



- Éditorial d'Yvonne Gilli
- La stratégie 2025–2028 de la FMH
- ECLS et ECMO : révolution ou risque ?

Sommaire

Éditorial d'Yvonne Gilli	3
La stratégie 2025–2028 de la FMH	6
ECLS et ECMO : révolution ou risque ?	11
Swissmedic : DHCP	14
Nouvelles du corps médical	15
Communications	17



Les associations professionnelles des cinq professions médicales universitaires suisses se sont réunies sur la Place fédérale le 21 février 2025 pour réclamer davantage de personnel qualifié (Fédération des médecins suisses [FMH], Société suisse des pharmaciens [pharmaSuisse], Société suisse de chiropratique [ChiroSuisse], Société suisse des médecins-dentistes [SSO] et Société des vétérinaires suisses [SVS]).

Quel est notre objectif politique, et celui de la politique ?

Pick your battles Sur le plan politique, la FMH se concentrera sur trois thèmes prioritaires ces prochaines années : suffisamment de personnel qualifié, l'allègement des tâches administratives et un virage ambulatoire réussi. La session parlementaire en cours montre à quel point il est important que ces défis majeurs soient plus fortement intégrés dans les priorités de la politique.



Dre méd. Yvonne Gilli
Présidente de la FMH

La FMH a défini ses priorités politiques dans sa stratégie 2025–2028 et continuera à s'engager avec force pour un nombre suffisant de professionnelles et professionnels de la santé, pour un allègement des tâches administratives et pour un virage ambulatoire réussi. Cette hiérarchisation des priorités bénéficie d'un large soutien, car elle résulte non seulement des réponses fournies par nos membres dans des enquêtes en ligne, mais aussi de la consultation d'autres acteurs. Vous en apprendrez davantage sur la manière dont la FMH a identifié ces défis priori-

taires et les a traduits en stratégie dans l'article « *Choose your battles wisely: la stratégie 2025–2028 de la FMH* » publié dans la présente édition du Bulletin des médecins suisses.

La FMH ne relâche pas la pression

Notre engagement pour un nombre suffisant de professionnelles et professionnels de la santé n'est pas nouveau. Année après année, la statistique médicale de la FMH fait état de l'inquiétante évolution en cours et nous n'avons cessé de réclamer que depuis la dernière décennie,



Leurs revendications ont été remises à Barbara Gysi, présidente de la CSSS-N, et à Damian Müller, président de la CSSS-E.

plus de 70 % des nouveaux médecins qui exercent en Suisse viennent de l'étranger [1]. Cette dépendance est non seulement contraire à l'éthique, mais elle est aussi dangereuse. Selon l'OCDE, 20 pays de l'Union européenne sont actuellement confrontés à une pénurie de médecins [2]. Si ces pays décident d'améliorer les conditions de travail des médecins sur leur sol ou que nos propres conditions-cadres continuent à se dégrader, nous connaissons alors une pénurie massive. Le manque de médecins de premier recours se fait d'ores et déjà douloureusement sentir et il peut rapidement s'accroître et s'étendre à toutes les disciplines médicales.

Face à la gravité de la situation, la FMH a tiré la sonnette d'alarme en février dernier sur la Place fédérale. Aux côtés des quatre autres associations représentant les professions médicales universitaires, la FMH a présenté ses revendications, notamment l'augmentation substantielle du nombre de places d'études et des conditions de travail plus attrayantes, à Barbara Gysi, présidente de la Commission

de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national (CSSS-N), et à Damian Müller, président de la commission du même nom du Conseil des États (CSSS-E).

Les décisions politiques ne font qu'accentuer la pénurie

Malheureusement, le Parlement sous-estime bien souvent la situation, ainsi que les conséquences de ses décisions : en février, la CSSS-N a ainsi rejeté l'initiative du canton du Valais visant à donner aux cantons la possibilité de prévoir des exceptions dans les conditions d'admission des médecins étrangers en cas de besoin avéré (24.300). Pour la commission, que la pénurie décrite n'a pas impressionnée, « aller plus loin dans les exceptions, comme le demande le canton du Valais dans son initiative, nuirait à la gestion des admissions des médecins introduite en 2022 » [3]. Ce qui n'a pourtant pas empêché cette même commission de proposer d'adopter la motion d'un lobbyiste des caisses-maladie visant à assouplir l'obligation de contracter (23.4088),

au risque non seulement de détruire le fondement de la gestion des admissions dans la LAMal, mais aussi d'empêcher toute planification cantonale et de mettre en danger la prise en charge des patients ! La motion entend lutter « contre l'explosion du volume des prestations et des coûts », tout en encourageant un rationnement des soins. En période de pénurie aiguë, les personnes âgées et les personnes atteintes de maladies chroniques, en particulier, n'auraient ainsi quasiment aucune chance d'obtenir un rendez-vous médical, car elles représentent un risque financier dans un système régi par la « liberté de contracter ». Dans de telles conditions, les médecins iront voir ailleurs et ceux qui restent crouleront encore plus sous les tâches administratives générées par les caisses-maladie.

Il est urgent de réduire la bureaucratie

Sur la place fédérale, les membres des professions médicales universitaires ont également attiré l'attention sur notre deuxième thème prioritaire : l'excès de

bureaucratie, qui pèse gravement sur le personnel médical déjà en sous-effectif et l'incite à quitter la profession. Là aussi, la FMH s'engage depuis de nombreuses années en mettant en évidence le problème par des analyses et en s'opposant à toute nouvelle tâche administrative inutile. C'est probablement l'une des raisons qui ont incité l'administration fédérale à créer un groupe de travail consacré à la charge administrative dans le système de santé. Au sein de ce groupe de travail et par ses propres actions, la FMH continuera à s'engager pour une réduction rapide de la bureaucratie en s'appuyant sur les nombreux exemples de tâches administratives superflues dont les médecins nous font régulièrement part.

Or le Parlement continue à envisager de nouvelles réglementations

Il n'est pas toujours aisé d'expliquer au Parlement les conséquences de ses projets en termes de charge administrative. Un exemple tiré de la session de printemps concerne le « nouveau fournisseur de prestations » du deuxième volet de mesures visant à freiner la hausse des coûts (22.062). Au lieu des prétendus « réseaux », ce projet aurait entraîné une surréglementation inutile, paralysant le système en place. Après des années de lutte acharnée de notre part, le Parlement a cette fois-ci enfin retoqué le projet. Grâce à notre collaboration avec de nombreux autres acteurs, nous sommes ainsi parvenus à empêcher une multiplication inutile de la bureaucratie !

Un virage ambulatoire réussi nécessite un tarif approprié ...

Notre troisième thème prioritaire, à savoir contribuer à la transformation majeure du système de santé par un virage ambulatoire réussi, constitue une tâche colossale. Une étape préalable importante a été franchie le 24 novembre dernier grâce à l'approbation par le peuple du financement uniforme des prestations. Mais au-delà de son financement, une prise en charge médicale optimale nécessite aussi un tarif approprié. L'introduction maintes fois retardée du TARDOC, développé et (ré)examiné pendant de nombreuses années, est à présent enfin prévue pour 2026, en même temps que des forfaits ambulatoires approuvés sans analyse approfondie et en dépit de critiques pourtant justifiées. La FMH a pour défi d'accompagner cette transition en rendant le passage au nouveau tarif le plus fluide possible pour ses membres. Étant donné que le développement et l'introduction des forfaits n'étaient pas entre nos mains, nous n'avons d'autre choix que d'accepter qu'ils aient été approuvés par le Conseil fédéral malgré le large consensus qui régnait au sujet de leurs lacunes. Nous ferons tout ce qui est en notre pouvoir pour limiter les dégâts et optimiser rapidement ces forfaits dans le cadre du partenariat tarifaire.

... et non pas de nouvelles exigences et réglementations

Les décisions politiques sont rarement favorables au virage ambulatoire. La très

forte pression exercée sur les coûts des traitements ambulatoires fait qu'ils ne sont pas rentables et favorise les séjours hospitaliers coûteux. En raison d'un maillage réglementaire particulièrement serré, la marge de manœuvre des partenaires tarifaires est limitée et la Confédération ne fait que renforcer son arsenal réglementaire. Cela a lieu à grande échelle, comme dans le cas de la mise en œuvre de l'article 47c LAMal et des objectifs de coûts, mais aussi à plus petite échelle lorsque des parlementaires demandent par exemple au Conseil fédéral de faire usage de son droit d'intervention (24.4346) en dépit de l'accord conclu entre les partenaires tarifaires, ou lorsque des révisions mettent en péril le financement des laboratoires de cabinets, compromettant ainsi une prise en charge médicale de base de bonne qualité (24.037).

Défier l'orientation politique en se concentrant sur des objectifs clairs

Nos trois thèmes prioritaires peuvent paraître simples, mais ils sont liés à de nombreux dossiers politiques complexes. De plus, ils ne pourront être atteints que grâce notamment à une numérisation utile qui permettra de maintenir les médecins dans la profession, de gérer efficacement les tâches administratives et de garantir le flux d'information nécessaire à un virage ambulatoire réussi. Nos objectifs sont ambitieux, mais nous pouvons nous en approcher en nous concentrant sur des messages clairs et en agissant sur l'orientation de la politique.

Références

- <https://www.nzz.ch/schweiz/gravierende-abhaengigkeit-drei-von-vier-neuen-aerzten-kommen-aus-dem-ausland-id.1723989>
- OECD, Health at a glance: Europe 2024, Executive summary.
https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-europe-2024_b3704e14-en.html
- <https://www.parlament.ch/press-releases/Pages/mm-sgk-n-2025-02-14.aspx>

Choose your battles wisely : la stratégie 2025–2028 de la FMH

Pick your battles *La stratégie 2025–2028 de la FMH a été adoptée le 7 novembre 2024 par la Chambre médicale. Élaborée après un sondage auprès des membres de la FMH et une analyse du contexte politique, elle est désormais activement mise en œuvre.*

Nora Wille

Dre phil., collaboratrice scientifique
de la présidente

Stefan Kaufmann

Secrétaire général de la FMH

Yvonne Gilli

Dre méd., présidente de la FMH

Source de multiples défis et enjeux importants, les nombreux chantiers dans le secteur de la santé et la forte dynamique politique dans ce domaine comportent aussi le risque d'un éparpillement des forces en présence. Réagir à chaque événement et traiter chaque sujet font inévitablement perdre de vue l'essence même d'une action ciblée et, malgré le déploiement d'efforts importants, l'effet visé initialement n'est pas atteint.

Choose your battles wisely

Pour que la FMH puisse cibler l'utilisation de ses ressources et défendre efficacement les dossiers importants, il est essentiel qu'elle dispose d'une orientation stratégique claire pour organiser son travail. C'est dans ce sens que les Statuts de la FMH exigent du Comité central la « définition d'objectifs politiques et stratégiques », qui sont ensuite examinés par l'Assemblée des délégués et approuvés par la Chambre médicale. Mais le seul processus d'approbation ne suffit pas à garantir une stratégie répondant aux exigences des membres de la FMH et aux défis de la politique de la santé; la méthode utilisée pour son élaboration est bien plus déterminante.

Quels sont les défis majeurs ?

Pour identifier les défis majeurs auxquels la stratégie devait s'atteler, il nous a donc semblé essentiel de recueillir l'avis des principaux groupes concernés. Pour la FMH, ce sont en premier lieu ses propres membres et les membres de la Chambre

médicale. Sans oublier évidemment l'environnement politique actuel dans lequel nous évoluons. C'est ainsi que les groupes suivants ont été interrogés afin de peaufiner l'orientation stratégique de la FMH :

- **Membres de la FMH et de la Chambre médicale :** entre fin 2023 et début 2024, un échantillon aléatoire de 3500 membres de la FMH et les 200 membres de la Chambre médicale ont été invités à participer à une enquête quantitative en ligne pour hiérarchiser les principaux défis du système de santé. Au total, 542 membres de la FMH et 88 membres de la Chambre médicale y ont répondu.
- **Expertes et experts :** pendant la même période, 37 personnes actives en politique, dans la recherche et dans le secteur de la santé ont été consultées par courriel pour nommer les principaux défis qui attendent la FMH ces prochaines années. Au total, 28 réponses ont pu être évaluées.
- **Comité central de la FMH :** les éléments pris en compte par le Comité central dans la gestion des risques ont également été utilisés afin d'intégrer une perspective interne et avisée.

Quelles sont les priorités des membres de la FMH et de leurs délégations ?

Dans le cadre de l'enquête en ligne, les membres de la FMH et de la Chambre médicale se sont prononcés sur 35 thèmes en évaluant l'importance que la FMH devrait leur accorder sur une échelle de 0 (sans importance) à 10 (très important). Le tableau 1 présente en ordre décroissant les thèmes que les membres estiment les plus importants.

Pour les membres de la FMH et de la Chambre médicale, les tarifs ambulatoires sont la priorité absolue, suivis de près par la représentation des intérêts et la politique de la santé. Arrivent ensuite l'engagement en faveur de conditions-cadres adéquates

Tableau 1 : Notes moyennes des réponses des membres de la FMH et de la Chambre médicale (ChM) à la question « Quelle importance la FMH devrait-elle accorder aux thèmes suivants ? », de 0 (sans importance) à 10 (très important)

Thème (formulation abrégée)	Membres de la FMH	Membres de la ChM
Tarifs ambulatoires appropriés et autonomie tarifaire	8,8	9,1
Politique de la santé & représentation des intérêts	8,8	9,3
Conditions-cadres adéquates/ exercice de la profession porteur de sens	8,7	8,5
Pénurie de médecins/ de personnel qualifié et couverture médicale	8,7	9,0
Charge administrative des médecins	8,6	8,5
Pression du temps dans la relation médecin-patient	8,1	7,9
Valorisation de la médecine de premier recours	8,1	7,5
Influence sur la réglementation étatique de la qualité	7,9	8,0
Médecine optimale versus médecine maximale	7,9	8,0
Pression des coûts sur la prise en charge	7,7	7,6
Limitation d'une régulation étatique accrue	7,7	9,0
Santé des médecins et épuisement professionnel	7,7	6,8
Équilibre profession de médecin et vie privée	7,7	6,9
Formation prégraduée, postgraduée et continue	7,5	7,2
Focalisation sur les coûts en politique de la santé	7,5	8,1
Propositions pour la maîtrise des coûts/ le financement	7,4	8,0
Tarifs hospitaliers appropriés et autonomie tarifaire	7,4	8,0
Approvisionnement en médicaments	7,3	6,7
Organisation de l'admission en ambulatoire	7,2	7,2
Bonne image du corps médical	7,1	8,7
Bénéfice et valeur ajoutée de la prise en charge médicale	7,1	8,5
Numérisation porteuse de bénéfice du secteur de la santé	7,1	7,6
Valeurs médicales et identité professionnelle communes	7,1	7,8
Promotion de la santé et prévention dans la pratique	7,0	6,7
Risques et aspects juridiques de la profession de médecin	6,9	6,6
Forte présence médiatique des positions de la FMH	6,8	8,6
Santé publique et santé de la population	6,6	6,9
Développement de mesures qualité adéquates	6,4	6,5
Aspects éthiques de la profession de médecin	6,4	6,6
Coopération avec d'autres groupes professionnels	6,3	6,5
Développement de nouveaux modèles de soins	6,2	6,4
Protection et sécurité des données dans la pratique	6,0	5,6
Nouvelles technologies et intelligence artificielle	5,9	6,3
Nouveaux tests d'aptitude pour les études de médecine	5,3	6,2
Changement climatique et santé planétaire	5,1	5,1

pour un exercice de la profession porteur de sens, la pénurie croissante de personnel qualifié et la charge administrative élevée. Les membres de la Chambre médicale ont également attribué une grande importance à d'autres sujets : limitation d'une régulation étatique accrue, bonne image du corps médical, forte présence médiatique des positions de la FMH et mise en avant du bénéfice des soins de santé.

Large consensus au sein du corps médical

Les défis mentionnés sont presque identiques dans les différents sous-groupes de la FMH. Les priorités les plus importantes du tableau 1 se retrouvent par exemple aussi bien chez les membres exerçant en ambulatoire que chez ceux exerçant à l'hôpital : les médecins hospitaliers partageant aussi la grande importance accordée aux tarifs ambulatoires. Par ailleurs, les médecins de différentes régions linguistiques et de différents groupes d'âge ne se distinguent guère dans leurs priorités. Ce sont également les mêmes thèmes (changement climatique et nouveaux tests d'aptitude pour l'admission aux études de médecine) qui se retrouvent aux derniers rangs dans l'ensemble des sous-groupes analysés. Tous les groupes d'âge, y compris les moins de 34 ans, ne considèrent pas ces thèmes comme une tâche prioritaire de la FMH. Le classement permet de conclure que les membres attendent avant tout que la FMH donne la priorité aux thèmes spécifiques du corps médical pour lesquels aucun ou peu d'acteurs s'engagent expressément.

Et quid des expertes et des experts ?

La figure 1 permet de visualiser le classement des nombreuses réponses des expertes et des experts à la question ouverte «Quels sont les principaux défis que la FMH devra relever

dans le domaine de la santé d'ici 2028?». Les zones en couleur donnent un aperçu de la place qu'elles occupent par thème – mesurée en volume du texte/ nombre de caractères. On remarque que trois thèmes représentent près de la moitié des réponses : la numérisation et l'IA, suivi de la pénurie de médecins et de personnel qualifié et des problèmes de couverture médicale, ces deux derniers thèmes étant regroupés en raison de leur proximité thématique. Les soins intégrés, l'interprofessionnalité et les nouveaux modèles de soins viennent compléter le podium. Les questions de coûts et de financement n'arrivent qu'en quatrième position : certains remettant en doute la viabilité du financement de notre système de santé, d'autres critiquant au contraire la focalisation de la politique sur les coûts.

Quels sont les défis selon le Comité central ?

Dans sa gestion des risques, le Comité central tient compte non seulement des risques opérationnels et financiers de la FMH, mais aussi des évolutions en lien avec la politique de la santé. Il relève une hausse de la micro-régulation étatique qui, comme on a pu le remarquer, met à mal l'autonomie tarifaire. La régulation impacte aussi la charge administrative qui pèse sur le secteur de la santé, démotive les médecins et leur fait perdre un temps précieux auprès des patientes et des patients. Cela accentue un autre problème central de la prise en charge médicale : le manque de personnel qualifié qui, couplé aux pénuries de médicaments, menace de plus en plus la couverture médicale.

D'autres défis de taille deviennent plus saillants avec le virage ambulatoire. Celui-ci exige une meilleure interconnexion des structures, une communication numérique qui fonctionne, de

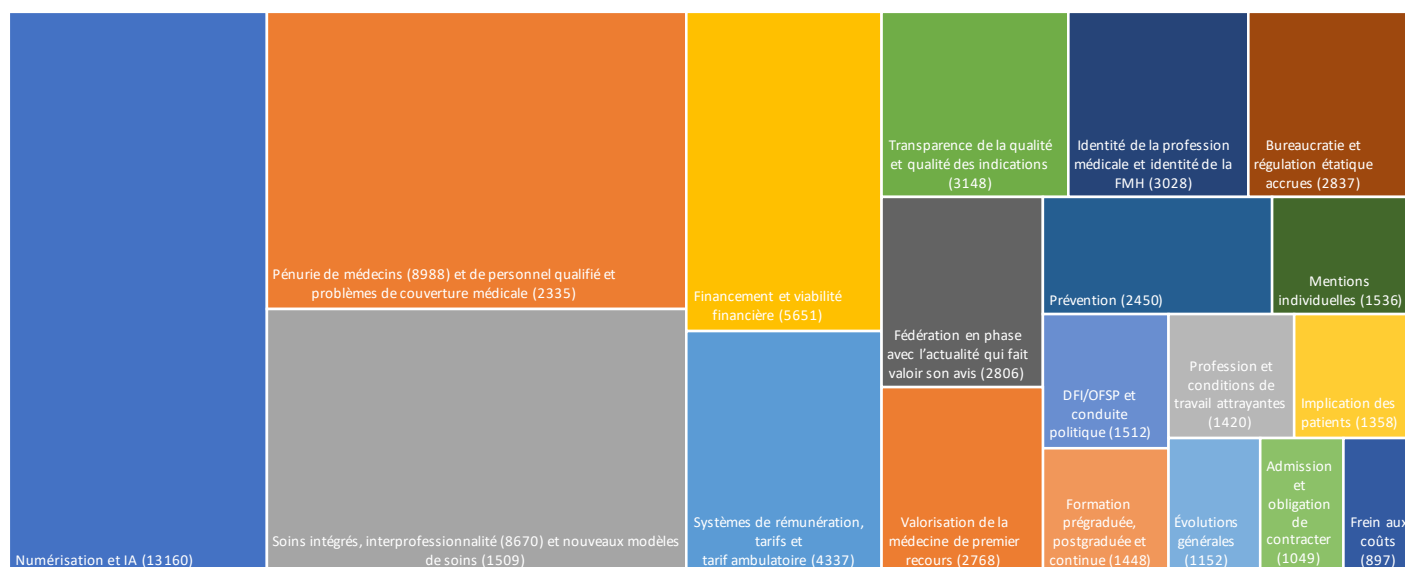


Figure 1 : Importance des différents défis et enjeux relevés dans les réponses des expertes et experts, mesurée en nombre de caractères

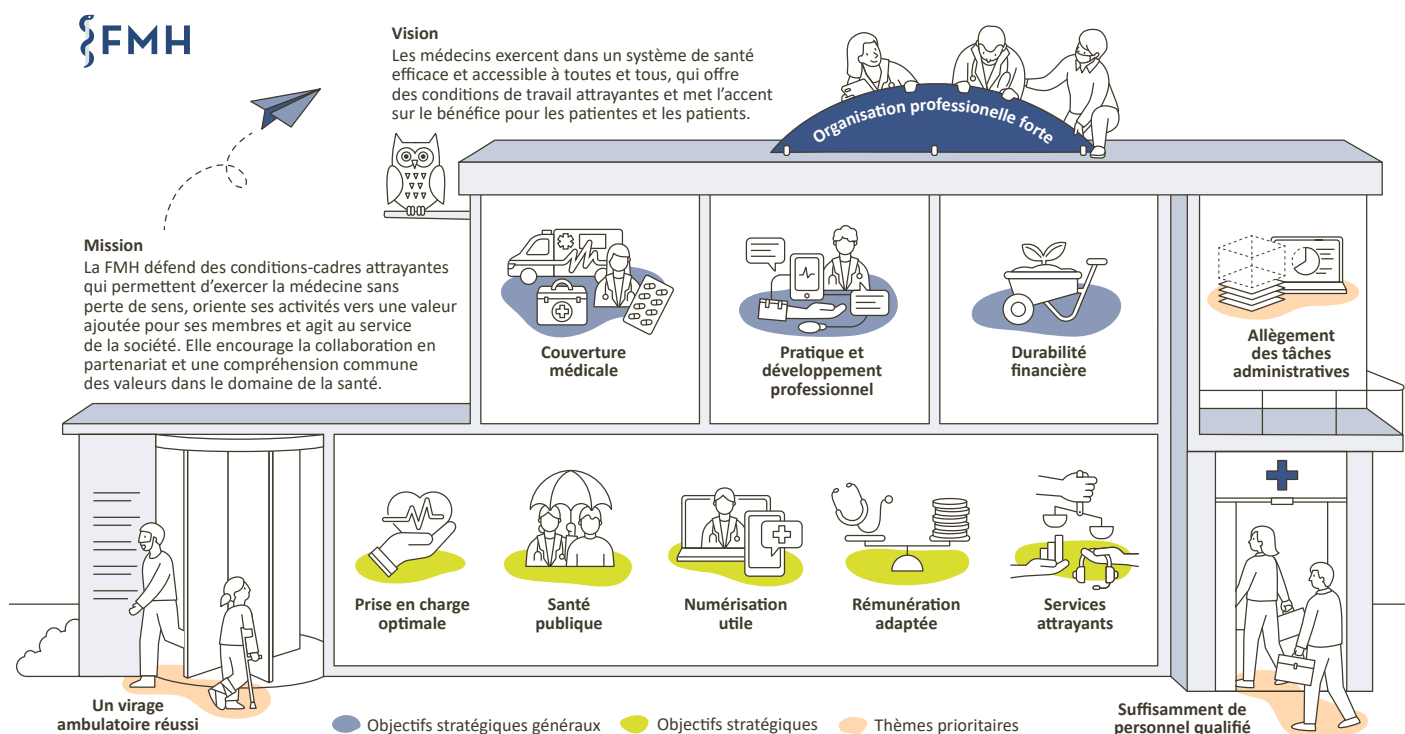


Figure 2 : La maison stratégique de la FMH : vision, mission, objectifs et thèmes prioritaires

nouveaux modèles de collaboration interprofessionnelle, de nouvelles professions, de nouveaux rôles professionnels et l'adaptation de la formation pré- et postgraduée dans toutes les professions de la santé. Les nouvelles technologies auront aussi un rôle important à jouer et une influence accrue dans les traitements.

La stratégie, une synthèse

À partir des différentes perspectives ci-dessus ayant permis d'aboutir à la hiérarchisation des défis, il s'est agi ensuite d'établir une stratégie avec une vision, une mission et des objectifs qui reprennent les exigences des membres et du contexte politique. Cette stratégie ne devait pas simplement se construire en réaction à des problèmes existants, elle se devait de formuler des orientations positives et des objectifs propres visant à promouvoir une approche proactive. Enfin, elle devait désigner de manière concrète et compréhensible les éléments qu'elle prône, tout en ménageant suffisamment de marge de manœuvre pour agir en fonction des évolutions pouvant intervenir au cours d'une législature. Cette réflexion a débouché sur la maison stratégique de la FMH qui illustre en graphique le résultat de ce processus (figure 2).

Toute la stratégie sous un seul toit

Posé sur la maison, le hibou se porte garant de l'objectif ultime de la FMH – la vision, qui décrit la situation idéale à laquelle

la FMH aspire : les médecins exercent dans un système de santé de qualité, efficace et accessible à toutes et tous, qui offre des conditions de travail attrayantes et met l'accent sur le bénéfice pour les patientes, les patients et la population.

La mission de la FMH, inscrite en version abrégée sur le côté gauche de la maison, décrit plus spécifiquement ce que la FMH fait, pour qui elle le fait et comment elle le fait : elle défend des conditions-cadres attrayantes qui permettent d'exercer la médecine sans perte de sens et de prendre en charge les patientes et les patients de manière responsable. Elle réunit les forces et les compétences de ses organisations affiliées et oriente ses activités vers une valeur ajoutée pour ses membres. Au service de la société, elle encourage la collaboration en partenariat et une compréhension commune des valeurs dans le domaine de la santé.

Les pièces de la maison abritent les objectifs stratégiques qui servent de ligne directrice pour décider de l'orientation et prioriser les activités. Le souhait exprimé par les membres de la FMH d'être bien représentés se reflète dans le premier objectif d'une « organisation professionnelle forte ». Cette enseigne a été érigée sur le toit, au-dessus de tous les autres thèmes, car une organisation professionnelle forte est la condition préalable à tous les autres objectifs. Les objectifs stratégiques généraux sont installés à l'étage (couverture médicale, pratique et développement professionnel, et durabilité financière), tandis que les autres objectifs ont pris place au rez-de-chaussée, à

savoir prise en charge optimale, santé publique, numérisation utile, rémunération adaptée et, bien sûr, services attrayants. Les thèmes hiérarchisés grâce aux enquêtes ne se reflètent donc pas toujours directement et littéralement dans les objectifs, mais ils y sont inclus. Nous associons par exemple notre engagement en faveur de la couverture médicale à l'inquiétude que génère la pénurie de personnel qualifié, et nous regroupons notre engagement en faveur de tarifs appropriés et de l'autonomie tarifaire sous le thème de la rémunération adaptée.

La mise en œuvre démarre avec les thèmes prioritaires...

Pour que l'orientation stratégique puisse être immédiatement reprise dans le travail du Secrétariat général, trois thèmes prioritaires ont été concrétisés à l'intérieur du cadre stratégique, nommément «suffisamment de personnel qualifié», «un virage ambulatoire réussi» et «allègement des tâches administratives». Ces trois thèmes sont – comme le suggère la figure 2 – les questions les plus importantes auxquelles est confronté le village (fictif) dans lequel se trouve la «maison stratégique» de la FMH et concernent directement nos objectifs stratégiques. L'orientation des travaux opérationnels sur ces thèmes prioritaires est en cours et constitue une part importante de la mise en œuvre de la stratégie.

... et requiert votre soutien

La nouvelle stratégie 2025–2028 jette des bases adéquates et bénéficie d'un large soutien pour axer les travaux de la FMH sur les principales priorités et augmenter ainsi sa force de persuasion pour agir dans l'intérêt de ses membres. Le Secrétariat général de la FMH fait quotidiennement le lien entre des contenus concrets et les objectifs formulés. Ces travaux opérationnels, mais aussi le soutien des objectifs stratégiques par nos membres et nos organisations affiliées, seront décisifs pour contribuer efficacement à façonner le système de santé en tant qu'organisation professionnelle forte.

ECLS et ECMO : révolution ou risque ?

Oxygénation *Le cœur et les poumons assurent conjointement l'oxygénation du corps. Une simple machine capable de remplacer ces deux organes : l'ECLS et l'ECMO, le rêve de tous les médecins de soins aigus ?*

Matthias Hänggi

Prof. Dr méd., Institut für Intensivmedizin, Universitätsspital Zürich

David Berger

Prof. Dr méd., Intensivstation, Departement Akutmedizin, Universitätsspital Basel, Department of Biomedical Engineering, University of Basel, Basel

Roger Ludwig

Dr méd., Universitätsklinik für Intensivmedizin, Universitätsspital Bern –Inselspital

Nadja Schai

Dre méd., Universitätsklinik für Intensivmedizin, Universitätsspital Bern –Inselspital

Raphaël Giraud

PD Dr méd., Service des soins intensifs, Département de médecine aiguë, Hôpitaux Universitaires de Genève

Gian-Reto Kleger

Dr méd., Klinik für Intensivmedizin, Kantonsspital St.Gallen

Patricia Fodor

KD Dr méd., Institut für Intensivmedizin, Stadtspital Zürich

Luca Cioccarì

PD Dr méd., Klinik für Intensivmedizin, Kantonsspital Aarau

Andreas Bloch

PD Dr méd., Zentrum für Intensivmedizin, Luzerner Kantonsspital

Tiziano Cassina

Prof. Dr méd., Servizio di Cardioanestesia e Medicina intensiva, Istituto Cardiocentro Ticino, Lugano

Lise Piquilloud

MER et PD, Service de médecine intensive adulte, Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne

« Airway, Breathing, Circulation » : soit les bases de la vie. Les troubles graves de cette triade ABC sont incompatibles avec la survie. La machine cœur-poumon (MCP) a été développée dans les années 1950 pour la chirurgie cardiaque. L'utilisation de la MCP sous forme d'ECLS (extracorporeal life support) en dehors du contexte chirurgical fut initialement un échec. Ce n'est qu'en 1971 que le premier patient a survécu 75 heures sous ECMO (extracorporeal membrane oxygenation), après l'échec du traitement conventionnel du syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA) [1]. Toutefois, les premières études sont restées négatives, avec des taux de mortalité > 90 % [2]. Les développements dans le domaine de la biocompatibilité des membranes, des pompes centrifuges et de la miniaturisation ont abouti au début du siècle à des appareils techniquement matures et relativement maniables. Cependant, l'expérience faisait toujours défaut, les indications n'étaient pas claires et il n'existait aucune étude sur les appareils modernes d'ECMO. Par conséquent, le traitement par ECMO était rarement utilisé. La pandémie de grippe H1N1 de 2009, avec ses nombreux patients atteints de SDRA, a marqué le tournant dans l'histoire de l'ECMO. Le nombre de traitements, d'appareils et de

centres proposant ces thérapies a connu une croissance exponentielle. Au plus tard avec la pandémie de COVID-19 au cours de laquelle plus de 20 000 traitements de ce type ont été effectués, l'ECMO s'est établie et est devenue connue du grand public [3].

Possibilités de l'ECMO et preuves

Un appareil d'ECLS/ECMO moderne est maniable, transportable et intègre tous les composants essentiels : la pompe qui transporte activement le sang, l'oxygénateur qui permet l'échange gazeux et l'unité de contrôle et de commande. Le sang est drainé par de grandes canules (jusqu'à 32 French = 11 mm de diamètre interne), acheminé vers la pompe, dirigé vers l'oxygénateur et restitué au patient par une canule légèrement plus petite. Les vaisseaux sanguins dans lesquels les canules sont insérées dépendent de l'indication de l'ECMO et varient également d'un centre à l'autre.

En cas de troubles exclusifs de la fonction pulmonaire, le sang est généralement aspiré au niveau de la veine cave inférieure, passé dans l'oxygénateur et renvoyé par la veine jugulaire en amont de l'oreillette droite (ECMO veino-veineuse, ECMO-VV).

En cas de défaillance cardiaque droite et/ou gauche (avec ou sans troubles pulmonaires associés), le sang est drainé dans la veine cave ou dans l'oreillette droite, de manière analogue à l'ECMO-VV, mais il est ensuite restitué par voie artérielle, le plus souvent dans l'artère fémorale, parfois dans l'aorte ascendante

dans le cadre périopératoire (ECLS ou ECMO veino-artérielle, ECMO-VA). L'ECPR (= réanimation cardiopulmonaire extracorporelle) est la forme extrême de l'ECMO-VA: la pose de l'ECLS/ECMO se fait chez des patients en cours de réanimation.

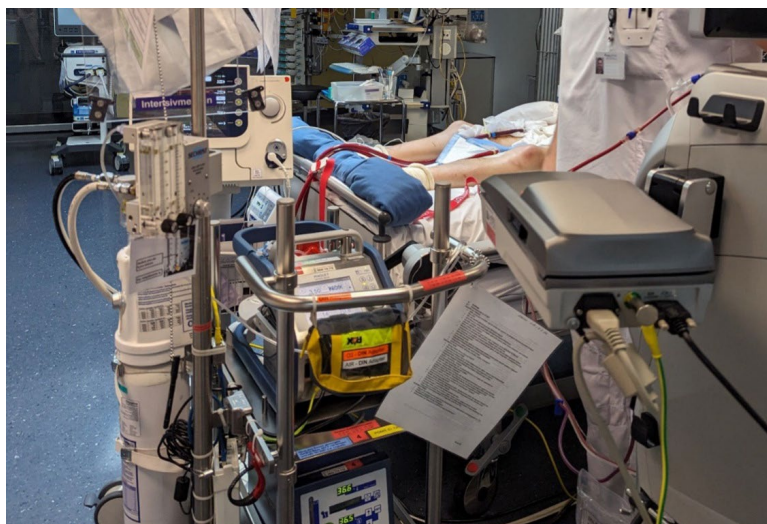
Ce que nous décrivons brièvement ici est, dans la pratique, compliqué, coûteux et risqué et nécessite beaucoup de ressources. Compte tenu de la gravité de la maladie des patients, des événements soudains peuvent directement entraîner le décès. La liste des complications est longue et peut être sommairement divisée en problèmes techniques (y compris les problèmes de mise en place des canules), complications hémorragiques, circulatoires et vasculaires, ainsi que complications neurologiques et infectieuses.

Toutes les formes d'ECMO ont en commun le fait qu'elles ne font que gagner du temps pour traiter la maladie sous-jacente.

Au vu du caractère invasif de la procédure et des défis mentionnés, les indications pour l'utilisation de l'ECMO doivent être clairement formulées. Toutes les formes d'ECMO ont en commun le fait qu'elles ne font que gagner du temps pour traiter la maladie sous-jacente.

Dans le domaine de l'ECMO-VV – l'application la plus courante –, l'indication est assez bien circonscrite. Les études CESAR [4] et EOLIA [5] n'ont pas montré d'avantage clair du traitement par ECMO-VV en cas de SDRA sévère, mais leur méthodologie a donné lieu à des discussions. L'étude CESAR a tout de même pu montrer que les patients transférés vers un centre disposant d'une capacité d'ECMO avaient un

© Matthias Exl, Inselspital Bern



L'appareil bleu au centre de l'image (haut du chariot) est l'ECMO. Les deux tuyaux qui mènent au patient transportent le sang désoxygéné du patient et le sang oxygéné vers le patient. Le chauffage de l'ECMO (bas du chariot) évite que le patient ne se refroidisse sur la durée grâce à la circulation extracorporelle.

meilleur devenir, indépendamment du fait qu'ils aient reçu ou non une ECMO dans le centre d'ECMO [4]. L'aspect problématique dans l'évaluation de l'étude «EOLIA» est que 28 % des patients du groupe conventionnel ont reçu une ECMO («crossover») parce qu'ils étaient en danger de mort imminente ou qu'ils avaient déjà été victimes d'un arrêt cardiaque [5]. L'analyse des données individuelles des patients des études CESAR et EOLIA a montré un avantage de survie pour les patients souffrant d'une insuffisance pulmonaire sévère [6]. La plupart des experts estiment aujourd'hui que les patients atteints de SDRA qui répondent aux «critères EOLIA» peuvent bénéficier d'un traitement par ECMO-VV.

En ce qui concerne l'ECMO-VA, les données sont moins bonnes. De plus, avec la nouvelle génération de pompes axiales percutanées (par ex. «Impella»), de nouveaux systèmes de soutien mécanique sans oxygénateur sont disponibles. Une méta-analyse des études portant sur toutes les formes de MCS (mechanical circulatory support) n'a montré qu'une amélioration limitée du devenir des patients [7]. Il n'existe donc toujours pas de consensus concernant l'indication et la sélection des patients pour le MCS. Il convient de limiter le MCS aux patients dont la cause de l'insuffisance cardiaque est traitable et de l'utiliser rapidement, avant que le choc n'ait provoqué des dommages secondaires manifestes [8].

L'ECMO a révolutionné les possibilités thérapeutiques en cas de défaillance des fonctions vitales. Toutefois, ce traitement comporte des risques considérables.

Les données concernant les patients victimes d'un arrêt cardiocirculatoire sont également rares. Une étude randomisée réalisée aux États-Unis sur 30 patients a montré que les patients ayant fait l'objet d'un ECLS avaient un devenir significativement meilleur [9]. Deux études plus grandes menées à Prague avec 256 patients [10] et aux Pays-Bas avec 160 patients [11] n'ont formellement pas montré d'amélioration du devenir. Cela illustre les difficultés inhérentes aux études dans ce contexte: il y a un grand nombre de «crossover», et dans l'étude multicentrique hollandaise, de petits centres avec peu d'expérience ont été inclus.

Évaluation et discussion

L'ECMO a élargi et révolutionné les possibilités thérapeutiques en cas de défaillance des fonctions vitales. Certains patients bénéficient de l'ECMO, mais le traitement par ECMO comporte des risques considérables: dans l'étude pragoise mentionnée, 11 % des patients sous ECMO ont été victimes de complications

hémorragiques fatales et 22 % ont présenté une hémorragie cérébrale, sans compter les amputations consécutives à des ischémies des jambes et les autres complications graves. Outre les risques pour les patients individuels, il faut également tenir compte de l'investissement considérable et de la mobilisation des ressources qu'elle implique pour les différentes cliniques: pour les patients ECMO instables, un ratio infirmier/patient de 2:1 peut être nécessaire pour la prise en charge. Il en résulte des goulots d'étranglement dans la prise en charge des patients, des reports d'opérations et des transferts d'autres patients dans des hôpitaux plus éloignés. L'étude britannique CESAR a montré que le transfert dans un «acute respiratory failure centre» avec possibilité d'ECMO apporte un avantage en termes de survie, ce qui n'est pas le cas de la machine ECMO elle-même [4]. Les centres d'ECMO avec un grand nombre de cas obtiennent de meilleurs résultats que les centres plus petits [12, 13]. Compte tenu

de la complexité du traitement, cela est aisément compréhensible, mais il est impossible de répondre clairement à la question de savoir quel est le «volume critique». Les lignes directrices internationales recommandent un nombre minimum de cas de 20 patients par an pour l'ECMO-VA et pour l'ECMO-VV [14, 15]. En Suisse, l'utilisation de l'ECMO n'est pas régulée. En 2022, 434 traitements d'ECLS/ECMO (VA, VV et ECPR) ont été effectués dans les unités de soins intensifs suisses. Au vu de ce faible nombre de traitements par ECMO, la question se pose de savoir comment maintenir la qualité du traitement. En outre, il manque des données sur les «patient-related outcome measures» (PROMS). On ignore donc si, en Suisse, tous les patients bénéficient de la révolution ECLS/ECMO ou si certains patients sont exposés à un risque supplémentaire.

Correspondance

matthias.haenggi@usz.ch

Références

- Hill JD, O'Brien TG, Murray JJ, et al. Prolonged extracorporeal oxygenation for acute post-traumatic respiratory failure (shock-lung syndrome). Use of the Bramson membrane lung. *N Engl J Med* 1972;286(12):629-34. DOI: 10.1056/NEJM197203232861204.
- Zapol WM, Snider MT, Hill JD, et al. Extracorporeal membrane oxygenation in severe acute respiratory failure. A randomized prospective study. *JAMA* 1979;242(20):2193-6. DOI: 10.1001/jama.242.20.2193.
- Report ER. ECLS Registry Report: International Summary, Ann Arbor, Extracorporeal Life Support Organization, 2023. (<https://www.elso.org/registry/internationalsummaryandreports/internationalsummary.aspx>).
- Peek GJ, Clemens F, Elbourne D, et al. CESAR: conventional ventilatory support vs extracorporeal membrane oxygenation for severe adult respiratory failure. *BMC Health Serv Res* 2006;6:163. DOI: 10.1186/1472-6963-6-163.
- Combes A, Hajage D, Capellier G, et al. Extracorporeal Membrane Oxygenation for Severe Acute Respiratory Distress Syndrome. *N Engl J Med* 2018;378(21):1965-1975. DOI: 10.1056/NEJMoa1800385.
- Combes A, Peek GJ, Hajage D, et al. ECMO for severe ARDS: systematic review and individual patient data meta-analysis. *Intensive Care Medicine* 2020;46(11):2048-2057. DOI: 10.1007/s00134-020-06248-3.
- Low CJW, Ling RR, Lau MPXL, et al. Mechanical circulatory support for cardiogenic shock: a network meta-analysis of randomized controlled trials and propensity score-matched studies. *Intensive Care Medicine* 2024;50(2):209-221. DOI: 10.1007/s00134-023-07278-3.
- Buda KG, Hryniewicz K, Eckman PM, et al. Early vs. Delayed Mechanical Circulatory Support in Patients with Acute Myocardial Infarction and Cardiogenic Shock. *European Heart Journal Acute Cardiovascular Care* 2024. DOI: 10.1093/ehjacc/zaae034.
- Yannopoulos D, Bartos J, Raveendran G, et al. Advanced reperfusion strategies for patients with out-of-hospital cardiac arrest and refractory ventricular fibrillation (ARREST): a phase 2, single centre, open-label, randomised controlled trial. *Lancet* 2020;396(10265):1807-1816. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)32338-2.
- Belohlavek J, Smalcova J, Rob D, et al. Effect of Intra-arrest Transport, Extracorporeal Cardiopulmonary Resuscitation, and Immediate Invasive Assessment and Treatment on Functional Neurologic Outcome in Refractory Out-of-Hospital Cardiac Arrest: A Randomized Clinical Trial. *JAMA* 2022;327(8):737-747. DOI: 10.1001/jama.2022.1025.
- Suverein MM, Delnoij TSR, Lorusso R, et al. Early Extracorporeal CPR for Refractory Out-of-Hospital Cardiac Arrest. *N Engl J Med* 2023;388(4):299-309. DOI: 10.1056/NEJMoa2204511.
- Barbaro RP, Odetola FO, Kidwell KM, et al. Association of hospital-level volume of extracorporeal membrane oxygenation cases and mortality. Analysis of the extracorporeal life support organization registry. *Am J Respir Crit Care Med* 2015;191(8):894-901. DOI: 10.1164/rccm.201409-1634OC.
- Lebreton G, Schmidt M, Ponnaiah M, et al. Extracorporeal membrane oxygenation network organisation and clinical outcomes during the COVID-19 pandemic in Greater Paris, France: a multicentre cohort study. *Lancet Respir Med* 2021;9(8):851-862. DOI: 10.1016/S2213-2600(21)00096-5.
- Fischer S, Assmann A, Beckmann A, et al. Empfehlungen der S3-Leitlinie (AWMF) «Einsatz der extrakorporalen Zirkulation (ECLS/ECMO) bei Herz- und Kreislaufversagen». *Zentralbl Chir* 2022;148(03):284-292. (In De). DOI: 10.1055/a-1918-1999.
- [Clinical Guideline for Treating Acute Respiratory Insufficiency with Invasive Ventilation and Extracorporeal Membrane Oxygenation]. *Chirurg* 2021;92(9):851-852. (In ger). DOI: 10.1007/s00104-021-01458-x.

DHPC – Inrebic® (fedratinib)

Avis important : *Expiration de l'autorisation à durée limitée de Swissmedic pour INREBIC® (fedratinib), gélules, au 28.02.2025 et arrêt de sa commercialisation sur le marché suisse au 28.02.2025*

Résumé

- L'autorisation à durée limitée de Swissmedic pour Inrebic® (fedratinib) dans le traitement de la splénomégalie ou des symptômes associés à cette maladie chez les patients atteints de myélofibrose expire le 28.02.2025.
- Sur la base de l'évaluation des nouvelles données et des évolutions du paysage thérapeutique suisse, Swissmedic n'a pas converti son autorisation à durée limitée en autorisation sans charge spécifique.
- Par conséquent, Inrebic® (fedratinib) ne peut plus être délivré aux patients à partir du 28.02.2025.
- Inrebic® (fedratinib) ne sera plus disponible sur le marché suisse à partir du 28.02.2025.

Pour des informations plus détaillées:

[DHPC – Inrebic® \(fedratinibum\)](#)

Personalien *Nouvelles du corps médical*

Todesfälle / Décès / Decessi

Stefano Berthold (1945),
† 31.1.2025, Facharzt für Allgemeine
Innere Medizin, 3008 Bern

Tatiana Rieb (1962),
† 9.1.2025, Praktische Ärztin,
9500 Wil SG

Urs Karmann (1943),
† 13.1.2025, Facharzt für
Anästhesiologie und Facharzt für
Intensivmedizin, 8962 Bergdietikon

Stefan Hürlimann (1959),
† 27.1.2025, Facharzt für
Gastroenterologie und Facharzt für
Allgemeine Innere Medizin, 6300 Zug

Fritz Uhlmann (1935),
† 13.2.2025, Facharzt für Allgemeine
Innere Medizin 4106 Therwil

Praxiseröffnung / Nouveaux cabinets médicaux / Nuovi studi medici

GE

Lorenzo Lelio Annibale Orci,
Spécialiste en chirurgie, membre
FMH, Chemin de Beau-Soleil 12,
1206 Genève

VD

Camillo Theo Müller, Facharzt für
Plastische, Rekonstruktive und
Ästhetische Chirurgie und Facharzt
für Handchirurgie, Mitglied FMH,
Chemin Porchat 24, 1004 Lausanne

Aargauischer Ärzteverband

Zur Aufnahme in den Aargauischen
Ärzteverband haben sich angemeldet:

Als ordentlich praktizierende Mitglieder:
Francisco Alvarez Keller, Facharzt
für Allgemeine Innere Medizin, anges-
tellt in Arztpraxis Dr. Lorenz Gerber,
Lindenhofstrasse 8, 4665 Oftringen,
ab sofort

Elena-Silvia Besoiu, Praktische
Ärztin, angestellt in Praxis Gruppe
Würenlingen, Wiesenstrasse 4,
5303 Würenlingen, ab sofort

Karen Hübel, Fachärztin für
Radiologie, angestellt in Röntgen-
institut Baden, Rütistrasse 2,
5400 Baden, ab sofort

Victoria Klimek, Fachärztin für
Allgemeine Innere Medizin, angestellt
in Medbase Baden, Langhaus 2,
5400 Baden, ab sofort

Nadine Leiter, Fachärztin für
Kinder- und Jugendmedizin, Mitglied
FMH, angestellt in Ärztezentrum
Würenlos AG, Grosszelgstrasse 18,
5436 Würenlos, ab sofort

Jeannine Lubetzki, Praktische
Ärztin, angestellt in Arzt & CO,
Badstrasse 17, 5400 Baden

Zeljko Obradovic, Facharzt für
Allgemeine Innere Medizin, angestellt
in Ärztezentrum Oftringen,
Lindenhofstrasse 8, 4665 Oftringen,
ab sofort

Maya Rutishauser, Fachärztin für
Allgemeine Innere Medizin, Mitglied
FMH, Angestellt in Institut für
Arbeitsmedizin ifa, Kreuzweg 3,
5400 Baden

Damiana Weinberger, Fachärztin
für Ophthalmologie, Mitglied
FMH, angestellt in Pallas Kliniken AG,
Augenzentrum Pallas Baden,
Bärengasse 21, 4800 Zofingen, ab
sofort

Ioanna Zygoula, Fachärztin für
Ophthalmologie, angestellt in Pallas
Kliniken AG, Augenzentrum Pallas
Baden, Langhaus 1, 5400 Baden, ab
sofort

Als Chef- und Leitende ÄrztInnen:

Johannes Lorscheider, Facharzt für
Neurologie, Mitglied FMH, Leitender
Arzt in Rehaklinik Rheinfelden,
Salinenstrasse 98, 4310 Rheinfelden,
ab sofort

Diese Kandidaturen werden in
Anwendung von Art. 5 der Statuten des
Aargauischen Ärzteverbandes veröffent-
licht. Einsprachen müssen innert 14 Ta-
gen seit der Bekanntmachung schriftlich
und begründet der Geschäftsleitung des
Aargauischen Ärzteverbandes einge-
reicht werden. Nach Ablauf der Einspra-
chefrist entscheidet die Geschäftsleitung
über Gesuch und allfällige Einsprachen.

Ärztegesellschaft des Kantons Bern Ärztlicher Bezirksverein Bern Regio

Zur Aufnahme als ordentliches Mitglied haben sich angemeldet:

Shaghayegh Khalili Amiri, Fachärztin für Ophthalmologie, Mitglied FMH, Augenärzte Bern, Zentrum Marktgasse, Marktgasse 6, 3011 Bern

Justine Rogowski, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, Mitglied FMH, Medizinisches Zentrum VIVA, Bernstrasse 21, 3072 Ostermundigen

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:

Christian Philipp Kamm, Facharzt für Neurologie, Mitglied FMH, Luzerner Kantonsspital, Spitalstrasse, 6000 Luzern 16

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

Unterwaldner Ärztegesellschaft

Zur Aufnahme in unsere Gesellschaft haben sich gemeldet:

Aleksandra Orvydé, Praktische Ärztin, CuraMed Ärztezentrum AG, Seestrasse 49, 6052 Hergiswil am See (LU)

Einsprachen sind innert 20 Tagen nach der Publikation schriftlich und begründet zu richten an: Unterwaldner Ärztegesellschaft c/o medkey AG, Schwanenplatz 7, 6004 Luzern.

Ärztegesellschaft Uri

Zur Aufnahme in die Ärztegesellschaft Uri als ordentliches Mitglied haben sich angemeldet:

Eliane Aeschbacher, Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin, tätig ab 01.05.2023 in der Kinderarztpraxis Uri AG, Dätwylerstrasse 9, 6460 Altdorf UR

Einsprachen gegen diese Kandidatur müssen innerhalb von 20 Tagen seit dieser Veröffentlichung schriftlich begründet an den Vorstand der Ärztegesellschaft Uri eingereicht werden. Nach Ablauf der Einsprachefrist entscheidet der Vorstand über Gesuche und allfällige Einsprachen.

Communications

Appel d'offres de la fondation Mach-Gaensslen (Suisse)

Soutien de projets de recherche en cardiologie

La fondation Mach-Gaensslen (Suisse) soutient à tour de rôle 2 ou 3 projets de recherche dans les domaines de la cardiologie, de l'hématologie/oncologie et de la neurologie/psychiatrie. L'année 2025 est réservée à la cardiologie.

Les demandes de soutien pour un projet de recherche en cardiologie peuvent être adressées à la Fondation Mach Gaensslen Stiftung, Ahornstrasse 20, 6314 Unterägeri, jusqu'au **31 mai 2025**.

Les informations nécessaires au dossier peuvent être obtenues à la même adresse ou par e-mail (mach-gaensslen.stiftung@gmx.ch). L'évaluation des projets par le conseil de fondation aura lieu fin septembre 2025.

Examen Attestation de formation approfondie interdisciplinaire « médecine d'urgence hospitalière » (SSMUS) 2025

Examen oral (français)

Lieu

Lausanne CHUV

Date

24 novembre 2025

Examen pratique (français)

Lieu

Lausanne CHUV

Datum

1^{er} décembre 2025

Coûts

CHF 600.00 pour les membres
SSMUS / CHF 1 000.00 pour les
non-membres

Délai d'inscription

15 août 2025

Vous trouverez des informations supplémentaires sur le site de la SSMUS www.sgnor.ch – formation postgraduée – FAI médecine d'urgence hospitalière ou vous pouvez les recevoir auprès du secrétariat général: sekretariat@sgnor.ch