrôlée BIOMAG-II [4]. 1859 sujets seront suivis durant cinq ans afin de comparer ce stent en magnésium au «gold standard» actuel, un stent actif métallique.



#### Références

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

# Communication 2.0 avec les patients

**Numérisation** En tant que médecin, comment communiquez-vous avec vos patientes et patients? L'offre d'outils de communication numériques semble infinie, mais ceux-ci peuvent-ils être appliqués efficacement dans la pratique?

Lucas Schult

J'ai récemment assisté à une formation continue sur la mise en œuvre pratique de la Digital Health [1]. À cette occasion, j'ai pris conscience une fois de plus à quel point la communication numérique est devenue une évidence, surtout depuis que nos smartphones ont évolué pour devenir un prolongement quasi parfait de nos mains. Le système de santé ne fait pas exception. Les patients s'attendent toujours plus à pouvoir entrer en contact avec leur médecin par voie numérique, une méthode – prétendument – rapide, simple et qui offre la flexibilité qu'exigent les styles de vie modernes.

## Une grande responsabilité

Mais si le progrès numérique présente des avantages indéniables, il ne faut pas perdre de vue les risques qu'il comporte pour les professionnels de la santé. Le respect de la protection des données et du secret professionnel n'est pas seulement une obligation éthique. C'est aussi une exigence légale. Trop souvent, les patients ne sont pas conscients des données sensibles qu'ils échangent via des canaux numériques et de l'importance de les protéger de manière adéquate. C'est pourquoi la formation et le devoir de diligence des professionnels de la santé sont d'autant plus importants pour leur permettre d'identifier les risques et d'appliquer les bons outils.

L'utilisation d'outils de communication numériques tels que les chats (par WhatsApp ou Telegram), les vidéoconférences (via Zoom ou Teams) et les réseaux sociaux pour communiquer avec les patients comporte quelques pièges, du choix du bon serveur à l'identification des utilisateurs, en passant par le stockage et le cryptage des données. Le serveur est-il situé à l'étranger ou en Suisse? Quelles données sont enregistrées et comment sont-elles protégées? La liste des questions est longue, et les réponses sont souvent complexes. Garder une vue d'ensemble de tout ce dont il faut tenir compte pour communiquer dans le respect de la protection des données est un défi, mais n'est pas impossible!

## Les appels téléphoniques peuvent être écoutés

La communication avec les patients par téléphone, SMS ou même le traditionnel fax comporte également ses risques. Bien qu'ils soient largement utilisés dans les cabinets médicaux, ces canaux de communication n'offrent pas une protection suffisante pour les données de santé sensibles.

Les appels téléphoniques peuvent être écoutés, les SMS piratés ou envoyés aux mauvais destinataires, et les fax peuvent rester à la vue de tout le monde dans l'appareil. Travailler consciencieusement, passer des appels téléphoniques dans des locaux fermés et protéger les appareils de l'accès de tiers est également essentiel dans le quotidien du cabinet.

Il existe pourtant des alternatives qui garantissent la protection des données. Les e-mails cryptés sont un moyen de transmettre des informations sensibles en toute sécurité, mais là encore, la prudence est de mise, car toutes les méthodes de cryptage n'offrent pas la même protection. Une vérification rigoureuse de l'identité est tout aussi importante qu'un cryptage sécurisé, comme vous le connaissez avec HIN Mail Global. C'est la seule façon de garantir que le destinataire est effectivement autorisé à consulter les données personnelles de la patiente ou du patient.

## Sensibilisation et formation

Mais ce qui compte au final, c'est que tous les participants soient conscients des risques et agissent de manière responsable. La formation initiale et continue des médecins et de leur personnel au cabinet joue également un rôle décisif. Je ne peux que vous recommander de vous perfectionner en matière de transformation numérique – des offres faciles d'accès existent et nous les promovons chez HIN [2]. Cela en vaut la peine, car c'est la seule façon de garantir que le progrès numérique dans le secteur de la santé ne se fasse pas au détriment de la sécurité.



## Références

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



**Lucas Schult**

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





# Réveillez-vous – c'est tout ou rien!



**Ludwig T. Heuss**  
Membre du conseil  
d'administration EMH

Il semble irréal d'écrire un «mot de la fin» qui pourrait être réellement le dernier.

C'est tout ou rien. C'est pourquoi cela doit aussi être le sujet de la dernière page: le Bulletin des médecins Suisses que vous tenez dans vos mains est en danger de disparition sans votre soutien.

Les raisons en sont expliquées (voir page 8).

Les raisons sous-jacentes sont multiples:

Depuis la fondation des EMH il y a plus de 25 ans, l'indépendance éditoriale des revues a toujours été primordiale. «Bulletin des médecins Suisses & Swiss Medical Forum» est bien sûr une revue destinée aux médecins. Et bien sûr, nous sommes l'organe de publication de la FMH pour ses intérêts politiques. Nous sommes là pour renforcer la profession médicale en tant que corps, et même en tant que communauté, à l'intérieur comme à l'extérieur.

Nous savons tous combien cela est difficile. Nous ne sommes pas faciles à rassembler sous un chapeau – plutôt à réunir sous une blouse blanche. Le corps médical est un groupe coloré et diversifié. Même les catégorisations échouent toujours. Il n'y a pas «le généraliste» ou «la spécialiste», «la jeune médecin hospitalière» ou «l'ancien praticien en cabinet privé», «l'employé à temps partiel» ou «l'entrepreneur indépendant». Nous sommes une mosaïque et un continuum de toutes les nuances. De plus, nous sommes aussi des conservateurs anxieux, des détracteurs marxistes du système, des écologistes idéalistes, des pragmatiques libéraux, et des nationaux-conservateurs qui font de l'obstruction. Nous sommes des croyants appartenant à des communautés religieuses ou des agnostiques sceptiques, des idéalistes et des fatalistes.

Et c'est bien ainsi.

Le but principal de la maison d'édition médicale suisse EMH a toujours été de donner de l'espace à cette diversité. Cela inclut le fait que nous publions, selon certaines règles, des opinions

divergentes. Nous créons un forum non pas pour la polémique mais pour l'échange d'opinions et le débat démocratique. Ce principe est ancré depuis des années dans un statut de rédaction, conformément à une profession libre et à la tradition de liberté de notre pays.

Il est évident que ces derniers mois, toutes les opinions exprimées, tous les articles n'ont pas été du goût du comité central de la FMH. C'est regrettable, mais c'est précisément pour cela qu'il existe des procédures établies pour résoudre les différends.

Au final, nous sommes tous médecins. Nous ne parlons peut-être pas obligatoirement la même langue, mais nous partageons un «mindset» commun qui offre des points d'accroche pour la compréhension. Nous nous engageons pour nos patientes et nos patients, et pour le développement de notre profession.

Il doit donc être possible de trouver un consensus sur le fait que notre principal organe d'information et de formation continue – le «Bulletin des médecins Suisses & Swiss Medical Forum» – mérite le soutien nécessaire pour assurer un avenir sûr.

SÄZ et SMF nous appartiennent à tous:  
#sauvezBMS et SMF

Écrivez-moi votre opinion: [ltheuss@emh.ch](mailto:ltheuss@emh.ch).

Informez-vous ici



<https://qrco.de/bflLba>

# SMOMMS

schweizer mediziner-orchester  
orchestre des médecins suisses  
orchestra dei medici svizzeri

avec l'orchestre des médecins australiens

*corpus  
medicorum*

## Gulda

Concerto pour violoncelle  
et orchestre d'harmonie

## Strauss

Une Symphonie alpestre

Christoph Altstaedt - Direction

Lionel Cottet - Violoncelle

7 septembre 2024


18h30 Victoria Hall Genève

8 septembre 2024

17h Kulturcasino Berne

Tickets: [www.ticketmaster.ch](http://www.ticketmaster.ch)

Concert au bénéfice de

 **Parkinson**  
schweiz suisse svizzera

# Carmenthin®

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



Admis aux caisses (LS)  
dès 12 ans

Douleurs?



Ballonnements?



Sensation de réplétion?



Capsule gastro-résistante<sup>1</sup>



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

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

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

1,2,3,4,5

### Information professionnelle abrégée Carmenthin®

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

### Références

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

Toutes les références peuvent être demandées à Schwabe Pharma.



Schwabe  
Pharma AG  
From Nature. For Health.