



- Éditorial de Olivier Giannini
- Entretien avec Yvonne Gilli et Stefan Kaufmann – Partie 2
- Le travail en groupe Balint aujourd'hui
- Transplantation cardiaque après arrêt cardio-circulatoire

Inhalt

Éditorial de Olivier Giannini	3
Rétrospective 2024: Entretien avec Yvonne Gilli et Stefan Kaufmann – Partie 2	5
Le travail en groupe Balint aujourd’hui	9
Transplantation cardiaque après arrêt cardio-circulatoire (DCD)	12
Nouvelles du corps médical	15
Communications	17

Mon engagement pour la médecine de demain

Du Tessin à Berne Comment rester immobile face aux bouleversements que traverse le système de santé ? C'est cette réflexion qui m'a poussé à relever ce nouveau défi en saisissant l'opportunité de m'engager. Depuis le 1^{er} janvier, je suis donc officiellement actif au sein du Comité central de la FMH, prêt à mettre en œuvre les visions et les objectifs qu'il s'est fixés.



Olivier Giannini
Dr méd., p.-d., membre du
Comité central

Mon élection au Comité central par la Chambre médicale le 6 juin 2024 à Bienne a été très importante pour moi, car après 12 ans d'absence, le Tessin y est à nouveau représenté. Avoir été choisi dans cette fonction me remplit d'une profonde gratitude et je suis reconnaissant envers les collègues qui m'ont précédé d'avoir construit une représentation solide et respectée pour notre profession. Aujourd'hui, le corps médical est confronté à d'importants changements et incertitudes, marqués par des défis complexes. Attentes croissantes, nécessité de réformer le système dans un contexte d'évolution sociale rapide, pressions économiques et politiques, et la bureaucratie qui entrave trop souvent notre mission première qui consiste à prendre soin des patients et des personnes les plus vulnérables de la société.

Réponses concrètes et défis communs

En réfléchissant à mon rôle au sein du Comité central, je ressens la profonde responsabilité de représenter tous les médecins. Né à Bâle, de mère lucernoise et de père tessinois, j'ai acquis plus de 30 ans d'expérience professionnelle aux quatre coins de la Suisse, perfectionnant ainsi mon trilinguisme. Mes racines se trouvent cependant dans le Mendrisiotto, la partie la plus méridionale de la Suisse où j'ai grandi. En tant que médecin-chef

**Je suis reconnaissant
envers les collègues qui
m'ont précédé d'avoir
construit une représentation
solide et respectée pour
notre profession.**

adjoint en médecine interne et néphrologue à l'Ospedale Regionale di Mendrisio, j'ai le privilège de connaître personnellement presque tous mes collègues de la région, leurs particularités, les défis qu'ils doivent relever et les difficultés qu'ils rencontrent. Dans notre région, comme dans le reste du pays, les médecins veulent retourner aux principes fondateurs de leur profession : soigner les patients et redécouvrir la passion pour leur métier dans un système de santé qui les soutient plutôt que de leur mettre des bâtons dans les roues. Depuis juin 2024, en ma qualité de nouveau membre élu, j'ai activement contribué, dans un travail collectif stimulant impliquant l'ensemble du Comité central, à élaborer la

La pénurie de professionnels de santé n'est pas qu'une question de chiffres, mais le symptôme d'une perte d'attractivité.

stratégie 2025–2028 de la FMH, axée sur trois thèmes prioritaires : garantir un nombre suffisant de professionnelles et professionnels de santé qualifiés, faciliter le virage ambulatoire et réduire la charge administrative qui pèse sur la profession. Il s'agit là de réponses concrètes pour donner un nouveau souffle à notre métier en préservant nos valeurs fondamentales et en les adaptant aux défis collectifs d'un système de santé en pleine évolution.

Former et valoriser les nouvelles générations

La pénurie de professionnels de santé n'est pas qu'une question de chiffres, mais le symptôme d'une perte d'attractivité. Le *numerus clausus* trop sélectif ne fait que l'aggraver en axant les critères d'admission sur les capacités cognitives au détriment de qualités essentielles telles que l'intelligence émotionnelle et les compétences relationnelles, risquant ainsi de passer à côté de talents à fort potentiel. En tant que chargé de cours à l'Université de Lugano, responsable des plans de carrière et des cursus de formation à l'hôpital et fier papa d'un étudiant en médecine de 20 ans, je connais bien les aspirations de la jeune génération. Nous ne pouvons plus nous contenter de véhiculer l'image idéalisée du médecin toujours joignable de jour comme de nuit, qui sacrifie ses week-ends pour rédiger des rapports ou des certificats.

Nous devons créer un environnement de travail qui attire non seulement de nouveaux collègues, mais qui les prépare le mieux possible et les incite à rester dans la profession. Nous devons valoriser l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée, en reconnaissant que le bien-être des médecins est essentiel pour garantir la qualité de la prise en charge.

Prise en charge médicale de proximité

Le virage ambulatoire n'est pas qu'une simple stratégie, mais une réponse concrète aux besoins d'une société en pleine mutation. Le vieillissement de la population, l'augmentation des maladies chroniques et la nécessité de redistribuer efficacement les ressources exigent de repenser en profondeur le modèle traditionnel de prise en charge médicale. Rapprocher les soins des patients signifie non seulement améliorer leur qualité de vie, mais aussi réduire la pression sur les hôpitaux tout en renforçant la médecine de proximité et en optimisant l'utilisation des ressources disponibles. Il est essentiel de soutenir et de favoriser la médecine sur l'ensemble du territoire et notamment dans les endroits les plus reculés, en valorisant le rôle et les compétences des médecins généralistes et en garantissant un accès aux soins plus équitable pour toutes et tous.

Numérisation et innovation

Il est indispensable de réduire la bureaucratie en médecine afin de replacer le patient au centre de la relation thérapeutique et d'améliorer la qualité de vie des médecins. Il importe de remettre les soins médicaux au centre de l'attention, car chaque minute consacrée à remplir des formulaires n'est pas destinée aux patients. Réduire la charge administrative est une marque de respect envers la profession, envers ses valeurs et, surtout, envers les patients. Je suis convaincu qu'il est possible de réduire la charge administrative grâce à une numérisation ciblée et efficace. L'ordonnance électronique, une initiative soutenue par la FMH, est un exemple concret de transformation numérique. De même, le dossier électronique du patient (DEP) doit résulter d'un effort conjoint du système

de santé et des citoyens, soutenu par le monde politique et mis en œuvre grâce aux technologies de l'information. Cet outil innovant permettra d'éviter les doublons, les examens inutiles et de prévenir les erreurs de prescription, améliorant ainsi l'efficacité, la qualité et l'économicité des soins. L'intelligence artificielle (IA) est d'ores et déjà une réalité qui révolutionne l'exercice de la médecine : elle aide les médecins à analyser les données, à affiner les diagnostics et à améliorer les traitements et la gestion administrative. À l'avenir, l'IA deviendra un partenaire intégré et prédictif, capable de personnaliser les soins et de redéfinir le rôle du médecin à l'ère de la médecine de précision. Il est néanmoins crucial de standardiser les processus pour garantir la sécurité, la fiabilité et prévenir les disparités et les risques.

Mon engagement

En tant que médecins, nous connaissons bien les sacrifices et la résilience qu'exige notre profession. Au sein du Comité central, je m'engage à valoriser le travail des médecins et de la FMH en soutenant leur contribution essentielle à la société. Je travaillerai avec détermination pour représenter tous les médecins, pour relier et soutenir avec le même dévouement tous les endroits où s'exerce la médecine, des banlieues aux centres urbains, des soins hospitaliers publics ou privés à la médecine ambulatoire et de famille. Mon engagement repose sur la volonté de traduire la mission, la vision et les objectifs stratégiques de la FMH en actions concrètes, gardant toujours à l'esprit les besoins du corps médical et la défense de ses intérêts. Ensemble, nous pouvons construire un avenir dans lequel exercer la médecine avec passion et enthousiasme, conscients que le bien-être des médecins et de l'ensemble du système de santé est le fondement pour assurer des soins de qualité.

« Avec cette force d'action et une orientation stratégique claire, nous pouvons faire bouger les lignes »

Rétrospective 2024 – Partie 2 Dans la seconde partie de leur rétrospective de l'année écoulée, Yvonne Gilli, présidente de la FMH, et Stefan Kaufmann, secrétaire général, présentent la nouvelle stratégie et sa pertinence pour les membres, mais aussi leurs propres objectifs pour 2025. [La première partie](#) de l'entretien a été publiée dans le BMS du 15 janvier 2025.

Entretien avec la Dre méd. Yvonne Gilli et
Stefan Kaufmann mené par
Franziska Lenz, lic.rer.soc.
Co-responsable Politique & Communication FMH

En novembre 2024, la Chambre médicale a adopté la nouvelle stratégie de la FMH comportant trois thèmes prioritaires: allègement des tâches administratives, suffisamment de personnel qualifié et virage ambulatoire réussi. Pourquoi ces trois thèmes en particulier?

Stefan Kaufmann (SKA): Notre « Maison stratégique » accueille une multitude d'objectifs, c'est pourquoi nous avons délibérément choisi de mettre l'accent sur une orientation précise. Or, comme chacun sait, une stratégie se construit en plusieurs étapes. Lors du congrès des médecins allemands à Mayence, nous avons remarqué que ces trois enjeux étaient loin de ne concerner que nous, et qu'ils impactaient tous les systèmes de santé hautement développés. Ils mettent actuellement au défi la plupart des pays européens et les États-Unis.

Yvonne Gilli (YGI): Les enquêtes que nous avons menées auprès des médecins et des décideurs politiques le confirment également. Le manque de personnel qualifié et la surréglementation sont là, on les perçoit dans le quotidien médical. Le virage ambulatoire est amorcé depuis longtemps, certains le ressentant plus que d'autres. Pour nous, observer comment ce processus se déroule dans les pays dans lesquels il est plus avancé peut s'avérer particulièrement utile – et nous permet d'apprendre de ces expériences.

Comment la FMH s'assure-t-elle que ses membres tirent un bénéfice concret de ces mesures stratégiques ?

YGI: Nous disons souvent que nous avons réussi à éviter beaucoup de choses au Parlement. Or, la plupart des médecins ne

remarquent pas cette part de notre travail, puisque nous avons justement réussi à éviter les impacts négatifs que tel ou tel projet aurait pu avoir sur notre profession. En revanche, tout le monde se rend immédiatement compte de ce que nous n'avons pas pu éviter, même lorsque c'est minime. Nous devons donc mieux montrer ce que nous faisons concrètement et où nous obtenons des succès. Tant que nos actions restent réactives et qu'elles disparaissent dans le flux incessant des thèmes en discussion, nous perdons la liberté que nous confère une démarche proactive, et donc notre force de persuasion. C'est pour cette raison que nous devons nous concentrer sur les thèmes prioritaires évoqués. Voilà les messages que nous voulons faire passer – en mobilisant aussi nos membres. Une forte motivation intrinsèque se dégage lorsqu'une personne se rend compte qu'elle peut contribuer à l'évolution de son travail quotidien.

SKA: Ces trois thèmes prioritaires suscitent aujourd'hui déjà de nombreuses réactions de la part de nos membres, car ce sont des questions qui les préoccupent tous les jours. En nous concentrant sur ces thèmes, nous sommes en mesure de réagir aux activités politiques, mais aussi de faire valoir de manière proactive notre point de vue et nos propositions de solutions – et d'apporter ainsi notre pierre à l'édifice pour rechercher des solutions communes. À l'image d'un panneau indicateur, notre stratégie nous permet d'arriver plus facilement au but.

La bureaucratisation figure en tête des préoccupations des médecins. Que faut-il concrètement pour alléger la charge administrative des médecins ?

YGI: Toute la société évolue vers une réglementation excessive, il faut donc rester réalistes. Premièrement, nous ne pouvons pas tout déléguer aux milieux politiques lorsque nous identifions un problème. Nous devons d'abord utiliser la marge de manœuvre dont nous disposons et développer nos propres solutions chaque fois que cela est possible. Deuxièmement, il



Stefan Kaufmann : « En nous focalisant, nous sommes en mesure de réagir, mais aussi de faire valoir de manière proactive notre point de vue et nos propositions de solutions. »

faut identifier les obstacles bureaucratiques – par exemple les nouvelles exigences en matière de stérilisation imposées en médecine ambulatoire – et les réduire autant que possible. Troisièmement, nous devons sensibiliser le Parlement aux effets produits par de nouvelles mesures. Pour cela, il faut analyser sérieusement l'impact des réglementations en collaboration avec des experts. De manière générale, il est recommandé de faire appel le plus tôt possible aux acteurs concernés. Prenons l'exemple de l'ordonnance électronique sur laquelle nous travaillons actuellement et qui doit être utilisée par les médecins et les pharmacies. Si elle ne peut pas être intégrée directement dans le logiciel primaire des cabinets médicaux, elle ne fonctionnera pas. Ni les milieux politiques ni l'administration ne sont à même de montrer les conséquences très pratiques que cela aurait. C'est à nous de nous y atteler.

SKA : Exactement ! En prendre conscience déclenche des réflexions qui sont ensuite relayées dans les commissions et les processus de travail. Au sein du Secrétariat général, nous y sommes déjà sensibilisés ; cela nous permet d'arriver à des conclusions complémentaires. Il existe de nombreux exemples

de bureaucratie pour lesquels il vaut la peine d'insister et de prendre des contre-mesures au lieu de simplement les accepter. YGI : Nos consœurs et confrères allemands ont d'ailleurs présenté à leur gouvernement un catalogue de 800 mesures qui pourraient être tout simplement supprimées sans pour autant compromettre la prise en charge médicale de la population. Nous y travaillerons aussi en Suisse [rires].

Venons-en au manque de personnel qualifié. Ne faudrait-il pas là aussi commencer par « balayer devant sa porte » ? Notre société exige de nouveaux modèles de travail. Comment les hôpitaux et le corps médical peuvent-ils y contribuer ?

YGI : Une particularité de notre profession réside dans les semaines de 60 à 80 heures que les anciennes générations considéraient comme tout à fait normales. Aujourd'hui, les jeunes médecins ont une tout autre conception de l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée. La question n'est pas de savoir si c'est bien ou non ; c'est un fait et pas seulement en Suisse. Pour notre profession, cela représente cependant un défi car, pour garantir la couverture médicale, il faut aujourd'hui plusieurs médecins pour remplacer un plein temps des anciennes générations.

SKA : À cela s'ajoutent la croissance démographique et les besoins accrus en prestations médicales. Nous ne pouvons pas tourner le dos à cette réalité ; nous devons au contraire trouver des solutions appropriées. Les médecins ont tout intérêt à y participer activement.

Que peut-on faire au niveau politique pour former suffisamment de professionnels de santé et garantir la couverture médicale ?

YGI : Il faut tout d'abord mettre fin au récit erroné selon lequel la profession de médecin de famille n'est pas attractive et que la plupart se tournent vers une spécialisation. Le problème principal réside dans le nombre insuffisant de places d'études et dans notre forte dépendance vis-à-vis de l'étranger. Nous formons tout simplement trop peu de médecins. En effet, la part des médecins qui se dirigent vers la médecine de famille

Nous avons la possibilité d'assurer notre couverture médicale à long terme. Nous ne pouvons pas nous contenter d'agir à court terme.



Yvonne Gilli : « Nous ne pouvons pas tout déléguer aux milieux politiques, mais devons d'abord utiliser la marge de manœuvre dont nous disposons. »

est stable depuis des années et n'a pas diminué. Or, si on forme trop peu de médecins, on forme aussi trop peu de médecins de famille. De plus, les médecins spécialistes viennent généralement de l'étranger, car ils sont plus mobiles. À l'inverse, les cabinets de médecine de famille sont ancrés dans leur région d'implantation. Il faut donc créer davantage de places d'études et de formation postgraduée ici, en Suisse.

SKA : Rappelons aussi que le fédéralisme nous a fortement orientés vers des structures de formation hospitalière. Par conséquent, suite au transfert progressif des traitements hospitaliers vers l'ambulatoire – le fameux virage ambulatoire – les capacités de formation se raréfient. Nous avons besoin de plus de places de formation dans le secteur ambulatoire et pour toutes les spécialisations. C'est un immense défi pour les cantons, qui doivent trouver des solutions communes. La FMH apportera sa contribution pour que cela réussisse.

Le virage ambulatoire a été évoqué à plusieurs reprises. Comment l'accompagner avec succès ?

YGI : La FMH participe aujourd'hui dans une large mesure à l'organisation et au financement des places de formation postgraduée dans le secteur ambulatoire. Comme il ne s'agit pas seulement d'une tâche dévolue au corps médical, mais aus-

si d'une mission publique, les cantons doivent aussi s'y atteler. La réussite du virage ambulatoire ne sera possible qu'avec les soins intégrés et des solutions numériques. Les personnes soignées à domicile ou sortant de l'hôpital ont besoin d'être suivies par un réseau dense d'équipes interprofessionnelles, assistées par des outils électroniques. La collaboration entre les médecins et les autres professionnels de la santé, comme les services d'aide et de soins à domicile, est primordiale. L'interface entre le secteur hospitalier et le secteur ambulatoire nous met aussi particulièrement au défi. Pour y faire face, nous devons formuler clairement nos besoins afin que les conditions-cadres fixées au niveau politique soient réalistes.

SKA : Jusqu'à présent, la Suisse a toujours été louée pour ses soins intégrés. Maintenant que le financement uniforme a été voté, les cantons et les assureurs peuvent piloter les ressources en coopération avec les fournisseurs de prestations. Nous devrions développer ce processus dans le système de santé fédéral selon une approche helvétique, mais justement sans réglementation excessive.

YGI : Nous avons la possibilité d'assurer notre couverture médicale à long terme. Pour ce faire, nous ne pouvons pas nous contenter d'agir à court terme. Certains cantons devront temporairement financer davantage en raison des différentes

situations de départ. Cela ne doit cependant pas conduire à des interventions précipitées tant que le système ne s'est pas totalement établi. L'exemple du Japon montre à quel point leurs conséquences peuvent être dramatiques si rien n'est fait à temps pour les contrer. Même si le Japon est un pays hautement développé, le financement et le personnel qualifié font défaut, si bien que des établissements pour personnes dépendantes ferment sans aucune solution de remplacement, avec des conséquences déplorables pour ces groupes de population vulnérables et leurs proches.

Un objectif stratégique important de la FMH est d'être une association professionnelle forte. L'objectif est atteint pour 2024, ou pas ?

YGI: Rempporter deux référendums n'a pas été une promenade de santé. Cela illustre notre force, notamment lorsque nous agissons en alliance avec d'autres professions de la santé. Nous

Située entre la prise de conscience et l'action concrète, la mise en œuvre est la phase la plus difficile. Ensemble, si nous restons concentrés, nous atteindrons nos objectifs.

sommes également fiers du résultat des négociations concernant la révision des tarifs ambulatoires, avec la mise en place de mesures d'accompagnement en faveur de la médecine de premier recours. Les psychiatres, les pédiatres et les médecins de famille n'auront pas à se justifier d'augmentations de coûts qu'ils n'ont pas engendrées. De plus, ces mesures prévoient un remaniement rapide des forfaits ambulatoires inappropriés qui pénalisent certaines disciplines médicales. Cela montre aussi la force qui nous unit de l'intérieur, car nous avons besoin de la participation de nos organisations affiliées.

SKA: Le corps médical se distingue par son dynamisme. Les médecins savent mettre la main à la pâte lorsque c'est nécessaire. Cela profite à la FMH et cela a été clairement visible en 2024. Avec cette force d'action et une orientation stratégique claire, nous pouvons faire bouger les lignes, mais nous devons aussi les employer à bon escient et utiliser nos ressources limitées de manière ciblée.

YGI: Lorsque toutes nos forces sont déployées, nous avons parfois tendance à faire du zèle et risquons d'agir trop vite et d'attiser inutilement un feu. Nous devons ordonner et canaliser cette vitalité et, pour ce faire, toujours tenir compte du regard extérieur.

Pour terminer, portons le regard vers l'avenir: quel objectif vous êtes-vous fixé afin de continuer sur cette lancée ?

SKA: Au sein du Comité central et du Secrétariat général, nous sommes pleinement imprégnés de notre nouvelle stratégie. Mais la phase la plus difficile se situe entre cette prise de conscience et l'action concrète, à savoir la mise en œuvre de notre stratégie. Ensemble, si nous restons concentrés sur cette voie, nous atteindrons nos objectifs. Cela ne s'accomplira pas du jour au lendemain, mais nous ressentons une volonté commune d'y arriver. C'est pourquoi nous devons préserver nos points forts et libérer les potentiels inexploités.

YGI: Au-delà des objectifs généraux tels que le développement de l'organisation, nous poursuivons des projets concrets. D'une part, nous voulons présenter une refonte du Bulletin des médecins suisses d'ici le milieu de l'année et revoir la stratégie de communication afin de renforcer les échanges avec les organisations affiliées et les membres. D'autre part, nous devons réussir la mise en œuvre de la grande réforme tarifaire en collaboration avec les organisations affiliées. Pour l'heure, nous sommes encore en attente de la décision du Conseil fédéral, mais notre tâche consiste à porter la réforme sur le terrain de manière réaliste. En tant que présidente, je souhaite aborder concrètement ces deux points au cours de l'année.

Que souhaitez-vous aux membres de la FMH et à vos collègues pour la nouvelle année ?

SKA: Après l'intensité de l'année écoulée, je souhaite à toutes et à tous de conserver cette énergie et cette force d'action ; et bien sûr aussi de rester en bonne santé. Nous savons que « la santé est primordiale ». J'espère que nous saurons rebondir avec le même succès cette année (que je souhaite un peu moins intense) avec nos équipes motivées du Secrétariat général et les organisations affiliées.

YGI: Alors que la phase que nous traversons est pleine de défis, je souhaite que nous puissions nous recentrer sur notre motivation professionnelle initiale ; celle qui nous a incités à embrasser cette magnifique profession. Associons ce sentiment positif à la force de participer activement à façonner l'avenir. C'est ce que je nous souhaite à toutes et tous.

Merci beaucoup pour cet entretien !

Correspondance
kommunikation@fmh.ch

Le travail en groupe Balint aujourd'hui

Relation médecin-patient *Le travail en groupe Balint explore les événements interactifs dans la consultation médicale et renforce les compétences de communication du médecin.*

Kathrin Bichsel

Dr méd., FMH psychiatrie et psychothérapie,
membre de la Société Balint suisse

Regine Mahrer

Dr méd., FMH psychiatrie et psychothérapie,
membre de la Société Balint suisse

Alexander Minzer

Dr méd., FMH médecine interne générale,
spécialiste en médecine psychosomatique
et psychosociale ASMPP, président de la Société Balint suisse

Michel Dafflon

Dr méd., spécialiste en médecine interne générale FMH,
spécialiste en médecine psychosomatique et psychosociale ASMPP,
membre de la Société Balint suisse

«Et à présent, il y a encore un groupe Balint ce soir – pour quoi est-ce que je m'impose cela?» Après une longue et fatigante journée de travail en tant que médecin dans un cabinet ou à l'hôpital, se rendre encore au groupe Balint demande souvent un effort. Cet effort n'est consenti que par ceux qui en attendent quelque chose.

Qu'est-ce que le travail Balint ?

Le travail en groupe Balint a été créé par le médecin et psychanalyste Michael Balint (1896–1970). Fils d'un médecin généraliste, Balint a grandi à Budapest où il a étudié la médecine puis il a suivi une formation de psychanalyste à Berlin et à Budapest. Tout au long de sa vie, il s'est intéressé aussi bien à la médecine scientifique qu'à la psychanalyse [1]. Déjà à Budapest, lui et sa première épouse Alice ont organisé des séminaires avec des médecins généralistes «pour étudier les possibilités psychothérapeutiques dans la pratique quotidienne de la médecine» [2].

En 1939, Balint a émigré à Londres, où il a commencé à travailler comme consultant auprès de médecins généralistes après la fin de la Seconde Guerre mondiale. Avec eux, il a étudié à partir de 1949 la relation médecin-patient dans ce qu'il a appelé des groupes «training cum research» [3]. Son idée de base était que «la plupart du temps le médecin se prescrivait lui-même comme un remède» et «qu'il n'existait encore aucune connaissance pharmacologique de ce médicament très

important» [3, p. 15]. Dans les séminaires en groupe, il ne voulait pas transmettre aux médecins de famille des connaissances théoriques en psychopathologie ou en psychodynamique, mais plutôt les encourager «à écouter ce qui se passe dans la relation médecin-patient» [3, p. 186]. Un autre objectif des séminaires de présentation de cas était de découvrir ensemble comment la psychanalyse, du fait de sa vision axée principalement sur les relations interpersonnelles et sur le travail sur l'inconscient, pouvait être utile dans la pratique quotidienne de la médecine [4].

En tant que psychanalyste, Balint s'est appuyé sur des concepts psychodynamiques de base pour ce travail : lors de la présentation du cas, afin de faire apparaître également les composantes inconscientes des deux protagonistes – médecin et patient –, il a demandé aux participants de rapporter librement et spontanément leurs expériences avec le patient présenté. Il a refusé l'utilisation de manuscrits préparés à l'avance, car ils auraient déjà représenté un traitement secondaire du matériel initial. Les participants du groupe étaient priés d'écouter tout le récit de leur collègue avec une attention flottante et de partager ensuite ensemble leurs idées, leurs ressentis, leurs fantasmes et leurs images par association libre. Dans l'espace de résonance du groupe, un nouveau regard pouvait ainsi être

**Le traitement du cas
dans le groupe Balint
fonctionne comme un
espace de résonance.**

porté sur les événements de transfert et de contre-transfert dans la relation médecin-patient présentée [5].

Les groupes Balint d'aujourd'hui fonctionnent toujours de la même manière que Michaël Balint l'avait conçue : 8 à 12 professionnels, qui suivent des patient.e.s dans leur travail, se réunissent régulièrement, généralement à des intervalles de 2 à 4 semaines, pour des séances de 90 à 120 minutes. Le groupe

travaille sous la responsabilité d'un.e animateur.trice de groupe Balint formé.e à la psychanalyse qui a une expérience personnelle du travail Balint en tant que participant.e et qui a suivi une formation à l'animation de groupe Balint.

Présentation de cas sur un mode libre, non préparé, et association libre comme essence du travail Balint

Le traitement du cas dans le groupe Balint fonctionne comme un espace de résonance dans lequel des aspects jusqu'alors inconscients de la relation présentée peuvent être perçus physiquement, émotionnellement et mentalement par tous les participants [5]. Pour le médecin qui présente le cas, il en résulte une compréhension élargie de ce qui se passe dans la consultation sur laquelle il développe « un nouveau regard avec ses propres yeux ».

Les conditions pour y parvenir sont la présentation d'un cas sur un mode libre et spontané et la discussion de groupe en association libre qui s'ensuit. La forme de la présentation libre, le choix des mots, le ton et la mimique de la personne qui présente, permettent de jeter un regard sans complaisance sur ce qui se passe dans la consultation du médecin, dans la rencontre directe entre elle et son patient. L'expérience montre que les professionnels formés de manière académique ont justement du mal à présenter librement un cas non préparé à l'avance. Ils ont appris – pour ainsi dire, en tant qu'« experts du savoir » [6] – à penser en termes logiques et à rédiger des rapports structurés. S'exposer avec une présentation de cas libre non-préparée à l'avance demande du courage. Balint l'a appelé le « courage de sa propre bêtise » [3, p. 408].

Lors de l'échange qui suit, les membres du groupe associent librement leurs impressions et réagissent aux divers aspects de l'histoire présentée en se basant sur leur expérience à la fois personnelle et professionnelle. Lorsque le groupe ose se laisser aller à exprimer ses propres réactions et ses fantasmes, il en résulte une image à multiples facettes de ce qui se passe dans la relation. Les interactions entre les membres du groupe peuvent devenir le miroir de ce qui se passe entre le médecin et le patient [7]. Bien qu'il ne soit pas facile de renoncer aux rationalisations, à la discussion des diagnostics médicaux et psychopathologiques et aux propositions de solutions, comme cela se produit inmanquablement dans les discussions entre médecins, on peut voir tout de même émerger de nouvelles perspectives.

L'animateur a non seulement une fonction structurante (garant du cadre et du temps), mais aussi la tâche de créer un espace qui permette au groupe de se plonger dans le monde des associations libres et du non-savoir. Il devrait idéalement pouvoir se créer dans le groupe une atmosphère dans laquelle les participants puissent développer suffisamment de confiance entre eux pour oser se montrer aussi sous un angle personnel dans le travail avec leurs patients [7].

Domaines d'application, objectifs et résultats du travail de Balint

Dans son application « classique », le travail Balint peut servir à la formation autant post-graduée que continue des médecins

Le travail Balint devrait également être utilisé dans la formation continue des médecins spécialistes.

de premier recours. Le travail Balint devrait également être utilisé dans la formation continue des médecins spécialistes; en Allemagne il est obligatoire dans les disciplines de la médecine de base [1].

La participation d'un médecin à un groupe Balint lui permet d'affiner sa perception des nuances, de pondérer des éléments apparemment insignifiants et de l'amener finalement à une vision plus large des enjeux qui se déroulent dans sa propre activité de consultation. Elle l'encourage à reconnaître et à prendre au sérieux son propre ressenti et ses propres pensées. Ce ne sont pas les propositions des autres qui permettent au présentateur du cas d'avancer dans la résolution d'une relation bloquée, mais bien plutôt le développement chez lui de la capacité d'y porter un « nouveau regard avec ses propres yeux ». Souvent, il rapportera que la rencontre suivante avec le patient a été très différente, notamment plus détendue. Le travail collaboratif au sein d'un groupe Balint permet à chaque participant d'identifier ses propres réactions dans les interactions interpersonnelles et d'y réfléchir. Le groupe Balint n'est donc pas un groupe d'expérience personnelle au sens strict du terme, car le rapport à l'histoire de vie des différents participants n'y est pas explicitement mentionné ou abordé, bien que chacun puisse tout de même le comprendre et l'intégrer. Bien qu'il en contienne certains éléments, le travail Balint se distingue également de la supervision au sens strict du terme. Historiquement, le travail Balint est considéré comme l'une des racines de la supervision [1].

Expériences des participants

Pour terminer, nous souhaiterions donner la parole aux participants. Les témoignages ci-dessous proviennent d'enquêtes menées dans des groupes Balint réguliers et dans des séminaires Balint :

- « Je fais plus attention à mon ressenti pendant le travail avec et sur mon patient ».
- « C'est rassurant et soulageant de constater que tous mes collègues sont dans la même galère que moi et cela me protège du burn-out. »
- « Dans un climat de confiance réciproque, il est possible d'exprimer sans honte des sentiments négatifs et des fantasmes ».
- « Dans des situations critiques et face à des patients difficiles, il me suffit parfois de penser que j'ai toujours la pos-

sibilité de présenter le cas au groupe Balint. Je me sens ainsi plus sûre de moi et je finis souvent par parvenir à m'en tirer finalement toute seule».

- «La différence avec les cercles de qualité est l'approche personnelle et subjective, sans la pression de devoir être une experte et de devoir tout savoir, ainsi que le respect des participants entre eux».
- «Je retrouve une plus grande marge de manœuvre, et c'est presque toujours avec une nouvelle envie que j'aborde la consultation suivante avec le patient dont j'ai parlé».

Pour en revenir à la question du début de cet article: c'est pour cette multitude de raisons que les médecins «se font un devoir» de participer régulièrement (souvent pendant des années) à un groupe Balint le soir ou de consacrer des journées de travail entières à la participation à un groupe Balint.

Correspondance

praxisbichsel@bluewin.ch

Travail Balint – Offres en Suisse

1. Groupes Balint continus dans toute la Suisse: <https://balint.ch/index.html#balint-gruppen>, voir cantons de GE et de VD
2. Réunions annuelles Balint:
 - Journées Balint interdisciplinaires au bord du lac de Constance (Schloss Wartegg, Rorschacherberg/SG, chaque année en juin)
 - Semaine d'étude Balint de Sils (Sils en Engadine, début septembre)
 - Journée Balint interdisciplinaire Münchenbuchsee (clinique privée Wyss, Münchenbuchsee, chaque automne)
 - Offres dans la Romandie: <https://balint.ch/index.html#balint-gruppen> cantons GE et VD

Vous trouverez toutes les informations ainsi que les liens vers les colloques sur le site de la Société Balint Suisse: www.balint.ch

Références

- 1 Mattke D., Otten H: Balintgruppen, Supervision in medizinischen Handlungsfeldern. Kohlhammer, Stuttgart 2020
- 2 Biographische Mitteilung von M. Balint, zitiert in Luban- Plozza B., Otten H., Petzold U. und E: Grundlagen der Balintarbeit – Beziehungsdiagnostik und – therapie. Bonz Verlag Leinfelden – Echterdingen 1998
- 3 Balint M.: Der Arzt, sein Patient und die Krankheit. Dt. 7. Auflage Klett-Cotta 1988
- 4 Sklar J: Zur Bedeutung der Balintgruppen. In: Jahrbuch der Psychoanalyse 77, frommann-holboog 2018
- 5 Bakht C, Staats H: Supervision in Gruppen. Gemeinsam lernen und erkennen. Kohlhammer Stuttgart 2021
- 6 Herzog P. «Die Bedeutung der Balint-Arbeit in Zeiten des Umbruchs in der Medizin». Balint-Journal 2021; 22: 80–86
- 7 Otten H. «Professionelle Beziehungen. Theorie und Praxis der Balintgruppenarbeit». Springer Verlag Berlin Heidelberg 2012

Transplantation cardiaque après arrêt cardio-circulatoire (DCD)

Insuffisance cardiaque *L'insuffisance cardiaque est un syndrome aux multiples causes qui entraîne un déséquilibre entre les besoins en oxygène des organes et leur perfusion par le système cardiovasculaire. Il en résulte une diminution de la capacité d'effort, d'abord lors d'activités physiques, puis progressivement au repos. Sans traitement, l'insuffisance cardiaque est rapidement fatale, avec une mortalité de 70 % à 10 ans [1]. Cette mortalité est plus élevée que celui de nombreux cancers.*

Bruno Schnegg

Service de cardiologie, Hôpital universitaire de Berne, Berne, Suisse

David Reineke

Service de chirurgie cardiovasculaire, Hôpital universitaire de Berne, Berne, Suisse

Franz Immer

Swisstransplant, Fondation nationale pour le don et la transplantation d'organes, Berne, Suisse

Groupe de travail Swisstransplant pour la transplantation cardiaque (STAH) :

Prof. Pierre-Giorgio Tozzi (chef de projet), CHUV, Lausanne

Prof. Roger Hullin, CHUV, Lausanne

Prof. Markus Wilhelm, USZ, Zurich

Prof. Andreas Flammer, USZ, Zurich

PD Dr David Reineke, Inselspital, Berne

Dr Michele Martinelli, Inselspital, Berne

De grands progrès ont été réalisés dans le domaine du traitement de l'insuffisance cardiaque au cours des 30 dernières années : la découverte des IEC en 1987, suivie de l'utilisation des bêtabloquants à partir de 1996, des antagonistes de l'aldostérone à partir de 1999 et des sartans à partir de 2001. Les ARNI en 2014 et les inhibiteurs du SGLT2 en 2019 on suivis. Ceci en association avec les techniques de réparation interventionnelle de la valve mitrale, à l'implan-

tation de stimulateurs de resynchronisation et des défibrillateurs, ont amélioré le pronostic et la qualité de vie des patients.

Malheureusement, malgré tous ces progrès, le pronostic à 10 ans reste défavorable, avec un taux de survie inférieur à 30 % [1].

La transplantation cardiaque est une méthode thérapeutique qui a été développée dans les années 1960. Elle permet d'offrir une meilleure qualité de vie aux patients souffrant d'insuffisance cardiaque symptomatique sévère et d'améliorer considérablement leur pronostic.

Un problème de balance entre donneurs et receveurs

Depuis des années, il existe à l'étranger comme en Suisse un déséquilibre entre le nombre de patients susceptibles de bénéficier d'une transplantation cardiaque et le nombre de donneurs disponibles. Ce déséquilibre est multifactoriel.

L'incidence de l'insuffisance cardiaque augmente avec l'âge. Le vieillissement de la population européenne s'accompagne donc d'une augmentation du nombre de patients souffrant d'insuffisance cardiaque [2].

D'autre part, les grands progrès en matière de prévention, mais aussi les nouvelles méthodes de traitement, par exemple des accidents vasculaires céré-

braux ischémiques, ont réduit le nombre de donneurs potentiels en état de mort cérébrale dans les unités de soins intensifs en Europe occidentale ces dernières années.

Définir la mort

Depuis ses débuts, la transplantation repose sur la « dead donor rule » ou règle du donneur mort, qui stipule que les organes vitaux d'un patient ne peuvent être utilisés pour un receveur que si le donneur

Depuis des années, il existe à l'étranger comme en Suisse un déséquilibre entre le nombre de patients susceptibles de bénéficier d'une transplantation cardiaque et le nombre de donneurs disponibles.

a été déclaré mort. C'est l'exigence légale de base en Suisse pour que des organes puissent être prélevés en vue d'une transplantation.

Cependant, la mort n'est pas un événement instantané, mais un processus. Depuis les travaux du Dr Eugène Bochut publiés en 1850, la mort a été définie comme l'absence de circulation sanguine pendant une période de deux à cinq minutes. C'est sur cette base que la première transplantation cardiaque a eu lieu en Afrique du Sud [3].

Parallèlement, entre les années 1960 et 1970, les médecins de soins intensifs ont commencé à décrire des patients qui se trouvaient dans un coma profond et irréversible. En 1968, une conférence de consensus à la Harvard Medical School a

images irréversibles surviennent, raison pour laquelle le temps d'ischémie froide est toujours maintenu aussi court que possible.

Don après un arrêt circulatoire (DCD)

Tous les patients ne remplissent pas les critères de la mort cérébrale et présentent néanmoins un pronostic défavorable. Il s'agit le plus souvent de patients présentant des lésions cérébrales extensives et définitives. Dans de tels cas, la poursuite de la thérapie est considérée comme sans espoir et une approche palliative avec arrêt de la thérapie est discutée avec la famille du patient.

En l'absence de contre-indications au don et si la probabilité de décès est élevée (activité électrique sans pouls dans les 120 minutes suivant l'arrêt des traitements), on envisage aujourd'hui le don d'organes après un arrêt circulatoire. L'arrêt des traitements se fait généralement en salle d'opération sous la direction d'un médecin des soins intensifs, responsable de ce processus jusqu'au constat de la mort. Après un délai d'au moins cinq minutes après l'absence de pouls, le décès est confirmé par deux médecins spécialistes.

Ce don a été réintroduit en Suisse en septembre 2011 après avoir dû être suspendu à partir du 1^{er} juillet 2007 en raison de formulations peu claires dans la loi sur la transplantation [5]. Jusqu'en 2020, pratiquement tous les organes, à l'exception du cœur, pouvaient être utilisés après un don DCD.

Transplantation cardiaque DCD

En 2014, l'équipe du professeur Macdonald en Australie a publié un cas de transplantation après un arrêt circulatoire [6]. L'équipe de St. Vincent à Sydney a décrit la technique dite du «Rapid Procurement», qui consiste à prélever le cœur immédiatement après le constat du décès et à le placer dans un système de perfusion en dehors du corps, «ex vivo», dans une machine nommée Organ care system (OCS). Grâce à la re-

perfusion avec environ 1,0 à 1,2 litre de sang oxygéné, hépariné du défunt, le cœur se remet à battre dans la machine. Grâce à cette reperfusion, le cœur peut être préservé et évalué. Après environ 20 minutes, la plupart des cœurs (80–90 %) se stabilise sur le plan métabolique et hémodynamique, de sorte qu'ils peuvent être utilisés pour le traitement du receveur.

Grâce à cette technologie, le cœur est protégé des dommages ischémiques, ce qui permet d'allonger considérablement la fenêtre de transport par rapport au refroidissement sur glace. Cette technique peut donc être utilisée pour le transport de cœurs dont la durée de voyage est supérieure à quatre heures.

Transplantation cardiaque DCD en Suisse

En 2020, les équipes de transplantation cardiaque des hôpitaux universitaires de Berne, Lausanne et Zurich, sous l'égide de Swisstransplant, ont commencé à envisager, au sein du groupe d'experts sur la transplantation cardiaque (STAH), la possibilité d'introduire un programme DCD cardiaque en Suisse, avec le soutien de l'équipe de Pappworth, et notamment de Simon Messer.

Après une préparation intensive, la première transplantation cardiaque DBD utilisant la perfusion ex-vivo OCS a eu lieu en mars 2022 [7]. Sous la direction du professeur Matthias Siepe de l'Hôpital de l'Île à Berne, qui a déjà pratiqué cette technique à plusieurs reprises dans le cadre du don DBD à l'étranger, le premier prélèvement a été effectué à l'USZ en présence des experts de Berne, Lausanne et Zurich.

Grâce à l'utilisation de cette nouvelle technologie, des cœurs provenant de l'étranger ont pu être prélevés et utilisés via la plateforme FOEDUS (plateforme internationale d'échange d'organes). Auparavant, ces organes ne pouvaient pas être utilisés, car le temps d'ischémie froide était supérieur à 4 heures. Ce qui rendait l'importation impossible [8].

Enfin, après une année d'utilisation réussie de l'OCS dans le contexte du don DBD, le premier don de cœur DCD a été réalisé en mars 2023 à l'USZ à

L'introduction du don de cœur après un arrêt circulatoire a permis d'augmenter le nombre de donneurs potentiels.

défini la mort cérébrale comme une perte irréversible des fonctions cérébrales [4]. D'un point de vue juridique formel, un patient est mort en Suisse lorsque deux médecins spécialistes ont confirmé la mort cérébrale selon le principe du double contrôle, suivant les directives de l'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM).

La question du don d'organes et de tissus est posée en l'absence de critères d'exclusion. Si le consentement du défunt est disponible ou si les proches parents consentent au don par procuration au nom du défunt, le processus d'allocation et de prélèvement peut être lancé.

Habituellement, les organes sont transportés sur de la glace entre le donneur et le receveur. Il s'agit de la «période d'ischémie froide». Si ce temps dépasse quatre heures pour le cœur, des dom-

Zurich, à nouveau en collaboration avec Berne et Lausanne.

Depuis l'introduction de cette technologie en septembre 2, la machine a été utilisée 29 fois. Il s'agit de 13 donneurs DCD et de 16 donneurs DBD, dont 14 de l'étranger. Ces 29 cœurs ont pu être transplantés avec succès, à l'exception d'un seul, où le cœur provenant de l'étranger présentait une fonction nettement réduite sur la machine.

Résultats de la transplantation selon la DCD

La technique de transplantation cardiaque à partir de donneurs DCD était peu développée jusqu'en septembre 2021, date de l'autorisation de l'OCS aux États-Unis pour les transplantations cardiaques DCD. Seuls les centres de Papworth en Angleterre et de St. Vincent en Australie en pratiquaient régulièrement jusqu'à cette date avec de très bons résultats.

Une grande étude de non-infériorité a été publiée en 2023, comparant 90 transplantations cardiaques de donneurs DBD

avec les résultats de 90 donneurs DCD. Il s'est avéré qu'il n'y avait pas de différence en termes de survie à un an [9]. L'équipe de St-Vincent (Australie) a montré l'absence de différence de survie à cinq ans entre les patients ayant reçu un cœur issue de donneurs DCD et DBD [6].

En Suisse, il est encore trop tôt pour tirer des conclusions à long terme. Néanmoins, on peut d'ores et déjà constater que l'activité de transplantation cardiaque a considérablement augmenté depuis l'utilisation de l'OCS, avec un nouveau record de 58 transplantations cardiaques en 2023 et une nette diminution du temps d'attente médian ainsi que du nombre de patients sur la liste d'attente cardiaque [10].

Il est intéressant de souligner que l'acceptation du don DCD par les proches et les professionnels est très élevée. Durant le retrait thérapeutique, les proches sont présents et accompagnent leur proche jusqu'au dernier moment. Le défunt a l'aspect d'une personne décédée – il est pâle, ne respire plus, son cœur

s'est arrêté. Tout le contraire du donneur DBD où la ventilation et la circulation sanguine du patient en état de mort cérébrale sont maintenues et où les adieux se font aux soins intensifs [11].

Conclusions

L'introduction du don de cœur après un arrêt circulatoire a permis d'augmenter le nombre de donneurs potentiels et donc d'améliorer considérablement les perspectives d'attribution rapide d'un cœur à un receveur sur la liste d'attente. Cela permet de réduire le nombre de décès sur la liste d'attente. Les résultats après les transplantations cardiaques DCD et DBD montrent des résultats égaux à moyen et long terme (jusqu'à cinq ans), ce qui permet d'augmenter l'activité de transplantation. L'acceptation par les familles concernées et les professionnels de la santé est élevée, ce qui se reflète également dans le développement des programmes en Suisse dans les hôpitaux de prélèvement.

Références

- 1 Taylor CJ, Ordóñez-Mena JM, Roalke AK, et al.: Trends in survival after a diagnosis of heart failure in the United Kingdom 2000–2017: population based cohort study BMJ 364: l223, 2019
- 2 Conrad N, Judge A, Tran J, et al: Temporal trends and patterns in heart failure incidence: a population-based study of 4 million individuals The Lancet 391: 572–580, 2018
- 3 Wilhelm MJ, Ruschitzka F, Flammer AJ, Bettex D, Turina MI, Maisano F: Fifth anniversary of the first heart transplantation in Switzerland in the context of the worldwide history of heart transplantation Swiss Medical Weekly 150, 2020
- 4 une définition du coma irréversible. Rapport du comité ad hoc de la Harvard Medical School pour l'étude de la définition de la mort cérébrale: JAMA 205: 337–340, 1968.
- 5 Elmer A, Rohrer M-L, Benden C, Krügel N, Beyeler F, Immer FF: Don d'organe après une mort circulatoire comparé au don d'organe après une mort cérébrale en Suisse – une étude observationnelle Swiss Medical Weekly 152: w30132–w30132, 2022
- 6 Chew HC, Iyer A, Connellan M, et al.: Outcomes of Donation After Circulatory Death Heart Transplantation in Australia Journal of the American College of Cardiology 73: 1447–1459, 2019
- 7 Schnegg B, Muster C, Wieser M, et al: (476) From Vpra of 100% to Transplantation, Journey of the First Ocs-dbd Case in Switzerland The Journal of Heart and Lung Transplantation 42: S218, 2023
- 8 Elmer A, Lütolf VV, Carella C, et al: Importance et potentiel de l'allocation transfrontalière européenne d'organes de donneurs décédés par le biais de la plate-forme FOEDUS-EOEO Transpl Int 36: 11327, 2023
- 9 Schroder JN, Patel CB, DeVore AD, et al.: Transplantation Outcomes with Donor Hearts after Circulatory Death New England Journal of Medicine 388: 2121–2131, 2023
- 10 Schnegg B, Martinelli M, Consiglio J, et al: Effect of the Organ Care System on the Number of Transplants and Waiting Time The Journal of Heart and Lung Transplantation 43: S202–S203, 2024
- 11 Syversen TB, Sørensen DW, Foss S, Andersen MH: Donation after circulatory death – an expanded opportunity for donation appreciated by families J Crit Care 43: 306–311, 2018

Personalien *Nouvelles du corps médical*

Todesfälle / Décès

Werner Weiss (1934),
† 20.11.2024, Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, 6300 Zug

Andreas R. Huber (1953),
† 21.11.2024, Facharzt für Medizinische Onkologie und Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, 5004 Aarau

Peter A.E.J. Kerkhoven (1938),
† 1.12.2024, Facharzt für Hämatologie und Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, 5200 Brugg AG

Walter Peterhans (1949),
† 9.12.2024, Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe, 5734 Reinach AG

Gero Drack (1950),
† 11.12.2024, Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe, 9008 St. Gallen

Luisa Erra (1927),
† 11.12.2024, 4123 Allschwil

Charles Probst (1931),
† 13.12.2024, Facharzt für Neurochirurgie, 5080 Laufenburg

Bernard Liechti (1945),
† 13.12.2024, Spécialiste en médecine du travail et Spécialiste en endocrinologie/diabétologie et Spécialiste en médecine interne générale, 1025 St-Sulpice VD

Cédric Meylan (1957),
† 19.12.2024, Spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, 1003 Lausanne

Manfred Andrea Frey (1928),
† 26.12.2024, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, 4663 Aarburg

Wolf Langewitz (1951),
† 28.12.2024, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, 4059 Basel

Jacques Gardaz (1935),
† 29.12.2024, 1618 Châtel-St-Denis

Edwin Kaeslin (1929),
† 8.1.2025, Facharzt für Chirurgie, 6390 Engelberg

Herbert Zimmermann (1932),
† 8.1.2025, Facharzt für Chirurgie und Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, 3930 Visp

Diego Verasani (1939),
† 10.1.2025, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, 3902 Glis

Hansulrich Niederhauser (1945),
† 13.1.2025, Facharzt für Kardiologie und Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, 9056 Gais

Praxiseröffnung / Nouveaux cabinets médicaux / Nuovi studi medici

GE

Constanze Elena Kämpfer, Spécialiste en neurologie, membre FMH, Chemin de Beau-Soleil 22, 1206 Genève

GR

Ladina Christoffel, Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe, Mitglied FMH, Plazzet 25, 7503 Samedan

Ärztegesellschaft des Kantons Bern

Ärztlicher Bezirksverein Bern Regio

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

Christoph Schlapbach, Facharzt für Dermatologie und Venerologie, Leitender Arzt, Universitätsklinik für Dermatologie, Inselspital, Freiburgstrasse, 3010 Bern

Stefan Ignjatovic, Facharzt für Radiologie, Mitglied FMH, Chefarzt Röntgeninstitut Marktgasse, Marktgasse 6–8, 3011 Bern

Zur Aufnahme als ordentliches Mitglied haben sich angemeldet:

Meike Ulla Körner Jachertz, Fachärztin für Pathologie, Mitglied FMH, Pathologie Länggasse, Worblentalstrasse 32 West, 3063 Ittigen

Annkathrin Lachner, Fachärztin für Radiologie, Mitglied FMH, Campusradiologie Bern am Lindenhofspital, Bremgartenstrasse 117, 3012 Bern

Paul Schiltz, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Mitglied FMH, ZSB Bern, Villemattstrasse 15, 3007 Bern

Anja Schneider, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und Praktische Ärztin, Mitglied FMH, praxis luv AG, Solothurnstrasse 43, 3322 Urtenen-Schönbühl

Bettina Senn, Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Postfach, 3063 Ittigen

Helena Slama, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, Mitglied FMH, Me-di24 AG, Bolligenstrasse 54, 3006 Bern

Eva Strickler, Fachärztin für Kardiologie, Mitglied FMH, Herzpraxis Bern West, Bottigenstrasse 6, 3018 Bern

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

Ärztegesellschaft des Kantons Luzern

Zur Aufnahme in unsere Gesellschaft Sektion Stadt hat sich gemeldet:

Hakam Albhamsi, Facharzt für Neurologie, Mitglied FMH, Bellevue Medical Group AG, Neurozentrum Luzern, Falkengasse 3, 6004 Luzern

Karen Luttkus, Praktische Ärztin, Sanacare Gruppenpraxis Löwencent, Zürichstrasse 9, 6004 Luzern

Geraldine Rossi-Studer, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, Pilatus Praxis, Hallwilerweg 2, 6003 Luzern

Sara Brigitte Vock, Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin, Mitglied FMH, Kinderarztpraxis Luzern Süd, Ringstrasse 37, 6010 Kriens

Zur Aufnahme in unsere Gesellschaft Sektion Gäu hat sich gemeldet:

Margarinta-Meda Munshi, Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe, Frauenpraxis Sursee, Spitalstrasse 18, 6210 Sursee

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:

Michaela Mayella Geiger, Praktische Ärztin, ab 13.01.2025 zu 80 %, in Sattel 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@hin.ch.

Ärztegesellschaft Thurgau

Die Ärztegesellschaft Thurgau informiert über folgende Neuanmeldungen:

Susanne Angehrn, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und Praktische Ärztin, Wilenstrasse 8, 9322 Egnach

Stass Danielsons, Fachärztin für Anästhesiologie, Frauenfelderstrasse 11, 8266 Steckborn

Michael Doppelbauer, Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparats, Hofpeter 2, 8595 Altnau

Sabine Fischbacher, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Mitglied FMH, Im Wygärtli 22, 8560 Märstetten

Ferdinand Fischer, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Burggrabenstrasse 22, 8280 Kreuzlingen

Lea Kaufmann-Zollinger, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, Mitglied FMH, Neustadtgasse 30, 8400 Winterthur

Dirk Kleindienst, Facharzt für Chirurgie, Rüegger 3, 8595 Altnau

Ivana Corina Moor, Praktische Ärztin, Mitglied FMH, Seewiesenstrasse 8, 9322 Egnach

Gina-Adriana Morariu, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, Hauptstrasse 22, 8265 Mammern

Ardita Sakiri, Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe, Sonnenring 18, 8590 Romanshorn

Mirjam Isabel Sauter, Mitglied FMH, Eugensbergstrasse 14, 8268 Salenstein

Franziska Thoma, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, Mitglied FMH, Sandbreitestrasse 10, 8280 Kreuzlingen

David Emanuel Weber, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Mitglied FMH, Kurhausstrasse 34, 8374 Dussnang

Yannick Weber, Preyenstrasse 35, 8623 Wetzikon ZH

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:

Goran Mirkovic, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Mitglied FMH, Seestrasse 3, 6330 Cham

Remo Beeler, Facharzt für Kardiologie und Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Mitglied FMH, Herzpraxis Cham, Luzernerstrasse 39, 6330 Cham

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.

Communications

Attestation de formation complémentaire en médecine de l'addiction

Examen 2025 – Inscription

Type d'examen

Examen oral
(français, allemand, italien)

Titre

Certificat de formation complémentaire en médecine de l'addiction

Règlement

[fa_abhaengigkeitserkrankungen_f.pdf](#)
([siwf.ch](#))

Lieu

Route de Morat 8,
1700 Fribourg

Date

16 mai 2025

Délai d'inscription

15 mars 2025

Coûts

300 CHF

Inscription

Secrétariat SSAM – Certificat de formation complémentaire en médecine de l'addiction,
Mme Catherine Burdet,
Service de médecine des addictions,
Rue du Bugnon 23A,
1011 Lausanne,
[ssam_cfc@chuv.ch](#)

Participation obligatoire à la [Swiss Addiction Training Day \(SATD\)](#)

Lieu

Route de Morat 8,
1700 Fribourg

Date

16 mai 2025, 8h–17h env.

Coûts

150 CHF

Inscription

Secrétariat SSAM,
Altenbergstrasse 29,
Case postale 686,
3000 Berne 8,
[admin@ssam.ch](#)