

la lettre



**Freiner
l'accès aux soins ?**

Médecine à deux vitesses ?

Non!

à l'initiative dangereuse
« Frein aux coûts »

9 juin 2024

60 JAHRE ANS ANNI
ÄK ÄRZTEKASSE
CAISSE DES MÉDECINS
CM CASSA DEI MEDICI

TOUJOURS AU TOP DEPUIS 60 ANS !



La Caisse des Médecins est une coopérative qui se différencie sur le marché de la santé par son engagement personnel, sa capacité à anticiper et son expérience de 60 ans. Plus de 20'000 professionnel·les de la santé lui font confiance.



Caisse des Médecins - Société coopérative - Agence Genève-Vallée
Route de Malagnou 40A - 1206 Genève - TM. 022 889 45 50 - Fax 022 889 45 09
www.caisse-des-medecins.ch - generev@caisse-des-medecins.ch



Au cœur de l'assurance

Le 9 juin 2024, ce sera NON au rationnement des soins

Dr Michel Matter
Président de l'AMGe



Notre profession est faite de valeurs, véritables lignes rouges, qui font le cœur de notre métier : le libre choix du médecin, le secret médical et le refus de tout rationnement des soins. Ces valeurs sont celles de l'indispensable confiance, du respect de l'autre et de l'équité entre les assurés. Les citoyennes et les citoyens de notre pays ont un accès garanti aux prestations médicales et une qualité des soins reconnue.

Le 9 juin, le peuple sera amené à voter sur l'initiative populaire « pour un frein aux coûts », déposée au printemps 2020, qui exige un plafonnement des coûts de la santé pour les prestations liées à l'assurance de base obligatoire. C'est indéniablement un budget global. Le Conseil fédéral rejette cette initiative et a tenu à rappeler dans sa prise de position que cette initiative est basée sur des règles rigides en matière de dépenses qui conduiraient à un rationnement des prestations.

L'initiative prévoit que si, deux ans après l'acceptation de l'initiative, la hausse des coûts par assuré devait être supérieure de plus d'un cinquième à l'évolution des salaires

nominaux, le Conseil fédéral, en collaboration avec les cantons, devrait prendre des mesures visant à faire baisser les coûts, qui produisent effet à partir de l'année suivante.

Le texte lie la question de l'évolution des salaires et de la conjoncture économique aux besoins en santé. Comme le dénonce notre engagé collègue Sébastien Jotterand, vice-président de l'Association des Médecins de famille et de l'enfance Suisse (mfe) : « Un système de santé performant répond aux besoins des patients et non à la conjoncture ». Difficile en effet d'imaginer que les soins puissent être liés directement à la situation économique et non pas axés sur l'être humain. C'est justement lorsque la situation économique est mauvaise que la santé des plus précaires est en danger. Nous l'avons maintes fois écrit, l'humain n'est pas une marchandise.

Sur le plan politique, le camp du NON regroupe sur le plan national l'ensemble des partis hormis le Centre qui est le parti dépositaire du texte de l'initiative. De la gauche à la droite, tous sont unanimes : c'est NON à la médecine à deux vitesses, là où ceux qui en ont les

« Un système de santé performant répond aux besoins des patients et non à la conjoncture »

En Romandie, c'est la Société médicale de la Suisse romande (SMSR) qui mènera la campagne dans l'ensemble des cabinets et centres médicaux.

moyens s'offriront des soins et les autres attendront désespérément leur tour. L'échiquier politique, tout comme le Conseil fédéral, est extrêmement clair.

Dans le domaine de la santé, toutes les organisations de soignantes et de soignants prônent le NON. Un comité national, regroupant les hôpitaux suisses (H+), les soins infirmiers (ASI), les physiothérapeutes (Physioswiss), les pharmaciens

(pharmaSuisse), les soins à domicile (Spitex suisse), les réseaux de médecins (medswissnet), les médecins de premier recours (mfe), les chirurgiens (fmCh) et la faïtière des médecins suisses (FMH), dénonce le rationnement des soins, la médecine à deux vitesses et le risque avéré de longs délais d'attente comme cela se voit dans les pays qui ont basé le système de la santé sur des budgets globaux. Ces organisations nationales jugent cette initiative comme dangereuse aux conséquences perverses. Ce mécanisme conduirait à une catastrophe pour l'accès aux soins en Suisse et entraînerait des restrictions sanitaires arbitraires.

En Romandie, c'est la Société médicale de la Suisse romande (SMSR) qui mènera la campagne dans l'ensemble des cabinets et centres médicaux. C'est à chaque médecin de convaincre les patientes et patients de s'opposer par son vote à ce contre-sens sanitaire et de reprendre l'argumentation fournie face à un réel danger pour la prise en charge des malades, surtout chroniques et complexes.

Les soins, ce sont des femmes et des hommes qui chaque jour sont présents pour soulager la population et apporter leur professionnalisme. Cette initiative est une pression néfaste et insoutenable sur le personnel soignant. Alors que le peuple suisse a récemment soutenu avec force les soins infirmiers, il lui est proposé à l'inverse d'asséner un coup direct sur un personnel en souffrance qui perd de plus en plus son sens métier. Un non-sens de plus dans un système de la santé qui peine à se questionner. Cette initiative est erronée et dangereuse car elle mènera à une augmentation de la pénurie de soignantes et de soignants déjà alarmante.

Le 9 juin, ce sera un NON au démantèlement de notre système de santé et au rationnement programmé des soins. ●



Fondée en 1984 à Genève, la Fiduciaire Gespower, affiliée à FMH Fiduciaire Services, offre un encadrement professionnel d'aide à la gestion de votre entreprise ou de votre cabinet médical, secteur dans lequel la fiduciaire est fortement impliquée.

Nos principaux services :

- Assistance lors de création / reprise de sociétés ou cabinets médicaux
- Conseils juridiques
- Business plan
- Bilans, fiscalité, gestion comptable de sociétés
- Transformation juridique de sociétés

Écrans et adolescence: quels enjeux pour la Génération Z?

Dre YARA BARENSE-DIAS^a, Dr BENOIT BEDIU^b, Pre DAPHNÉ BAVELIER^b et Pr GRÉGOIRE ZIMMERMANN^c

Rev Med Suisse 2024; 20: 396-9 | DOI : 10.53738/REVMED.2024.20.862.396

Les médias numériques sont omniprésents dans la vie quotidienne des adolescent-es. La figure de l'adolescent-e « addict-e » aux écrans est devenue un sujet de préoccupation dans l'opinion publique et il est fréquent que les professionnel-les de la santé soient sollicité-es pour répondre aux interrogations sur l'impact de l'utilisation des écrans sur la santé mentale et physique des jeunes. Les données scientifiques indiquent que l'usage des écrans est associé à des risques et des bénéfices qu'il s'agit d'évaluer de manière nuancée. Dans cet article, nous discutons en particulier et de façon critique du temps d'écran et des modèles de compréhension de l'usage problématique de celui-ci. Ces réflexions nous amènent à souligner l'importance d'adopter une compréhension contextualisée de cet usage à l'adolescence.

Screens and adolescence: what issues for the Z generation?

Digital media and screens are ubiquitous in the daily lives of adolescents. The screen-addicted portrait of young people has gained public attention, and health professionals are often consulted about the impact of screen use on teenagers' physical and mental health. Scientific evidence suggests that screen use is associated with risks and benefits that need to be weighed up in a nuanced way. This paper takes a critical look at the issue of screen time and at the models for understanding a problematic screen use. These considerations underline the importance of adopting a contextual understanding of screen use in adolescence.

Avec le développement de la télévision et le perfectionnement technique qui rendit possibles, sur le même instrument, la réception et la transmission simultanées, ce fut la fin de la vie privée.
(1984, Georges Orwell, 1949)

ADOLESCENT-ES HYPERCONNECTÉ-ES

C'est un truisme de le dire: nous voici toutes et tous connecté-es. Internet et les écrans font aujourd'hui partie de la vie quotidienne de chacun et chacune d'entre nous. Avec le développement du smartphone, l'accès facilité à Internet, les jeux vidéo en ligne et les réseaux sociaux, les jeunes générations occidentales nées après les années 2000 se sont

massivement approprié ces espaces numériques et de communication, qu'elles utilisent principalement pour répondre à des besoins psychologiques fondamentaux de construction identitaire (c'est-à-dire explorer, s'exposer et s'évaluer) et de socialisation (par exemple, communiquer avec ses pairs, publier des photos ou vidéos de soi, jouer avec les autres).^{1,2} La dernière enquête EU Kids Online sur les pratiques numériques des 9-16 ans en Europe indique, en effet, que l'usage d'Internet via le smartphone fait partie intégrante de la vie des enfants et des adolescent-es, en particulier des plus âgé-es. Par exemple, 81% des 15-16 ans se connectent plusieurs fois par jour avec leur smartphone (contre 35% des 9-11 ans) avec une durée de connexion de plus de 3 heures 30 (contre à peine moins de 2 heures pour les 9-11 ans).³ Dans une enquête portant sur 1480 adolescent-es aux États-Unis, 47,5% ont rapporté consulter leur smartphone au moins toutes les 15 minutes, avec 16,4% indiquant le vérifier «toutes les 5 minutes ou moins». La moitié des personnes sondées ont même répondu ne pas avoir passé plus de 12 heures sans écran au cours de l'année écoulée. Bien que la plupart considèrent leur utilisation comme incontrôlée, seuls 17% affirment se sentir «accros» aux écrans.⁴

En Suisse, les dernières données disponibles à ce sujet indiquent que 99% des 12-19 ans possèdent un smartphone (96% des 12-13 ans) utilisé en moyenne 3 heures par jour en semaine et 4 heures 15 par jour le week-end, principalement pour communiquer via des services de messagerie (par exemple, WhatsApp), se connecter sur des réseaux sociaux (en particulier Instagram et TikTok), regarder des vidéos (par exemple, YouTube), surfer sur Internet ou encore jouer à des jeux vidéo.⁵

Bien que l'accès facilité et l'accroissement du temps passé sur les écrans et en ligne offrent de nombreuses opportunités aux jeunes générations, cette utilisation des technologies peut également être associée à certains risques.

EXPOSITION AUX ÉCRANS: RISQUES ET/OU OPPORTUNITÉS?

La littérature scientifique s'est surtout intéressée aux potentiels effets négatifs des écrans et d'Internet (par exemple, cyberharcèlement, sédentarité, problèmes de poids/troubles alimentaires, troubles du sommeil, dépression, anxiété, inattention/distractibilité, impulsivité, etc.), alors que les effets positifs sont beaucoup plus rarement mis en avant. Pourtant, ces outils permettent aussi d'offrir des espaces de discussion, de prévention et d'information (à l'instar par exemple des sites Internet www.ciao.ch et www.ontecoute.ch en Suisse

^aGroupe de recherche sur la santé des ados, Département épidémiologie et systèmes de santé, Unisanté, 1010 Lausanne, ^bBrain & Learning Bavelier Lab, Faculté de psychologie et sciences de l'éducation, Université de Genève, Campus Biotech, 1202 Genève, ^cCentre de recherche sur la famille et le développement, Institut de psychologie, Université de Lausanne, 1015 Lausanne
yara.barense-dias@unisanté.ch | benoit.bediou@unige.ch | daphne.bavelier@unige.ch
gregoire.zimmermann@unil.ch

Extrait de la Revue Médicale Suisse (suite)

romande). Certain-es jeunes issu-es de minorités, notamment sexuelles et de genre, peuvent également y trouver une forme de soutien à travers des communautés en ligne qui participent ainsi à une meilleure compréhension individuelle et au développement de l'identité.⁶ Certains jeux vidéo ont également des effets bénéfiques sur la cognition et potentiellement sur la régulation émotionnelle et les compétences sociales.⁷ Par ailleurs, les adolescent-es ont généralement une perception positive de l'effet des écrans (communication, informations, réseaux sociaux, jeux vidéo) sur différentes sphères de leur vie (relations sociales, humeur, etc.), tout en étant conscient-es des risques encourus et de leur utilisation parfois excessive.⁴ Bien qu'informatives, les tendances générales mises en évidence dans la littérature masquent toutefois souvent une grande hétérogénéité entre individus tant en termes de pratiques qu'en termes d'effets sur le bien-être.⁸

DÉCALAGE ENTRE RECHERCHE ET PRATIQUE

Le temps d'écran comme (unique) indicateur pertinent?

Malgré les bénéfices possibles et avérés de ces technologies, les professionnel-les de la santé et le grand public s'inquiètent régulièrement du temps passé par les adolescent-es devant les écrans, les médias insistant souvent, d'une part, sur le risque d'un usage excessif, voire d'une addiction, et, d'autre part, sur les effets néfastes des écrans sur d'autres comportements (par exemple, violence, sommeil, alimentation, etc.). Certaines recherches internationales, à l'instar de HBSC (Health Behavior in School Children), utilisent également le temps d'écran comme un indicateur de risque sans pour autant établir de seuil, comme l'avait proposé l'Académie américaine de pédiatrie (AAP) en 2001, recommandant de limiter l'usage des écrans à 2 heures par jour.⁹ L'AAP a depuis adapté ses recommandations, suggérant que la qualité des interactions avec les technologies était plus pertinente que la fréquence ou la durée de leur utilisation. Les recommandations en termes de limites de temps d'écran peuvent même parfois paraître difficilement applicables ou contradictoires avec des attentes et des demandes issues de nos sociétés contemporaines. Par exemple, la santé publique milite d'un côté pour une utilisation minimale des écrans en raison des risques pour la santé alors que, d'un autre côté, dans les domaines de la formation et de l'éducation, il y a une promotion de plus en plus importante de l'utilisation des technologies,¹⁰ l'éducation aux médias faisant d'ailleurs aujourd'hui pleinement partie des plans d'étude. *Last but not least*, des travaux récents ont mis en évidence la difficulté des individus à évaluer précisément le temps d'écran ou de connexion, avec un décalage fréquemment observé entre les données auto-rapportées et l'utilisation effective mesurée par exemple à l'aide d'une application.¹¹

Faut-il parler d'addiction concernant l'usage des écrans?

Face à la généralisation de l'exposition aux écrans des jeunes générations, les questions de frontières et de continuité entre le normal et le pathologique se posent légitimement. Quand on parle d'addiction, il est important de distinguer entre addiction liée à une substance et addiction comportementale. L'usage des écrans a été initialement appréhendé selon le modèle médical de la dépendance inspiré de celui utilisé pour

les consommations de substances psychoactives. Les premières études s'étant intéressées aux utilisations problématiques des écrans (au départ la télévision, puis tout type d'écran) se sont focalisées sur la quantité consommée, favorisant ce rapprochement conceptuel entre écrans et substances psychoactives.¹² Cette vision a, pendant plusieurs années, considérablement influencé la pratique clinique, notamment grâce à des instruments d'évaluation développés, d'une part, pour le diagnostic ou la détection précoce de personnes à risque en se centrant sur la quantité consommée et, d'autre part, pour la prise en charge ou la prévention de l'usage problématique des écrans en visant une réduction ou une suppression d'utilisation de ceux-ci.

Au cours des dix dernières années, grâce à la multiplication des travaux de recherche sur le sujet, les modèles d'addiction aux substances ont rapidement montré leurs limites pour comprendre l'usage problématique des écrans.¹² Ce dernier a progressivement été reconsidéré dans une perspective d'addiction comportementale, au même titre que la pratique compulsive et incontrôlée des jeux d'argent ou les troubles alimentaires. Les modèles d'addictions comportementales mettent en exergue des mécanismes similaires aux addictions aux substances, mais se distinguent par le fait qu'elles ne sont pas associées à une substance psychoactive agissant directement sur le cerveau et qu'elles sont ancrées dans un comportement qui n'est pas a priori pathologique. Les addictions comportementales se différencient également de celles aux substances par leurs faibles signes de sevrage.

Y a-t-il d'autres facteurs pertinents?

D'un point de vue scientifique, les données qui permettent de conclure à l'existence d'une addiction aux écrans sont très limitées et souvent susceptibles d'être biaisées par l'absence de prise en compte des facteurs confondants. Ces derniers peuvent être d'ordre social, comme le statut socio-économique, ou personnel, comme les comportements négatifs associés à la consommation d'écrans (par exemple, grignotage, sédentarité).¹³ De ce fait, certains effets négatifs attribués aux écrans seraient en partie dus à la diminution d'autres comportements bénéfiques au développement, comme pratiquer une activité physique, avoir une bonne hygiène de sommeil et maintenir des contacts sociaux. Cette hypothèse du «time displacement», selon laquelle le temps d'écran est pris sur d'autres activités plus bénéfiques à la santé, a été partiellement confirmée par certaines recherches (notamment concernant l'effet de la télévision sur l'obésité ou des médias sociaux sur la dépression). Même si elle permet de comprendre une partie des effets des écrans, elle ne rend toutefois pas totalement compte de la complexité des relations entre utilisation de ceux-ci et santé ou bien-être. Il est également essentiel de tenir compte des facteurs contextuels, qui sont au cœur des modèles d'addictions comportementales, et permettent de beaucoup mieux aborder l'utilisation problématique des écrans. En effet, à temps d'écran égal, les effets peuvent différer en fonction du contenu et/ou de l'activité réalisée ou encore des motivations de la consommation.¹⁴ Par exemple, une étude récente a montré que le fait de laisser la télévision allumée pendant les repas de famille a un impact négatif sur le développement cognitif dix fois plus fort que le temps d'écran. De plus, ce dernier n'aura par exemple pas le

Extrait de la Revue Médicale Suisse (suite)

même impact pour un-e professionnel-le d'e-sport, qui passe une grande partie de son temps à jouer aux jeux vidéo pour s'entraîner, que pour un-e adolescent-e mal dans sa peau qui recherche dans le jeu vidéo une validation sociale qu'il ou elle ne trouve pas ailleurs.

IMPORTANCE DU CHOIX D'UN MODÈLE DE COMPRÉHENSION PSYCHOPATHOLOGIQUE

La question des instruments de dépistage

Cette évolution progressive des modèles d'addiction aux substances vers les modèles d'addiction comportementale a aussi été observée au niveau des instruments de dépistage et d'évaluation. Les outils permettant de distinguer une utilisation saine d'une utilisation problématique sont devenus de plus en plus précis, combinant la fréquence d'utilisation à des dimensions plus comportementales (par exemple, l'impact sur la vie sociale, scolaire et professionnelle) et cognitives (par exemple, le caractère compulsif et incontrôlé). En outre, un nombre croissant d'outils d'évaluation prend en considération l'utilisation des écrans dans un contexte plus large (c'est-à-dire, tenant compte de l'individu et de son environnement). Une évaluation contextualisée permet de mieux délimiter les facteurs permettant de distinguer une utilisation saine d'une pratique dysfonctionnelle. L'accent n'est plus mis uniquement sur le temps d'écran, mais tient compte d'autres facteurs, notamment les contextes d'utilisation ainsi que les comportements et activités qui n'ont pas lieu en raison du temps passé sur un écran.

Bien qu'aujourd'hui de nombreux instruments plus ou moins spécifiques (par exemple: Internet Addiction Test (IAT), Bergen Social Media Addiction Scale (BSMAS), Internet Gaming Disorder (IGD), Problematic SmartPhone Use (PSPU)) offrent aux professionnel-les de la santé une première approche pour évaluer la probabilité qu'une personne présente un usage problématique des écrans, il est nécessaire de les combiner à une analyse psychosociale globale (HEADSS: Habitat, Éducation/École, Activités, Drogues, Suicide/Dépression, Sexualité) et d'intégrer la perception et le vécu du ou de la jeune (comment il ou elle vit avec ces outils, qu'est-ce qu'ils leur apportent, quelle(s) difficulté(s) il ou elle rencontre, etc.). Dans le cadre d'une étude menée dans le canton de Vaud, il a en effet été démontré qu'un quart des jeunes rapportant avoir un usage excessif de leur écran n'étaient pas identifié-es comme tel-les par l'IAT.¹⁵

Stratégies de prise en charge

Au-delà des instruments d'évaluation, les stratégies de prise en charge diffèrent aussi entre les addictions aux substances et celles comportementales. Dans l'addiction aux substances, l'accent est mis sur la quantité consommée (lié à un dysfonctionnement des systèmes de récompense) et la prise en charge a pour objectif une réduction, voire un arrêt complet, de la consommation de substances. Dans une addiction comportementale, la prise en charge vise au contraire à rétablir une utilisation fonctionnelle et saine, compatible avec l'environnement social et les facteurs personnels protecteurs. Le but est d'accompagner l'utilisateur-trice à prendre conscience des sources d'impact négatif de son comportement

ou de sa consommation et à mettre au point des stratégies pour favoriser une consommation qui ait des apports positifs. Il convient le plus souvent d'aborder la consommation dans le contexte familial, afin de limiter les conflits potentiels qui pourraient aggraver la situation (par exemple, l'instauration de règles qui pourraient accentuer les conflits et contribuer à une utilisation problématique). Dans ce sens, les parents pourront être encouragés à s'intéresser aux pratiques numériques de leurs enfants, voire à les partager (jouer à des jeux vidéo en famille) afin d'ouvrir la discussion, favoriser les échanges (dans le sens «apprendre de» pour pouvoir «enseigner à») et les aider à développer leur esprit critique. Il s'agirait ainsi de pouvoir réduire la méconnaissance ou l'incompréhension des parents des technologies et accroître leur confiance dans leur habileté à discuter de ce sujet avec leurs enfants. Finalement, dans certains cas, un échec scolaire ou un isolement social pourraient être à l'origine ou contribuer à une utilisation problématique des écrans, plutôt que d'en être la conséquence. Instaurer des limites de temps sans tenir compte du contexte aurait pour effet contre-productif d'accentuer le problème plutôt que de l'améliorer. Les technologies numériques doivent rester des outils et non des récompenses.

Afin de déterminer si une utilisation devient problématique, il conviendra d'évaluer si le comportement (par exemple, le jeu vidéo, l'usage des réseaux sociaux) s'inscrit dans un contexte de comorbidité psychiatrique (par exemple, un trouble de l'attention ou un trouble alimentaire), mais aussi comment il s'intègre (ou non) dans l'environnement social, familial, mais également dans le respect des règles et normes communautaires et sociétales. La prise en charge aura alors pour but de rétablir l'intentionnalité de l'utilisation, en passant par la mise en place d'objectifs précis et d'attentes claires. Selon les cas, cela impliquera de développer de nouvelles stratégies de régulation des émotions qui ne dépendent pas des écrans ou d'établir des listes de priorités (devoirs, sommeil, etc.) afin de fournir un cadre pour une utilisation «saine».

CONCLUSION

Depuis plus de cent ans, des discours alarmistes émergent concernant l'impact des nouveautés technologiques sur le bien-être des enfants et des adolescent-es de chaque génération. À cet égard, les médias se rendent souvent coupables de porter une attention démesurée à quelques cas dramatiques qui semblent valider les pires craintes exprimées. D'un point de vue scientifique, nous ne pouvons pas, en l'état de nos connaissances actuelles, soutenir des affirmations selon lesquelles l'usage des écrans serait généralement néfaste (ou bénéfique) pour le bien-être et la santé des adolescent-es. Les travaux récents indiquent clairement la nécessité de tenir compte des usages des écrans (c'est-à-dire, non pas seulement du temps) et des facteurs contextuels et individuels qui peuvent protéger ou rendre vulnérables les adolescent-es.¹⁶

D'un point de vue pratique, cela nous invite à reconsidérer le temps d'écran comme une variable déterminante pour la santé des adolescent-es. Diaboliser les écrans, culpabiliser les jeunes ou les parents n'est certainement pas constructif. Face à l'accélération de la numérisation de nos vies, il est primor-

Extrait de la Revue Médicale Suisse (suite)

dial d'adopter une approche éclairée, nuancée et scientifiquement étayée.

Conflit d'intérêts: Daphné Bavelier déclare être membre fondatrice d'AKili Interactive, Boston. Les autres auteur-es n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

ORCID ID:

Y. Barrense Dias: <https://orcid.org/0000-0001-7834-7707>

B. Bediou: <https://orcid.org/0000-0002-3477-7948>

D. Bavelier: <https://orcid.org/0000-0002-5904-1240>

G. Zimmermann: <https://orcid.org/0000-0002-4460-520X>

IMPLICATIONS PRATIQUES

- De nombreux outils peuvent aider à débiter un dépistage ou ouvrir la discussion sur le sujet (Internet Addiction Test (IAT), Problematic SmartPhone Use (PSPU), etc.).
- Aborder la question de l'utilisation des écrans sans les diaboliser.
- Ne pas se focaliser sur le temps d'écran, mais explorer le contexte d'utilisation et les risques et bénéfices du point de vue de l'adolescent-e.
- Encourager les figures parentales à maintenir une communication ouverte à ce sujet et à s'intéresser aux contenus numériques consommés par leurs adolescent-es.

1 Boyd D. It's complicated. The social lives of networked teen. New Haven: Yale University Press, 2014.

2 **Lachance J. La famille connectée. De la surveillance parentale à la déconnexion des enfants. Toulouse: Érès, 2019.

3 Smahel D, Machackova H, Mascheroni G, et al. EU Kids Online 2020. Survey results from 19 countries [En ligne]. 2020. Disponible sur : www.eukidsonline.ch/files/Eu-kids-online-2020-international-report.pdf

4 *Bickham D, Hunt E, Bediou B, Rich M. The Digital Wellness Lab's Pulse Survey. Adolescent Media Use: Attitudes, Effects, and Online Experiences. Boston, MA: Boston Children's Hospital Digital Wellness Lab, 2022.

5 Külling C, Waller G, Suter L, et al. JAMES. Jeunes, activités, médias – enquête Suisse. Zurich: Zürcher

Hochschule für Angewandte Wissenschaften, 2022.

6 McInroy LB, Craig SL. "It's like a safe haven fantasy world": Online fandom communities and the identity development activities of sexual and gender minority youth. *Psychol Popul Media*. 2020;9(2):236-46.

7 Granic I, Lobel A, Engels RCME. The benefits of playing video games. *Am Psychol*. 2014 Jan;69(1):66-78.

8 *Beyens I, Pouwels JL, van Driel II, Keijsers L, Valkenburg PM. The effect of social media on well-being differs from adolescent to adolescent. *Sci Rep*. 2020 Jul 1;10(1):10763.

9 Berchtold A, Akre C, Barrense-Dias Y, Zimmermann G, Suris JC. Daily internet time: towards an evidence-based recommendation? *Eur J Public Health*. 2018 Aug 1;28(4):647-51.

10 Straker L, Zablatier J, Danby S, Thorpe K, Edwards S. Conflicting Guidelines on Young Children's Screen Time and Use of Digital Technology Create Policy and Practice Dilemmas. *J Pediatr*. 2018 Nov;202:300-3.

11 Hodes LN, Thomas KGF. Smartphone Screen Time: Inaccuracy of self-reports and influence of psychological and contextual factors. *Comput Hum Behav*. 2021 Feb;115:106616.

12 Moretta T, Buodo G, Demetrovics Z, Potenza MN. Tracing 20 years of research on problematic use of the internet and social media: Theoretical models, assessment tools, and an agenda for future work. *Compr Psychiatry*. 2022 Jan;112:152286.

13 Stiglic N, Viner RM. Effects of screentime on the health and well-being of children and adolescents: a systematic

review of reviews. *BMJ Open*. 2019 Jan 3;9(1):e023191.

14 Odgers CL, Jensen MR. Annual Research Review: Adolescent mental health in the digital age: facts, fears, and future directions. *J Child Psychol Psychiatry*. 2020 Mar;61(3):336-48.

15 Barrense-Dias Y, Berchtold A, Suris Granel J. Adolescent-es, Internet et médias numériques : les côtés positifs. Lausanne: Unisanté – Centre universitaire de médecine générale et santé publique (Raisons de santé 317), 2020.

16 **Orben A. Teenagers, screens and social media: a narrative review of reviews and key studies. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2020 Apr;55(4):407-14.

* à lire

** à lire absolument



Articles publiés
sous la direction de

FRIEDRICH STIEFEL

Service de
psychiatrie de liaison
Département de
psychiatrie
Centre hospitalier
universitaire vaudois
Lausanne

PACO PRADA

Service de
psychiatrie de liaison
et d'intervention de
crise
Département de
psychiatrie
Hôpitaux
universitaires de
Genève

Le bruit autour de la mort augmente la solitude des mourants

Pr FRIEDRICH STIEFEL

Rev Med Suisse 2024; 20: 331 | DOI : 10.53738/REVMED.2024.20.861.331

Depuis les travaux historiques de Philippe Ariès¹ et les études inédites d'Elisabeth Kübler-Ross² dans les années septante, l'intérêt pour la thématique de la mort et plus particulièrement pour les mourants a largement augmenté. L'enthousiasme pour ce sujet s'inscrit dans l'air du temps. Les tabous sont en effet perçus comme dépassés ou représentant des obstacles à supprimer. Tout cela ne s'arrête bien sûr pas aux portes de l'hôpital.

Et pourquoi pas... Tabouiser la mort était encore «normal» quand j'étais assistant en médecine interne. Quand l'état d'un patient se dégradait et que son espérance de vie était estimée à deux-trois jours, nous – les médecins – avions pour habitude de ne plus entrer dans sa chambre. C'était une manière d'indiquer aux soignants qu'il n'y avait plus rien à faire du point de vue médical. Les soignants, eux, transportaient le mourant dans une salle de bain dans les heures qui précédaient le décès. On mourait seul à cette époque-là.³

Les temps ont changé. Le développement des soins palliatifs ainsi que l'attention scientifique et publique portée à la mort ont fait que les mourants ne se trouvent plus hors du champ de vision de la médecine. Dès lors, puisque le tabou de la mort paraît levé, tout va bien dans le meilleur des mondes? Est-ce la fin de l'effroi de la mort et de la solitude des mourants?

Cela n'est pas si simple. Parler de la mort n'équivaut pas à supprimer le tabou. Ce dernier peut se déplacer vers la mort qui ne répond pas aux attentes des vivants, soit une mort dont on ne veut pas parler et qu'on ne veut pas voir. Les interventions auprès des mourants visant à augmenter leur bien-être, façonnent la manière de mourir et montrent qu'il y a bien une façon adéquate de mourir: sans gêner les vivants! Ces interventions invitent les mourants à exercer l'altruisme et exprimer leur gratitude envers leurs proches,

à résoudre leurs conflits et pardonner, à parler de la mort (la leur, en l'occurrence), à préparer leur départ en réglant leurs affaires et à croître psychologiquement ou, pour le moins, à se montrer résilients.⁴

Une autre vision consiste à inverser les attentes. Ce n'est pas aux vivants d'avoir des attentes envers les morts, mais bien le contraire. Les vivants devraient se mettre à disposition des mourants, qu'ils soient régressés, égoïstes, conflictuels, ingrats, mal préparés ou qu'ils laissent derrière eux un vaste désordre. Laissons aux mourants le droit de mourir leur propre mort. Nous pourrions alors peut-être découvrir qu'ils ont besoin de calme. Dans son

article *Éloge de la tranquillité. Soins palliatifs et deuil du deuil de soi-même*, Jérôme Aric, psychanalyste et clinicien en soins palliatifs, relève :«[...] en tenant centralement compte du «besoin de répit», du «souhait du repos», nous devenons véritablement utiles au sujet mourant. Mais laisser l'autre tranquille – c'est-à-dire lui éviter toute forme de pression psychique supplémentaire – nous met, par ricochet, dans une posture d'avoir à porter nous-même l'intranquillité de la situation».⁵

Plutôt que de prescrire aux mourants de réussir leur propre mort, laissons-nous guider par eux en leur offrant une présence disponible et attentive; même si elle nous confronte à notre vulnérabilité et finitude. Cela suppose pour les cliniciens de ne pas se focaliser sur les patients uniquement, mais de poser aussi un regard sur soi. Adopter une attitude réflexive, avoir une certaine conscience des éléments biographiques ayant guidé notre choix professionnel, interroger nos représentations s'agissant de ce qu'est et doit faire la médecine et porter attention à nos mondes interne et externe sont autant d'ingrédients permettant d'être avec les mourants, non pas de manière sereine, mais dans le respect de la mort, toujours préoccupante, voire inquiétante.

**LES MOURANTS
NE SE TROUVENT
PLUS HORS DU
CHAMP DE
VISION DE LA
MÉDECINE**

Bibliographie

- 1 – Ariès P. Essais sur l'histoire de la mort en Occident du Moyen Âge à nos jours. Paris : Seuil, 1975.
- 2 – Kübler-Ross E. Les derniers instants de la vie. Genève : Labor et Fides, 1975.
- 3 – Elias N. La solitude des mourants. Paris : Bourgois, 1987.
- 4 – Stiefel F, Bourquin C, Michaud L. Positive Psychology Interventions in Palliative Care: Cui Bono? J Supp Pall Care (in press).
- 5 – Aric J. Éloge de la tranquillité. Soins palliatifs et deuil du deuil de soi-même. In: Rester vivant avec la maladie. Toulouse : Érès, 2015;181-203.

Extrait du Forum Médical Suisse



© Sudok1 / Dreamstime

L'objectif principal du traitement de l'AVC aigu est un diagnostic et un traitement de reperfusion rapides et donc à proximité du domicile.

Commentaire de la SSMIG et de l'AMCIS

Time is brain!



PD Dr méd. Thomas Brack
Klinik für Innere Medizin,
Kantonsspital Glarus, Glarus



Prof. Dr méd. Andreas Kistler
Klinik für Innere Medizin,
Kantonsspital Frauenfeld, Frauenfeld

Les patientes et patients victimes d'un accident vasculaire cérébral (AVC) se rencontrent couramment dans les services des urgences: l'AVC ischémique représente l'une des «atteintes d'organes cibles» artérielles les plus fréquentes et les plus graves. Le traitement de l'AVC ischémique s'est nettement amélioré au cours des deux dernières décennies. Il faut donc saluer les efforts visant à faire bénéficier le plus grand nombre de patientes et patients d'un traitement

optimal. À notre avis, la révision des lignes directrices 2012 pour les Stroke Units et les Stroke Centers [1], publiée dans ce numéro sous forme de recommandations, ne répond cependant pas à cet objectif de manière optimale.

Une reperfusion la plus rapide possible au moyen d'une thrombolyse intraveineuse (TIV) ou d'un traitement endovasculaire (TEV), pour lesquels les critères ont été constamment élargis et affinés au cours des dernières années, est

Extrait du Forum Médical Suisse (suite)

▶ décisive pour un bon devenir des patientes et patients. Ainsi, l'objectif principal du traitement de l'AVC aigu doit être un diagnostic et un traitement de reperfusion rapides et donc à proximité du domicile – «time is brain»! Comme le montre la carte de la Suisse dans la publication des recommandations [1], la répartition géographique des Stroke Units actuellement en service ne satisfait pas à cette exigence. Les grandes villes et les agglomérations disposent souvent de plusieurs Stroke Units et Stroke Centers, tandis que les régions rurales et géographiquement reculées accusent des déficits importants en matière de soins. En 2021 déjà, les lignes directrices relatives à la revascularisation aiguë en cas d'AVC ischémique [2] ou à la phase préhospitalière en cas d'AVC aigu [3] exigeaient respectivement que «la TIV [...] soit uniquement pratiquée dans des Stroke Units ou Stroke Centers certifiés d'après les critères suisses» [2] et que «la grande majorité (~90%) des patients atteints d'AVC aigus soient traités dans une Stroke Unit ou un Stroke Center» [3]. Dans les recommandations publiées dans ce numéro, les critères de certification des Stroke Units sont désormais si stricts qu'une extension du réseau en Suisse n'est plus guère possible et que la recertification de certaines Stroke Units existantes est même remise en question. Un point critique est par exemple l'exigence que le personnel de direction dispose d'une expérience d'au moins deux ans dans un Stroke Center ou une Stroke Unit certifié(e). Une nouvelle certification d'une Stroke Unit ne serait donc possible que si le personnel correspondant était «débauché» d'une autre institution déjà certifiée. Les recommandations contiennent en outre de nombreux critères formels (par exemple en ce qui concerne la signalisation, la structure de direction, l'entête, la responsabilité budgétaire, etc.) qui interfèrent inutilement avec les structures des hôpitaux et des cliniques sans qu'il en résulte un bénéfice pour les patientes et patients. Enfin, en période de pénurie croissante de personnel qualifié et de finances hospitalières, les mesures devraient être particulièrement bien examinées quant à leur «efficacité, adéquation et économie». Alors que les efficacités de la TIV ou du TEV ainsi que celle de la prévention des récurrences sont très bien étayées par des preuves, les données concernant les autres prestations fournies dans le cadre d'une Stroke Unit sont moins solides.

Avec le réseau actuel de Stroke Units et de Stroke Centers en Suisse, la mise en œuvre des lignes directrices actuellement en vigueur pour la phase préhospitalière [3] aboutirait à la coexistence d'un sous-appvisionnement et d'un surapprovisionnement en soins: pour de

nombreux patients et patientes, les trajets de transport et donc le temps jusqu'au traitement de reperfusion s'allongeraient. En parallèle, l'expertise pour le diagnostic et le traitement de l'AVC dans les hôpitaux sans Stroke Unit diminuerait nettement, ce qui serait problématique étant donné que de nombreux patients et patientes victimes d'un AVC se présentent eux-mêmes au service des urgences. D'autre part, de nombreux patients et patientes souffrant de stroke mimics, d'accidents ischémiques transitoires (AIT) ou de très petits AVC seraient inutilement transportés dans une Stroke Unit et potentiellement sur-soignés. Nous plaçons donc pour que, d'une part, le diagnostic primaire et la TIV restent possibles à l'avenir dans les hôpitaux plus isolés sans Stroke Unit – bien entendu en étroite collaboration avec un Stroke Center et moyennant un contrôle qualité régulier. D'autre part, la nouvelle certification de Stroke Units devrait être possible sans obstacles injustifiés – en particulier là où il existe des carences géographiques en matière de soins. Les collègues de médecine interne générale et d'autres disciplines médicales spécialisées jouent un rôle essentiel dans la prise en charge des victimes d'AVC: ils sont souvent en première ligne et assurent une présence 24h/24 et 7j/7 dans les services des urgences; en tant que spécialistes de la médecine interne, la cardiologie, l'endocrinologie et l'angiologie, ils sont des expertes et experts dans le traitement des maladies systémiques à l'origine des AVC. De nombreuses Stroke Units sont par ailleurs intégrées dans des cliniques médicales ou des départements médicaux, sans les structures desquelles elles ne pourraient pas fonctionner. Nous nous réjouissons donc de participer activement à un dialogue ouvert et constructif sur le traitement optimal des AVC en Suisse!

Correspondance

PD Dr. med. Thomas Brack
Klinik für Innere Medizin
Kantonsspital Glarus
Burgstrasse 99
CH-8750 Glarus
thomas.brack[at]ksgl.ch

Informations relatives aux auteurs

PD Dr méd. Thomas Brack est président de l'Association des Médecins-chefs et -cadres Internistes Hospitaliers Suisse (AMCIS).
Prof. Dr méd. Andreas Kistler est délégué de la Société Suisse de Médecine Interne Générale (SSMIG) au sein de la Commission Stroke de la Swiss Federation of Clinical Neuro-Societies depuis novembre 2022.

Conflict of Interest Statement

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

Références

1 Lyrer P, Engelter S, Gralla J, Humm AM, Fandino J, Fischer U, et al. Stroke Units et Stroke Centers en Suisse. Forum Med Suisse. 2024;24(6):64-72.

2 Michel P, Diepers M, Mordasini P, Schubert T, Bervini D, Rouvé JD, et al. Revascularisation aiguë en cas d'accident vasculaire cérébral ischémique. Forum Med Suisse. 2021;21(21-22):362-8.

3 Kägi G, Schurter D, Niederhäuser J, De Marchis GM, Engelter S, Arni P, et al. Phase préhospitalière en cas d'accident vasculaire cérébral aigu. Forum Med Suisse. 2021;21(19-20):322-8.

Source : Forum Médical Suisse
Auteure : PD Dr méd. Thomas Brack
Prof. Dr méd. Andreas Kistler

Violence à l'encontre du personnel médical

Droit Coups de poing, coups de pied, insultes ou encore menaces font partie du quotidien de nombreux établissements de santé en Suisse. Mais ce que beaucoup de professionnels de la santé ignorent, c'est que les violences ou les menaces exercées à leur encontre peuvent relever de l'infraction «violence ou menace contre les fonctionnaires». Katja Gfeller et Sascha Bättig font le point sur le cadre juridique.

Katja Gfeller; Sascha Bättig

L'augmentation des violences verbales et physiques à l'encontre des professionnels de la santé ne semble pas s'être atténuée après la pandémie [1, 2]. Le personnel des services d'urgence et de secours est le plus souvent touché, mais de plus en plus d'incidents sont signalés dans les unités de soins normaux et intensifs. Les auteurs de ces actes ne sont pas seulement les patients mais, selon des analyses internationales, la violence émane également des proches, des amis et des connaissances des patients [3].

Subir des violences verbales ou physiques est une expérience bouleversante pour les personnes concernées. Selon une enquête récemment publiée par six grands établissements de santé de Suisse alémanique, le fait d'avoir subi des violences augmente considérablement la probabilité de changer de poste, voire d'abandonner la profession [4]. Pour éviter cela, de nombreux hôpitaux misent sur des mesures préventives, comme un service de sécurité, des formations à la désescalade, à la gestion des conflits ou des cours d'autodéfense. A contrario, dans de nombreux établissements, les violences et les menaces à l'encontre du personnel hospitalier ne font pas l'objet de poursuites pénales systématiques. Cela s'explique probablement par un manque de connaissances ou tout simplement par un manque de temps dans le quotidien clinique.

Les professionnels de la santé sont des fonctionnaires

Dans certaines circonstances, les professionnels de la santé sont considérés comme des fonctionnaires au regard du droit pénal. Les violences ou les menaces exercées à leur encontre peuvent relever de l'infraction «violence ou menace contre les fonctionnaires» (art. 285 CP). Il s'agit là d'un délit qualifié qui doit être poursuivi d'office par le ministère public et qui peut entraîner une peine privative de liberté pouvant aller jusqu'à 3 ans ou une amende [5].

Le Tribunal fédéral a admis la qualité de fonctionnaire d'un infirmier du CHUV dans le contexte d'un placement à des fins d'assistance et a condamné le patient fautif pour violence et menace contre les fonctionnaires [6]. La Cour suprême de Zurich a également déjà confirmé plusieurs condamnations en vertu de l'art. 285 CP en cas de violence ou de menaces contre le personnel soignant [7] ou le corps médical [8]. Même si l'art. 285 CP n'a été appliqué jusqu'à

présent dans la jurisprudence qu'en relation avec des placements à des fins d'assistance, nous estimons que l'on peut également parler de violence contre les fonctionnaires lorsque des instructions contraignantes du personnel médical donnent lieu à des réactions violentes ou à des menaces. Tant que l'incident survient dans un hôpital répertorié remplissant une mission de service public, le fait qu'il s'agisse d'un hôpital public ou privé n'a aucune incidence sur la qualité de fonctionnaire. L'art. 285 CP s'applique également en cas de violence ou de menaces à l'encontre de collaboratrices et collaborateurs d'organisations d'urgence.

Indépendamment de la qualité de fonctionnaire, en cas de violence ou de menaces à l'encontre du personnel médical, une responsabilité pénale peut également être engagée pour voies de fait (art. 126 CP), lésions corporelles simples (art. 123 CP) ou menaces (art. 180 CP), ces infractions présupposant toutefois une plainte pénale (c'est-à-dire une dénonciation dans les trois mois) du personnel médical concerné.

Dans la version en ligne, vous découvrirez les mesures concrètes prises dans un établissement modèle.



Références

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



Dre iur. Katja Gfeller
Avocate et postdoctorante, spécialisée en droit de la santé et en droit médical



Dr méd. Sascha Bättig
Anesthésiologie, médecine d'urgence

Applications, techniques et bonnes pratiques d'utilisation de ChatGPT

Dr DORIAN GARIN^{a,b} et Pr CHRISTIAN LOVIS^{b,c}

Rev Med Suisse 2024; 20: 557-61 | DOI: 10.53738/REVMED.2024.20.865.557

Le futur d'une machine rédigeant nos rapports à notre place pourrait également l'amener à effectuer nos consultations, un scénario dont la pertinence reste à débattre. Le présent nous offre néanmoins de nouveaux instruments d'intelligence artificielle qui peuvent nous soutenir dans nos activités quotidiennes. La publication en 2017 des *Transformers* a initié une révolution disruptive en permettant l'émergence de grands modèles de langages, dont ChatGPT est le plus connu. Face à leur adoption grandissante, il est apparu utile aux auteurs d'apporter quelques conseils pragmatiques pour améliorer l'utilisation de ces outils. Dans cet article, nous abordons d'abord le fonctionnement de ChatGPT, ses applications potentielles en médecine avant de fournir un guide pratique d'utilisation pour en tirer les meilleurs résultats.

Applications, techniques, and best practices for using ChatGPT

The future of a machine writing our reports for us could also lead to it carrying out our consultations, a scenario whose relevance is open to debate. Nevertheless, the present offers us new artificial intelligence tools that can support us in our daily activities. The publication in 2017 of Transformers initiated a disruptive revolution by enabling the emergence of major language models, of which ChatGPT is the best known. In view of their growing adoption, the authors felt it would be useful to offer some pragmatic advice on how to improve the use of these tools. In this article, we first look at how ChatGPT works and its potential applications in medicine, before providing a practical guide to using it to get the best results.

INTRODUCTION

À l'avenir, la manière de mener une conversation avec une intelligence artificielle (IA) pourrait-elle devenir aussi importante que de conduire une bonne anamnèse avec un patient? Rien n'est moins sûr. De nos jours, alors que la médecine est d'ores et déjà entrée dans l'ère de l'intelligence artificielle, les médecins sont en voie de suivre. L'IA a vu le jour dans les années 1950 et a traversé des périodes d'optimisme et de scepticisme.¹ Les données sous forme de texte, longtemps considérées comme une donnée «non structurée» difficile à traiter, sont devenues aujourd'hui plus accessibles à l'IA grâce à l'apparition des modèles de langage à grande échelle (*large language models*, LLM).

Ces LLM, basés sur l'architecture *Transformer* dévoilée il y a moins de 10 ans,² ont apporté des améliorations notables dans le domaine du traitement du langage naturel. Des modèles comme ChatGPT démontrent des compétences variées dans plusieurs tâches allant de l'interaction conversationnelle à la rédaction et au résumé de textes. Malgré le faible recul et le peu d'évidences scientifiques, ces outils commencent à être utilisés à grande échelle dans tous les domaines, avec un nombre de publications grandissants sur leurs applications.

Cependant, il est crucial de noter que ces technologies sont encore en phase émergente et présentent des défis en termes de reproductibilité, d'explicabilité et, dans certains cas, de transparence. Pour une technologie inventée en 2017, il n'existe pas d'expert capable de discuter ou d'anticiper les événements indésirables inattendus liés à cette technologie. Il est donc essentiel de considérer ces outils avec une certaine prudence. Leur utilisation dans des domaines sensibles tels que la médecine nécessite une évaluation rigoureuse et une mise en œuvre soignée.

Dans cet article, nous nous concentrons sur ChatGPT, notamment GPT-3.5 et GPT-4, OpenAI, qui sont les versions les plus facilement disponibles au moment de la rédaction. Toutefois, ces modèles évoluent très rapidement, de même que tout l'écosystème des LLM, et il convient de rester prudent quant à la généralisation de notre propos.

FONCTIONNEMENT DES LLM

Les LLM sont des modèles mathématiques qui prédisent des mots en fonction de leur probabilité d'apparition à la suite d'une série de mots.² En d'autres termes, ChatGPT interagit avec des phrases que l'utilisateur lui fournit, nommées «prompt», et en génère une réponse textuelle. Cette réponse est créée mot à mot de manière probabiliste en faisant l'intersection du texte connu de ChatGPT et du prompt.

ChatGPT a été entraîné avec une immense quantité de textes dits «legibles», soit ayant été validés d'une manière ou d'une autre.³ De plus, de nombreuses règles filtrent questions et réponses pour empêcher, par exemple, d'interagir sur des sujets sensibles. C'est donc un mélange de plusieurs techniques différentes d'IA, qui ne sont pas décrites avec précisions par OpenAI qui protège jalousement les secrets de son succès.⁴

ChatGPT analyse les textes en se focalisant sur de petits segments de 3 à 4 caractères issus de la langue anglaise. Ces segments, appelés «tokens», permettent au modèle de reconnaître les mots, y compris lorsqu'ils comportent des fautes

^aService de médecine interne, HFR Fribourg, Hôpital cantonal, 1752 Villars-Sur-Glâne, ^bFaculté de médecine, Université de Genève, 1211 Genève 4, ^cService des sciences de l'information médicale, Département diagnostic, Hôpitaux universitaires de Genève, 1211 Genève 14
dorian.garin@icloud.com | christian.lovis@hcuge.ch +

Extrait de la Revue Médicale Suisse (suite)

d'orthographe. En l'état actuel, ChatGPT est limité à un nombre maximal de tokens avec lesquels il peut opérer. Ce nombre comprend à la fois le texte fourni par l'utilisateur et celui généré par le système. Cette limitation peut être comparée à la capacité de la mémoire vive d'un ordinateur. Lorsque la limite de tokens est atteinte, ChatGPT commence à «oublier» des parties du texte précédemment traité, ce qui peut réduire son efficacité. Il est important de noter que la capacité maximale de tokens varie selon les différentes versions de ChatGPT.⁵

Les LLM sont donc des machines qui ne comprennent pas le texte qu'on leur donne: ils ne font que donner le mot suivant le plus probable selon leur modèle. Dans le texte qu'ils reçoivent, ils ne peuvent pas différencier des données scientifiques brutes d'un alexandrin. Par exemple, si un modèle sait qu'un carré possède des angles droits, cette connaissance résulte de l'association des mots «carrés» et «angle droit» dans les données d'entraînement, et non d'une expérience visuelle du concept. De ce fonctionnement découle que face à des questions sensibles, rien n'empêche un LLM de prodiguer des conseils inadaptés, si c'est ce qui est «le plus probable» selon son modèle. Un article du *Journal of the American Medical Association (JAMA)*⁶ a récemment étudié la réponse de ChatGPT à des questions de patients sur des problématiques médicales comme la dépendance, les violences domestiques, etc. Seulement 22% des réponses redirigeaient l'interlocuteur vers des ressources appropriées.

INTÉRÊTS ET APPLICATIONS MÉDICALES

ChatGPT offre de nombreuses utilisations en médecine, et chacun peut trouver une application adaptée à ses besoins. À titre d'exemple, nous évoquons l'aide à la rédaction, l'organisation et le résumé d'informations massives.⁷ Il a été testé pour générer des diagnostics différentiels^{8,9} et bien que son rôle comme assistant administratif soit encore à définir,^{7,10,11} l'examen de ces technologies par la communauté médicale semble nécessaire.

COMMENT AMÉLIORER SON UTILISATION DE ChatGPT?

Le prompt engineering

La manière de poser la question – de formuler le prompt – est déterminante pour la qualité de la réponse, étant donné qu'elle influence toute la génération probabiliste qui s'ensuit.^{3,12,13} Le *prompt engineering* est l'art de formuler des prompts. Ce n'est pas seulement la manière de formuler une question, c'est aussi celle de construire une conversation et de guider le modèle. Cette technique se développe en parallèle des avancées en IA.^{3,13} En abordant ces techniques, nous visons avant tout à souligner l'importance de la manière d'interagir, et nous proposons des directions et des recettes applicables aujourd'hui avec ChatGPT dans le quotidien d'un médecin.

Pour commencer: essayez

Avant d'entrer dans les détails de recettes de cuisines, forcément de valeur limitée dans un monde aussi évolutif que celui des LLM, le premier conseil est: ESSAYEZ. À titre d'exemple

voici un prompt simple pour débiter:

Prompt: «Donnez-moi 5 diagnostics différentiels les plus probables de dyspnée d'apparition brutale dans une population adulte ambulatoire.»

ChatGPT (tronqué): «Insuffisance cardiaque aiguë, crise d'asthme sévère, exacerbation de BPCO, pneumonie, embolie pulmonaire [...]».

C'est une conversation

Oubliez la manière de faire habituelle avec les moteurs de recherche Web, ou PubMed, etc. Entrez dans un mode de conversation. Commencer par une question simple, puis enrichir progressivement avec des informations et du contexte pour affiner ses recherches. Dialoguer avec le modèle et décomposer une instruction complexe en étapes plus petites peut produire de meilleurs résultats que de poser une question globale.^{3,14} Devant une impasse, répondre aux interrogations de ChatGPT peut aider à faire avancer le dialogue.¹⁴ Si les réponses ne sont pas satisfaisantes, ajuster la manière d'interagir – et donc les prompts – peut optimiser les résultats.¹³

Exemple: rédaction de texte: décomposition en sous-tâches

Prompt: «Vous allez écrire une brochure sur des conseils de mode de vie à adopter pour baisser son risque de survenue de fibrillation auriculaire (FA). Le public cible est des patients adultes.»

ChatGPT: [réponse]

Prompt: «Commencez par écrire une introduction expliquant ce qu'est la FA, en un paragraphe court.»

ChatGPT: [réponse A]

Prompt: «S'il vous plaît réécrivez cette réponse en mettant plus l'accent sur les symptômes que le patient peut ressentir.»

ChatGPT: [réponse A corrigée]

Prompt: «Continuez en écrivant un paragraphe court de 100 mots sur les facteurs de risque de survenue de FA.»

ChatGPT: [réponse B]

Et ainsi de suite, en faisant réécrire des parties non appréciées en expliquant ce qu'il faut changer et/ou garder.

Il faut être précis

Il vaut mieux demander avec précision l'action désirée, en utilisant des verbes d'actions comme chercher, résumer, corriger, etc. Il faut cependant éviter de donner trop de détails pouvant restreindre inutilement les réponses.^{3,14}

Exemple: recherche d'informations: vocabulaire précis

Ne pas écrire: «Comment traiter une infection urinaire?»

Écrire: «Résumez les dernières recommandations sur l'antibiothérapie de l'infection urinaire simple de la femme.»

De plus, si un prompt contient du texte à analyser ou résumer, par exemple un article scientifique, il vaut mieux le donner entre trois guillemets «'''texte'''», ou séparer l'instruction du texte par trois dièses ###.^{3,14}

Extrait de la Revue Médicale Suisse (suite)

La structure d'un prompt efficace

Pour obtenir les meilleures réponses, un prompt doit combiner un contexte global tout en fournissant des instructions détaillées. Le **tableau 1** suggère une approche structurée pour formuler des questions complexes, avec un exemple illustratif dans la **figure 1**. Il est crucial de spécifier le format de la réponse souhaité. Adopter une telle méthodologie renforce la pertinence et la précision des réponses.^{3,13,14}

Préentraînement par des exemples

Le «few shot prompting» ou «priming» consiste à donner des exemples de la réponse attendue avant de poser la question au chatbot. Cela guide le modèle dans le style, la structure et le niveau de détail souhaités. En conséquence, les réponses s'alignent plus étroitement sur les attentes de l'utilisateur. À noter que cette technique est limitée par le nombre de tokens maximal disponibles dans une version.^{13,14}

Exemple de correction: l'approche du préentraînement

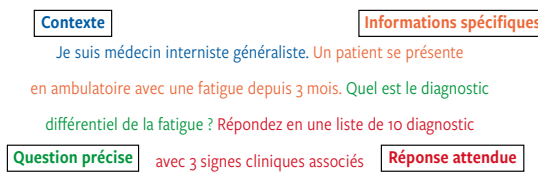
Prompt: «En tant que médecin, je prépare un article pour la *Revue Médicale Suisse*. Voici un exemple d'article déjà publié dans cette revue. Une fois que vous l'aurez lu, signalez-le par un simple «Lu.» ### [article exemple]»
ChatGPT: «Lu.»

Cette étape peut être répétée avec plusieurs exemples. Pour les tâches plus difficiles, le nombre de démonstrations peut être augmenté (par exemple, 3-shot, 5-shot, 10-shot, etc.).¹⁴

Prompt: «Actuellement, je rédige un article sur les meilleures pratiques pour utiliser ChatGPT en médecine. En vous inspirant des exemples d'articles fournis précédemment, s'il vous plaît corrigez et reformulez mon texte ### [article]».

TABLEAU 1		Exemple de structure de prompt conversationnel ^{3,14}
1. Contexte	Informations générales donnant un arrière-plan	«Je suis médecin interniste généraliste. Vous allez m'aider dans mes recherches.»
2. Instruction/informations spécifiques	Une tâche spécifique guidant le modèle vers le résultat voulu	«Recherchez les dernières recommandations sur le traitement des cicatrices hypertrophiques.»
3. Question	Directe et précise	«Comment traiter par voie topique les chéloïdes?»
4. Format attendu	Un nombre de mots, de phrases, de paragraphes, une liste, etc.	«Résumez vos réponses sous la forme d'un paragraphe de 100 mots, en citant vos références quand c'est possible.»

FIG 1 Exemple de prompt structuré



Rédaction avec le préentraînement

Prompt: «En tant que médecin interniste généraliste, je dois écrire une lettre à une compagnie d'assurance pour une [demande spécifique]. Voici un exemple de lettre écrite pour un autre patient. Une fois que vous l'aurez lu, répondez simplement par «Lu.» ### [lettre exemple]»
ChatGPT: «Lu.»

Prompt: «En vous basant sur les exemples précédents, rédigez une lettre pour une [demande spécifique]».

Adapter le prompt à la situation

À chaque situation, plusieurs prompts sont possibles. Une liste non exhaustive d'exemples applicables au quotidien du médecin est donnée dans le **tableau 2**. Certaines techniques génèrent de meilleurs textes, d'autres performeront à l'aide à la prise de décision complexe.^{3,15} Encore une fois, l'expérimentation personnelle est la clé.

LIMITATIONS

Hallucinations?

La nature des LLM n'étant pas cognitive, mais générative, ils sont donc très efficaces à générer du contenu nouveau, mais

TABLEAU 2 Suggestions de modèles de prompts

Jeu de rôle ³
But: Donner un rôle au chatbot et à l'interlocuteur Prompt: «Vous êtes médecin et vous répondez aux questions d'un patient sur sa pathologie. Je suis le patient. [Question]»
Affinage du prompt ^{3,14}
But: après une réponse insuffisante, ajuster le prompt pour affiner le résultat voulu Prompt: «Répondez à la même question mais en prenant en compte [changement]»
Prompts liés ¹⁴
But: Utiliser une réponse du chatbot comme nouveau prompt, par exemple pour générer un plan et le faire développer partie par partie pour un grand volume de texte Prompt: 1) «Merci d'écrire un plan d'une présentation [de format X] sur [thème de présentation] pour [public cible]» 2) «Développez cette partie en [nombre de mots]: [partie du plan obtenu]»
Chaîne de pensée ¹⁴
But: Décomposer le problème pour obtenir plus de précisions et des réponses plus justes Prompt: «[Question]. Commencez par décomposer le problème en étapes. Répondez ensuite à chaque étape.»
Arbre de pensée ^{14,15}
But: Décomposer un problème pour donner plusieurs réponses simultanées (des branches). Par exemple, pour générer une discussion pluridisciplinaire arrivant à un consensus Prompt (traduit de ¹⁵): «Imaginez que trois experts différents répondent à cette question Tous les experts notent une étape de leur réflexion, puis la partager avec le groupe Tous les experts passent ensuite à l'étape suivante, etc. Si un expert se rend compte qu'il se trompe à un moment donné, il quitte le groupe La question est [question]»

Extrait de la Revue Médicale Suisse (suite)

sans préjuger de la valeur de ce contenu. En particulier, un LLM ne génère pas du texte «juste» ou «faux», il génère du texte. Et les résultats peuvent être assez étonnants.

L'hallucination se produit lorsque le modèle produit des informations qui semblent plausibles à première vue, mais qui sont en réalité incorrectes. Même si une réponse semble logique ou convaincante, elle peut être complètement fausse.¹⁶

Il faut donc être conscient de cette situation lors de l'utilisation de ChatGPT. L'acceptation aveugle des réponses du modèle sans vérification critique peut conduire à des erreurs d'interprétation. Une vigilance est donc nécessaire quant aux références et informations fournies par les LLM.¹⁶ Ce point met en évidence le besoin impératif d'une supervision humaine. À l'heure actuelle, on imagine difficilement une utilisation clinique de routine avec ce risque.

Reproductibilité?

De plus, ChatGPT peut produire des résultats variables, même avec un prompt identique, ce qui soulève des questions sur sa fiabilité. Il faut aussi noter que les bases de données d'entraînement des LLM sont antérieures à une date, et les modèles ne peuvent pas, pour le moment, apprendre ni manière autonome des données devenues disponibles après. Cela signifie qu'ils ne sont pas à jour avec les publications et recommandations les plus récentes.¹⁶

Des données privées à l'abri?

La protection des données des patients est d'une importance capitale, surtout lorsque l'on utilise un outil hébergé sur des serveurs internationaux où les législations sur la vie privée peuvent varier. En effet, toutes les informations entrées peuvent être stockées, ce qui peut compromettre la confidentialité des documents médicaux. Le même problème existe déjà dans d'autres logiciels utilisant l'IA comme Dragon Medical One (Nuance). En outre, l'IA est largement contrôlée par le secteur privé, avec des algorithmes clos et exclusifs. Cette absence de transparence pose des problèmes d'auditabilité et de responsabilité, particulièrement préoccupants dans le domaine médical où les marges d'erreurs sont minces et les implications, potentiellement sévères.¹⁶

Devant ces enjeux, établir une collaboration solide entre les détenteurs de LLM et les professionnels de santé est nécessaire afin d'élaborer des protocoles rigoureux pour le traitement des données sensibles et garantir le respect des réglementations sur la protection de la vie privée. De plus, il est essentiel de revendiquer une transparence accrue dans les algorithmes d'IA pour que les chercheurs et utilisateurs puissent tracer et comprendre les fondements des décisions algorithmiques.

Il faut donc adopter une approche prudente, en particulier dans le domaine médical. Les preuves concrètes de leur efficacité clinique demeurent à établir, et leur potentielle intégration dans la pratique clinique devrait être soutenue par des études solides et des essais cliniques randomisés.

CONCLUSION

L'évolution rapide de l'intelligence artificielle risque d'influencer la médecine contemporaine, avec un éventail grandissant d'applications pratiques. Le succès de ces modèles repose largement sur la finesse et l'exactitude des prompts. Par conséquent, maîtriser le *prompt engineering* devient indispensable pour optimiser l'utilisation de ces innovations. Toutefois, il est fondamental de reconnaître les contraintes et limites de ces systèmes, en particulier en ce qui concerne le non-contrôle du contenu des réponses, les erreurs potentielles, les dangers de l'utilisation médicale non supervisée avec le phénomène d'hallucination et la gestion des données sensibles. Malgré son potentiel, l'IA demeure un outil complémentaire et ne saurait remplacer l'expertise humaine dans le soin apporté aux patients. La symbiose entre les spécialistes de l'IA et les professionnels de la santé semble primordiale pour superviser ces technologies extrêmement jeunes. En tant que communauté médicale, il nous incombe de garantir une utilisation prudente et réfléchie de ces avancées, tout en s'assurant de rester à la pointe pour ne pas être pris de court par les évolutions futures.

Conflit d'intérêts: Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

Remerciements: Les auteurs remercient GPT-4 pour la rédaction de l'article. Nous avons d'abord établi un plan et écrit un brouillon. Nous lui avons ensuite fournis notre brouillon pour créer une ébauche de l'article, qui a ensuite été considérablement retravaillé et corrigé manuellement. En dernier lieu, GPT-4 a été utilisé pour les corrections de forme. Aucune section n'a été entièrement écrite par GPT-4, et aucune technique de préentraînement n'a été utilisée.

ORCID ID:

D. Garin: <https://orcid.org/0000-0002-3872-3496>

C. Lovis: <https://orcid.org/0000-0002-2681-8076>

IMPLICATIONS PRATIQUES

- Les limitations des modèles de langage à grande échelle (Large Language Model, LLM) sont nombreuses et leur évolution impossible à prévoir.
- Un LLM peut générer des réponses semblant plausibles, mais complètement fausses.
- La qualité des résultats obtenus par les LLM dépend largement de la manière dont on les utilise.
- Les LLM sont des outils à apprendre à utiliser, mais ils ne remplaceront pas le soignant.

1 Buchanan BG. A (Very) Brief History of Artificial Intelligence. *AI Magazine*. 2005 Dec 15;26(4):53.

2 Vaswani A, Shazeer N, Parmar N, et al. Attention is All you Need. *Advances in Neural Information Processing Systems* 30 (NIPS 2017). 2017.

3 **Giray L. Prompt Engineering with

ChatGPT: A Guide for Academic Writers. *Ann Biomed Eng*. 2023 Dec;51(12):2629-33.

4 Gordijn B, Have HT. ChatGPT: evolution or revolution? *Med Health Care and Philos*. 2023 Mar;26(1):1-2.

5 Koubaa A, Boullila W, Ghouti L, et al. Exploring ChatGPT Capabilities and Limi-

tations: A Survey. *IEEE Access*.

2023 Jan;11:118698-721.

6 Ayers JW, Zhu Z, Poliak A, et al. Evaluating Artificial Intelligence Responses to Public Health Questions. *JAMA Network Open*.

2023 Jun 1;6(6):e2317517.

7 *Liu J, Wang C, Liu S. Utility of

ChatGPT in Clinical Practice. *J Med*

Internet Res. 2023 Jun 28;25(1):e48568.

8 Berg HT, van Bakel B, van de Wouw L, et al. ChatGPT and Generating a Differential Diagnosis Early in an Emergency Department Presentation. *Ann Emerg Med*. 2023 Sep 9;S0196-0644(23)00642-X.

9 Kanjee Z, Crowe B, Rodman A.

Extrait de la Revue Médicale Suisse (suite)

Accuracy of a Generative Artificial Intelligence Model in a Complex Diagnostic Challenge. JAMA. 2023 Jul 3;330(1):78-80.

10 Patel SB, Lam K. ChatGPT: the future of discharge summaries? Lancet Digit Health. 2023 Mar;5(3):e107-8.

11 *Health TLD. ChatGPT: friend or foe? Lancet Digit Health. 2023 Mar;5(3):e102.

12 Lyu Q, Tan J, Zapadka ME, et al. Translating radiology reports into plain language using ChatGPT and GPT-4 with prompt learning: results, limitations, and potential. Vis Comput Ind Biomed Art. 2023 Dec;6:9.

13 *Garin D. Unleashing the potential of AI: a deeper dive into proGPT prompts for medical research. BMJ Health Care

Inform. 2023;30(1):e100857.

14 **Prompt Engineering Guide [En ligne]. 2023. Disponible sur: www.promptingguide.ai/fr

15 HulbertD. Using Tree-of-Thought Prompting to boost ChatGPT's reasoning [En ligne]. Mai 2022. Disponible sur: medium.com/@dave1010/using-tree-of-thought-prompting-to-boost-chatgpts-

reasoning-318914eb0e76

16 **Dürst L, Erhler F. ChatGPT dans le quotidien clinique. MENTOR 2023: Société suisse d'informatique médicale [En ligne]. 2023. Disponible sur: sgmi-ssim.org/?page_id=1641

* à lire

** à lire absolument

Dossier patient informatisé: défis et possibilités

Dr LORENZO CAMPISI^a, Pr THOMAS HÜGLE^a et Dr MARCO FEDELI^a

Rev Med Suisse 2024; 20: 550-3 | DOI : 10.53738/REVMED.2024.20.865.550

Les systèmes d'information ont été des moteurs d'avancées technologiques en santé, surtout au cours des deux dernières décennies. La santé numérique révolutionne les soins en mettant l'accent sur l'efficacité et l'accessibilité, intégrant la technologie à chaque étape du parcours du patient. Le dossier patient informatisé (DPI), logiciel utilisé en milieu hospitalier ou dans un cabinet, émerge comme pivot de cette transformation en consolidant les données médicales pour faciliter la coordination des soins. Cette intégration promet d'améliorer la qualité des soins et la relation patient-professionnel de santé tout en posant des défis pratiques tels que la documentation accrue. Dans cet article, nous explorons divers aspects du DPI, abordant ses défis et les adaptations possibles dans notre pratique.

Electronic health record: challenges and possibilities

Information systems have been driving technological advances in healthcare, especially over the past two decades. Digital health is transforming care by emphasizing efficiency, accessibility, and integrating technology at every stage of the patient journey. The Electronic Health Record (EHR), a software used in hospitals or clinics, emerges as a cornerstone in this transformation by consolidating medical data to facilitate care coordination. This integration promises to enhance the quality of care and the patient-healthcare professional relationship, while presenting practical challenges such as increased documentation. In this article, we explore various aspects of the EHR, addressing its challenges and potential adaptations in our practice.

INTRODUCTION

La numérisation a depuis longtemps réformé la médecine, par exemple sous la forme de radiographies numériques pouvant être envoyées électroniquement pour un deuxième avis. L'interopérabilité représente un défi particulier pour garantir l'accès aux données médicales aux bonnes parties prenantes au bon moment, tout en préservant la confidentialité des données. Le dossier patient informatisé (DPI) est un bon exemple de cette difficulté. Au sein d'une institution, généralement un hôpital ou une clinique, tout le monde a accès aux rapports, aux ordonnances, aux résultats de laboratoire ou aux images radiologiques. Ceux-ci peuvent également, du

moins dans une certaine mesure, être directement résumés et envoyés sous forme de rapport médical pour la documentation.

Selon l'OMS, dans son rapport « Global diffusion of eHealth: Making universal health coverage achievable »,¹ le DPI est un outil améliorant la qualité, la précision et la rapidité de renseignement de l'information chez les patients; il fournit les informations sur les coûts et les résultats des soins de santé, favorisant la qualité des soins, la mobilité des patients et la fiabilité des informations. Il permet également la communication entre les différents prestataires de soins.

Il est important de faire la distinction entre le dossier électronique du patient (DEP), collectant et mettant à disposition les données des patients au niveau national, et le DPI, une interface utilisateur permettant de travailler le plus efficacement possible avec les données des patients. Jusqu'à présent, les données elles-mêmes sont généralement encore stockées sur des serveurs dans les hôpitaux ou les cabinets médicaux, et organisées par exemple sous forme de PACS (Picture Archiving and Communication System). Les DPI réunissent ainsi la numérisation horizontale et verticale et constituent donc un outil particulièrement puissant dans le domaine des soins médicaux.

Dans cet article, le périmètre du DPI est celui d'une institution de santé, telle qu'un hôpital; dans ce contexte, nous pouvons le définir comme le dossier digital du patient, contenant les données médicales, saisies par tout professionnel de santé exerçant dans l'institution en question.

Le DPI est un élément relativement nouveau dans le domaine de la recherche clinique et s'intègre dans le cadre de la santé digitale, incluant la télémédecine, les applications mobiles ou encore les marqueurs digitaux de la santé ou l'intelligence artificielle (IA). Cet article présente le DPI au sein de cet environnement, ses possibilités et défis présents et futurs.

DOSSIER PATIENT INFORMATISÉ: AVÈNEMENT ET RISQUES

De nombreuses études se sont intéressées à la plus-value du DPI. En 2013, une méta-analyse² a étudié la qualité des soins en fonction de l'utilisation d'un DPI; ses résultats, quoique très hétérogènes, ont permis de conclure que le DPI améliore la qualité des soins, l'efficacité opérationnelle, l'adhérence aux bonnes pratiques et que son utilisation permet de réduire le nombre d'erreurs médicales et d'effets secondaires liés à l'administration de médicaments. En 2018,³ une revue de la littérature a évalué l'impact qualitatif des effets de l'usage du

^aService de rhumatologie, Département de l'appareil locomoteur, Centre hospitalier universitaire vaudois, 1011 Lausanne
lorenzo.campisi@chuv.ch | thomas.hugle@chuv.ch | marco.fedeli@chuv.ch

Extrait de la Revue Médicale Suisse (suite)

DPI; les auteurs ont identifié des facilitateurs majeurs tels que la productivité et l'efficacité, l'amélioration de la qualité des données et un meilleur usage des données récoltées. Ils ont également identifié des barrières à l'usage du DPI telles que l'absence de données renseignées dans le DPI, de standards d'interopérabilité, ainsi qu'une baisse de la productivité clinique, liée au temps dédié à la documentation (figure 1).

La décroissance de productivité, couplée à la nécessité d'une activité administrative croissante, ont induit à identifier le DPI comme un facteur de stress psychologique important au sein du corps médical. En 2021, aux États-Unis, 60% des médecins de premier recours présentaient un symptôme de burnout et 70% rapportaient du stress en lien avec l'utilisation d'un DPI.⁴

FIG 1		Éléments facilitateur et barrières à l'usage d'un dossier patient informatisé	
Facilitateurs		Barrières	
Augmentation de la productivité	Qualité des données	Données manquantes	Absence de standards d'interopérabilité
Data management		Baisse de la performance	

DOSSIER PATIENT INFORMATISÉ ET ACCÈS PATIENT

L'accès au dossier par un portail digital permet au patient de consulter ses données présentes dans le DPI de son institution de santé, de gérer ses rendez-vous médicaux ou même de garantir une ligne de communication sécurisée avec les

Extrait de la Revue Médicale Suisse (suite)

soignants. Parmi les études, les résultats sont surtout qualitatifs et révèlent l'importance d'une interface facile d'utilisation et d'accès, d'une communication ciblée pour maximiser le bénéfice de l'utilisation du portail (promouvoir l'utilisation pour les patients le nécessitant le plus).⁵ Parmi les différentes spécialités médicales, un effet léger est observé sur la réduction de l'hémoglobine glyquée chez les patients bénéficiant d'un accès à un portail patient.⁶ En 2021, une revue *Cochrane*,⁷ réalisée sur 10 études dont 2 seulement à faible risque de biais, a montré un niveau d'évidence faible ou très faible de bénéfice sur la santé par le biais de l'accès à un portail patient.

DOSSIER PATIENT INFORMATISÉ ET RÉSULTATS RAPPORTÉS PAR LES PATIENTS

La santé digitale permet de révolutionner la santé en offrant une médecine hautement personnalisée. En rhumatologie, les résultats rapportés par le patient (Patient-Reported Outcomes (PROM)) jouent un rôle crucial dans l'évaluation de l'impact des affections rhumatismales sur la vie quotidienne, le fonctionnement ou le bien-être des patients. Les PROM en rhumatologie incluent souvent des mesures de la douleur, de la raideur articulaire, de la fonction physique, de la fatigue et de la qualité de vie liée à la santé globale. En intégrant ces perspectives, les professionnels de la santé peuvent adapter les traitements, surveiller l'évolution de la maladie et améliorer la gestion globale des maladies rhumatismales, garantissant ainsi une approche plus holistique et transverse, centrée sur le patient. Il est impératif de s'impliquer activement, ce qui suppose de mettre en œuvre des démarches de normalisation et de coopérer étroitement avec les technologies de l'information.⁸

À titre d'exemple, des études conceptuelles ont permis d'objectiver des résultats intéressants, telle que celle de Gold et coll.,⁹ intégrant dans le DPI les résultats des questionnaires de suivi (orthopédie et rhumatologie) soumis aux patients dès leur arrivée en salle d'attente, et leur permettant d'interagir avec les soignants dès leur entrée dans le service: un taux de participation supérieur à 70% a été observé. Concernant la polyarthrite rhumatoïde, l'étude REMORA¹⁰ a procédé à l'analyse quotidienne des symptômes, avec un niveau élevé d'exhaustivité sur 3 mois grâce à une application connectée au DPI. Plus précisément, cela a démontré que les patients bénéficiaient de consultations axées sur leurs propres données, les rendant hautement personnalisées. De plus, le résumé des symptômes quotidiens a révélé des schémas de maladie qui auraient été manqués, y compris des poussées et des tendances à long terme autrement non objectivées. En somme, la collecte de certaines données directement auprès du patient personnalise davantage son parcours de soins, nous donnant une vision longitudinale sur sa santé.

DOSSIER PATIENT INFORMATISÉ ET INTELLIGENCE ARTIFICIELLE

L'IA révolutionne la pratique médicale en offrant des outils avancés pour la prise de décision et l'amélioration des soins de santé. Parmi ses sous-types, le deep learning, et en

particulier le machine learning (ML) (apprentissage automatique), se distinguent par leur capacité de permettre aux systèmes informatiques d'apprendre et de s'adapter aux données sans une programmation explicite. En médecine, le ML aide à analyser des volumes massifs de données cliniques, prédire des diagnostics, personnaliser les traitements et optimiser la gestion des dossiers médicaux.

Les applications de cette technologie ont fait objet d'études conceptuelles visant à améliorer la classification,^{11,12} optimiser les scores d'activité basés sur les données,¹³ jusqu'à la prédiction de risque.¹⁴

En matière de classification, Marseveen et coll.¹² ont utilisé la base de données de deux DPI d'hôpitaux allemands: comparé aux méthodes traditionnelles (c'est-à-dire codes CIM), et par le biais de six méthodes différentes de ML, ils ont pu identifier de manière plus précise et rapide (6 secondes) le nombre total de patients atteints d'une polyarthrite rhumatoïde.

Concernant le lupus érythémateux disséminé (LES) par exemple, Adamichou et coll.¹³ ont développé un algorithme diagnostique de LES précoce, grâce à l'IA. Leur modèle permet de dépister de manière extrêmement précise la néphrite lupique (97,9%), les troubles neuropsychiatriques (91,8%) et le lupus sévère nécessitant des immunosuppresseurs (96,4%).

Un autre exemple d'utilisation de l'IA est une étude originale parue dans *Nature Communications*:¹⁴ les auteurs ont développé et testé un modèle d'apprentissage automatique pour identifier les patients pouvant bénéficier d'une évaluation rhumatologique en utilisant les dossiers de santé électroniques longitudinaux de 161 584 individus provenant de deux institutions. Ceux nécessitant une recherche d'auto-anticorps ont été identifiés avec succès jusqu'à 5 ans plus tôt par les modèles, avec une précision variant de 86 à 89%; cet outil pourrait conduire à un diagnostic plus précoce et précis des maladies auto-immunes systémiques, réduisant ainsi les cas de sous-diagnostic et améliorant les soins.

DOSSIER PATIENT INFORMATISÉ ET SÉCURITÉ: RÉFLEXIONS

Le DPI, bien qu'essentiel pour la modernisation des soins de santé, soulève des préoccupations liées à la sécurité et aux cyberattaques. À titre d'exemple, le réseau de santé national du Royaume-Uni a été victime d'une cyberattaque à fort retentissement,¹⁵ touchant les systèmes utilisés pour l'orientation de soins, y compris l'envoi d'ambulances, la prise de rendez-vous en ligne, la triage infirmier, la génération d'ordonnances et les alertes de sécurité. D'autres incidents sont rapportés régulièrement et la Suisse est également concernée.

La protection des données médicales sensibles devient impérative pour prévenir l'accès non autorisé et garantir la confidentialité des informations du patient. Des mesures robustes de cybersécurité, telles que le cryptage et la surveillance continue, sont cruciales pour assurer l'intégrité et la confidentialité des dossiers électroniques, assurant ainsi une prestation de soins sécurisée et de qualité.

Extrait de la Revue Médicale Suisse (suite)

CONCLUSION

Le DPI présente des avantages significatifs tels que l'amélioration des soins de santé et de l'efficacité opérationnelle. Cependant, des défis subsistent, notamment la diminution de la productivité et le stress psychologique pour les professionnels de la santé. L'intégration des résultats rapportés par les patients dans le DPI permet une personnalisation accrue des soins. L'utilisation de l'IA, en particulier le ML, montre des avancées prometteuses dans la classification des maladies et la prédiction de diagnostics. Cependant, la sécurité reste une préoccupation majeure. Des mesures de cybersécurité robustes sont cruciales pour garantir la confidentialité des données médicales sensibles.

Finalement, bien que le DPI et les technologies associées offrent des opportunités significatives, leur mise en œuvre nécessite une gestion prudente des risques et une adaptation continue pour maximiser les avantages tout en assurant la sécurité des données.

Conflit d'intérêts: Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

IMPLICATIONS PRATIQUES

- Le dossier patient informatisé est un outil révolutionnaire permettant la prise en charge de nos patients tout en modernisant et améliorant notre pratique quotidienne.
- La participation active de tous les acteurs de la santé est cruciale, comme est primordiale la place du patient-partenaire.
- L'évolution technologique nous permet de suivre davantage nos patients de manière longitudinale et unique.
- L'avènement de l'intelligence artificielle et toutes les différentes applications de la santé digitale nous permettront de personnaliser notre pratique à la juste taille humaine.

1 World Health Organization. Global diffusion of eHealth: making universal health coverage achievable: report of the third global survey on eHealth. Genève: World Health Organization, 2016. Disponible sur: iris.who.int/handle/10665/252529

2 Campanella P, Lovato E, Marone C, et al. The impact of electronic health records on healthcare quality: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Public Health*. 2016 Feb;26(1):60-4. DOI: 10.1093/eurpub/ckv122.

3 *Kruse CS, Stein A, Thomas H, Kaur H. The use of Electronic Health Records to Support Population Health: A Systematic Review of the Literature. *J Med Syst*. 2018 Sep 29;42(11):214. DOI: 10.1007/s10916-018-1075-6.

4 Budd J. Burnout Related to Electronic Health Record Use in Primary Care. *J Prim Care Community Health*. 2023 Jan-Dec;14:21501319231166921. DOI: 10.1177/21501319231166921.

5 Dendere R, Slade C, Burton-Jones A, et al. Patient Portals Facilitating

Engagement With Inpatient Electronic Medical Records: A Systematic Review. *J Med Internet Res*. 2019 Apr 11;21(4):e12779. DOI: 10.2196/12779.

6 Neves AL, Freise L, Laranjo L, et al. Impact of providing patients access to electronic health records on quality and safety of care: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Qual Saf*. 2020 Dec;29(12):1019-32. DOI: 10.1136/bmjqs-2019-010581.

7 **Ammenwerth E, Neyer S, Hörbst A, et al. Adult patient access to electronic health records. *Cochrane Database Syst Rev*. 2021 Feb 26;2(2):CD012707. Disponible sur: www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD012707.pub2/full

8 Wu AW, Kharrazi H, Boulware LE, Snyder CF. Measure once, cut twice – adding patient-reported outcome measures to the electronic health record for comparative effectiveness research. *J Clin Epidemiol*. 2013 Aug;66(8 Suppl):S12-20. DOI: 10.1016/j.jclinepi.2013.04.005.

9 *Gold HT, Karia RJ, Link A, et al. Implementation and early adaptation of patient – reported outcome measures into an electronic health record: A technical report. *Health Informatics J*. 2020 Mar;26(1):129-40. DOI: 10.1177/1460458218813710.

10 Austin L, Sharp CA, van der Veer SN, et al. Providing “the bigger picture”: benefits and feasibility of integrating remote monitoring from smartphones into the electronic health record. *Rheumatology (Oxford)*. 2020 Feb 1;59(2):367-78. DOI: 10.1093/rheumatology/kez207.

11 **Zhao SS, Hong C, Cai T, et al. Incorporating natural language processing to improve classification of axial spondyloarthritis using electronic health records. *Rheumatology (Oxford)*. 2020 May 1;59(5):1059-65. DOI: 10.1093/rheumatology/kez375.

12 Maarseveen TD, Meinderink T, Reinders MJT, et al. Machine Learning Electronic Health Record Identification of Patients with Rheumatoid Arthritis:

Algorithm Pipeline Development and Validation Study. *JMIR Med Inform*. 2020 Nov 30;8(11):e23930. DOI: 10.2196/23930.

13 Adamichou C, Genitsaridi I, Nikolopoulos D, et al. Lupus or not? SLE Risk Probability Index (SLERPI): a simple, clinician-friendly machine learning-based model to assist the diagnosis of systemic lupus erythematosus. *Ann Rheum Dis*. 2021 Jun;80(6):758-66. DOI: 10.1136/annrheumdis-2020-219069.

14 *Forrest IS, Petrazzini BO, Duffy Á, et al. A machine learning model identifies patients in need of autoimmune disease testing using electronic health records. *Nat Commun*. 2023 Apr 25;14(1):2385. DOI: 10.1038/s41467-023-37996-7.

15 BBC News. NHS cyber-attack: GPs and hospitals hit by ransomware [En ligne]. 13 mai 2017. Disponible sur: www.bbc.com/news/health-39899646

* à lire

** à lire absolument

Extrait de la Revue Médicale Suisse

Bulletin des Médecins Suisses

Extrait du Bulletin des Médecins Suisses

Extrait du Bulletin des Médecins Suisses

Extrait du Bulletin des Médecins Suisses

Extrait du Bulletin des Médecins Suisses

Extrait du Bulletin des Médecins Suisses

Extrait du Bulletin des Médecins Suisses

COGERIA

Le réseau genevois de coordination des soins pour favoriser le maintien à domicile des personnes fragiles de plus de 65 ans



en chiffres.

Patientèle

+700

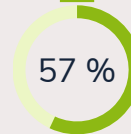
patientes et patients évalués par COGERIA depuis 2019

Couverture du canton

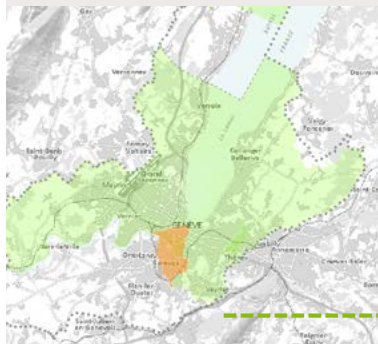


du canton est désormais desservi

Acceptation



des recommandations médico-sociales sont acceptées par la patientèle et mises en place



zones desservies depuis janvier 2024.

- En vert : les zones actuellement desservies.
- En orange : les zones en cours de déploiement depuis janvier 2024.

satisfaction des médecins.



des médecins interrogé-e-s **satisfait-e-s à très satisfait-e-s** des prestations COGERIA.

Les résultats de l'enquête de septembre 2023 vont permettre d'ajuster nos processus et prestations pour mieux répondre à vos besoins. Nous restons à votre écoute pour toute suggestion.

nos prestations.

Depuis 2019, COGERIA apporte une aide efficace pour l'anticipation des projets de vie, la continuité des soins, et la mise en place de mesures de prévention gériatriques.

Evaluations gériatriques à domicile

- syndromes gériatriques
- troubles cognitifs
- polymédication
- incontinence
- ostéoporose

Coordination téléphonique

- avec le ou la médecin traitant-e

Anticipation projet de vie

- lieu de vie
- accompagnement social
- aide à la rédaction de directives anticipées
- ou d'un plan de soins anticipés

Coordination avec l'hôpital

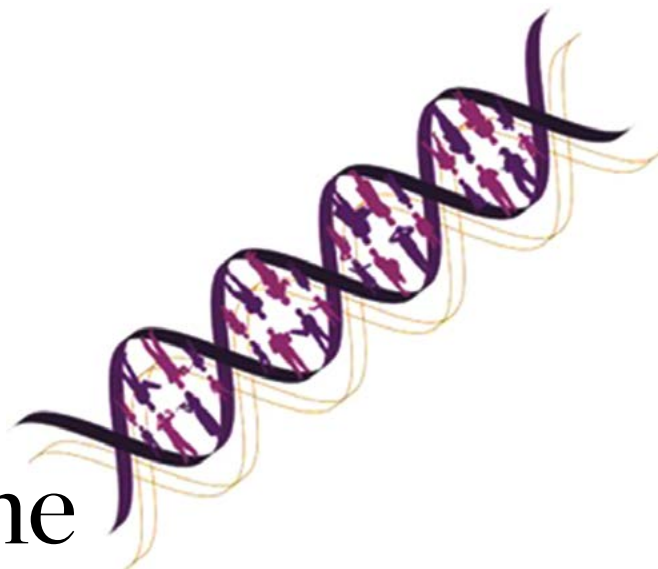
- lorsque la personne est hospitalisée

Gardez le lead dans vos suivis complexes de votre patientèle âgée fragile, faites appel à cogeria.ge.ch



Colloque International

Avancer avec le syndrome de Williams



Les 22 et 23 juin 2024 se tiendra aux Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), le colloque international sur le syndrome de Williams organisé par la Fédération Williams France en collaboration avec le Centre CORAIL, le Centre des maladies rares des HUG et l'association suisse SWB.

À cette occasion des expertes et experts ainsi que des chercheurs et chercheuses du monde entier présenteront leurs travaux et partageront les dernières connaissances acquises sur cette maladie génétique rare.

Plus d'infos sur <https://www.hug.ch/evenement/avancer-avec-le-syndrome-williams>

**GE-MED**
GENÈVE-MÉDECINS

À DOMICILE 24H/24

022 754 54 54

La référence genevoise des visites à domicile
Centre de formation postgraduée FMH/ISFM

Membres

Candidatures à la qualité de membre actif

(sur la base d'un dossier de candidature, qui est transmis au groupe concerné, le Conseil se prononce sur toute candidature, après avoir reçu le préavis dudit groupe, qui peut exiger un parrainage; le Conseil peut aussi exiger un parrainage; après la décision du Conseil, la candidature est soumise à tous les membres par publication dans La lettre de l'AMGe; dix jours après la parution de La lettre, le candidat est réputé admis au sein de l'AMGe, à titre probatoire pour une durée de deux ans, sauf si dix membres actifs ou honoraires ont demandé au Conseil, avant l'échéance de ce délai de dix jours, de soumettre une candidature qu'ils contestent au vote de l'Assemblée générale, art. 5, al.1 à 5):

Dr Yasha ARAEIPOUR-TEHRANI

Centre Médical de la Servette,
Avenue de-Luserna 17, 1203 Genève
(dès le 01.05.2024).

Né en 1990, nationalité suisse.

Diplôme de médecin en 2017 en Suisse
Titre postgrade de spécialiste en Médecine interne générale en 2023 en Suisse.

Après avoir suivi ses études à Genève et obtenu son diplôme de médecin en 2017, il a pratiqué la médecine interne aux Hôpitaux Universitaires de Genève, notamment en tant que chef de clinique au Service de Médecine de Premier Recours. Actuellement spécialiste en médecine interne générale, il s'installe en ville de Genève en mai 2024.

Dre Natacha BARROS-MAGNIN

Hirslanden Clinique des Grangettes,
Chemin des Grangettes 7, 1224 Chêne-Bougeries.

Née en 1987, nationalité suisse.

Diplôme de médecin en 2013 en Suisse.
Titre postgrade de spécialiste en Pédiatrie en 2018 en Suisse.

Après avoir effectué ses études à Genève et obtenu son diplôme en 2013, elle a débuté sa formation en pédiatrie à Morges, puis à Aigle, et a finalement rejoint les HUG pour obtenir son titre de spécialiste en pédiatrie en 2018. Elle a, par la suite, travaillé comme cheffe de clinique à Nyon avant de revenir aux Urgences

Pédiatriques des HUG. Elle approfondit actuellement ses connaissances en néonatalogie aux HUG et rejoindra prochainement la Clinique des Grangettes.

Dr Antonin BOUROUMEAU

Laboratoire Viollier Weintraub, avenue
Eugène-Pittard 16, 1206 Genève.

Né en 1991, nationalité française.

Diplôme de médecin en 2015 en France -
Reconnaissance en 2019.

Titre postgrade de spécialiste en
Pathologie en 2020 en France -
Reconnaissance en 2020.

Après avoir débuté mes études de médecine à Nice, j'ai poursuivi ma formation à Grenoble jusqu'à l'obtention de mon diplôme de médecin spécialiste (pathologie) en 2020. J'ai ensuite exercé pendant 3 ans comme chef de clinique aux Hôpitaux Universitaires de Genève, ce qui m'a notamment permis de développer mon expertise en pathologie digestive et en hématopathologie. J'ai également pu participer à la transition vers la pathologie digitale, renforçant mon attrait pour la digitalisation et l'intelligence artificielle en pathologie. Depuis janvier 2024, j'ai la chance d'exercer au laboratoire Viollier Weintraub à Genève et je reste actif comme membre du conseil scientifique du LYSA (The Lymphoma Study Association) et membre de la SAGIP (Swiss Association of Gastrointestinal Pathology) et de l'ECCO (European Crohn's and Colitis Organisation).

Dre Claire BRIDEL

Centre Médical Universitaire,
rue Michel-Servet 1, 1206 Genève.

Née en 1978, nationalité suisse.

Diplôme de médecin en 2004 en Suisse.

Titre postgrade de spécialiste en
Neurologie en 2014 en Suisse

Après avoir suivi ses études à Genève et obtenu son diplôme de médecin en 2004, elle a effectué sa formation post-graduée pour obtenir le titre de neurologue FMH au CHUV, aux HUG et à l'Hôpital de Porrentruy. Elle a obtenu une thèse MD PhD en biologie moléculaire de l'Université de Zürich en 2009 et a effectué un postdoctorat à Amsterdam entre 2014 et 2018. De retour en Suisse, elle a travaillé aux HUG comme chef

de clinique dans l'unité de neurologie générale, de neuroimmunologie et d'ENMG, tout en poursuivant une activité de recherche à 50% grâce à l'obtention de fonds de recherche compétitifs. En juillet 2023, elle devient privat docent à la faculté de médecine de l'Université de Genève.

Dre Aurélie HSIEH

HUG, rue Gabrielle-Perret-Gentil 4,
1205 Genève.

Née en 1988, nationalité suisse.

Diplôme de médecin en 2013 en Suisse.
Titre postgrade de spécialiste en
Dermatologie et Vénérologie en 2022
en Suisse.

Après avoir terminé ses études à Genève et obtenu son diplôme de médecin en 2013, elle a débuté sa carrière par une solide formation en médecine interne durant 2 ans à Nyon (GHOL, groupement hospitalier de l'Ouest Lémanique). Par la suite, elle se spécialise en Dermatologie et Vénérologie aux HUG et effectue dans sa formation pré-graduée, une année au CHUV. Elle devient cheffe de clinique en 2021 et plus particulièrement en dermato-chirurgie et dermato-gynécologie. Elle a prévu de s'installer prochainement en cabinet.

Dre Pauline JAGGI

Groupe Médical d'Onex, route de Loëx 3,
1213 Onex.

Née en 1988, nationalité suisse.

Diplôme de médecin en 2013 en Suisse.
Titre postgrade de spécialiste en Médecine interne générale en 2022 en Suisse.
Titre postgrade de spécialiste
en Néphrologie en 2023 en Suisse.

Après avoir effectué ses études pré-graduées à Genève et obtenu son diplôme en 2013, elle effectue sa formation en médecine interne générale et en néphrologie entre Neuchâtel, la Riviera et le CHUV. C'est aujourd'hui en tant qu'interniste générale qu'elle s'est installée à Onex depuis janvier 2024.

Dr Thanh Nam LÊ

Clinique Générale-Beaulieu,
chemin de Beau-Soleil 22, 1206 Genève
(dès le 01.12.2024).

Né en 1986, nationalité suisse.

Diplôme de médecin en 2013 en Suisse.

Titre postgrade de spécialiste en Chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur en 2022 en Suisse

Après avoir obtenu son diplôme de spécialiste à Genève, il a travaillé en tant que chef de clinique au sein de l'unité d'orthopédie et de traumatologie du sport aux HUG, de 2021 à 2023. Travaillant actuellement au centre hospitalier de Versailles en tant que chef de clinique, afin de perfectionner la prise en charge chirurgicale des lésions ligamentaires et méniscales du genou, il s'installera à la Clinique Générale-Beaulieu en décembre 2024 comme spécialiste du genou.

Dr Sean Timothy O'CONNOR

Place de Cornavin 7, 1201 Genève.

Né en 1990, nationalités française et Etats-Unis.

Diplôme de médecin en 2017 en Grande-Bretagne, Reconnaissance en 2018.

Titre postgrade de médecin praticien en 2021 en Suisse.

Titre postgrade de spécialiste en Médecine interne générale en 2023 en Suisse.

Après avoir suivi ses études à Londres et Chicago et obtenu son diplôme en 2017, il a complété sa formation de spécialiste à Imperial College NHS Trust à Londres, puis en Suisse aux HUG, à Genève-Médecin, et à la Clinique et Permanence d'Onex. Actuellement, spécialiste en médecine interne générale, il est installé en ville depuis avril 2023.

Dre Louise PENZENSTADLER

HUG, Dpt de Psychiatrie, Service d'Addictologie, rue du Grand-Pré 70C, 1202 Genève.

Née en 1981, nationalité suisse.

Diplôme de médecin en 2008 en

Allemagne – Reconnaissance en 2011.

Titre postgrade de spécialiste en Psychiatrie et psychothérapie en 2014 en Suisse.

Après avoir suivi ses études à Munich (Allemagne) et obtenu son diplôme de médecin en 2008, elle a effectué sa formation post-graduée aux HUG. Actuellement spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, avec une spécialisation en psychiatrie des addictions, elle travaille depuis 2013 dans le service d'addictologie des HUG comme médecin adjointe

agrégée. Elle a une activité de clinique, recherche et enseignement.

Dre Belén PONTE

HUG, Service de Néphrologie, rue Gabrielle-Perret-Gentil 4, 1205 Genève.

Née en 1974, nationalité suisse.

Diplôme de médecin en 1999 en Suisse.

Titre postgrade de spécialiste en Médecine interne générale en 2006 en Suisse.

Titre postgrade de spécialiste en Néphrologie en 2013 en Suisse.

Belén Ponte obtient en 1999 son diplôme de médecine à Genève. Après un doctorat en médecine, elle se spécialise en Médecine Interne entre Fribourg et Genève, puis en Néphrologie à Londres et Madrid avant de revenir aux HUG en 2008. Impliquée dans tous les secteurs cliniques de la néphrologie et l'hypertension (HTA), elle acquiert également une certification en échographie rénale. En parallèle à son activité clinique, elle s'intéresse à l'Epidémiologie au travers de son implication dans une étude populationnelle suisse multi-centrique SKIPOGH (Swiss Kidney Project on Genes and Hypertension). Elle devient par la suite titulaire d'un Master en Science en Epidémiologie (London School of Hygiene & Tropical Medicine), puis d'un PhD en Science de la vie. Elle développe ses axes de recherches en biomarqueurs des maladies rénales chroniques, en HTA et marqueurs cardiovasculaires dans le cadre d'études populationnelles mais aussi d'études de plus petites envergures. Privat-Docent de la Faculté de Médecine en 2016, elle est nommée chargée de cours en 2018 et professeure assistante en 2021. Déjà titulaire d'un DIU en Facteurs de Risque Cardio-Vasculaire et HTA, elle fait partie de la commission de la Société Suisse d'HTA depuis 2016 et reçoit le titre de Spécialiste Européenne en Hypertension en 2020. Elle est nommée responsable de l'unité d'HTA au 1er octobre 2023.

Dr Giacomo PUPPA

Laboratoire Unilabs, avenue Cardinal-Mermillod 36, 1227 Carouge.

Né en 1971, nationalité italienne.

Diplôme de médecin en 1997 en Italie – Reconnaissance en 2012.

Titre postgrade de spécialiste

en Pathologie en 2002 en Italie – Reconnaissance en 2012.

Après avoir suivi ses études en Italie et obtenu son diplôme de médecin en 1997, puis un diplôme de Pathologiste en 2002, il a suivi une formation en cancérologie et obtenu son Master en sénologie (Université de Milan, 2004) ainsi qu'un PhD en Médecine expérimentale oncologique (Université d'Insubria, 2011). Arrivé à Genève aux HUG en tant que Médecin adjoint, il est devenu depuis 2020, Responsable d'unité de pathologie gastro-entérologique et hépatique.

Dre Lucie SCIOTTO

HUG, rue Gabrielle-Perret-Gentil 4, 1205 Genève.

Née en 1989, nationalité suisse.

Diplôme de médecin en 2013 en Suisse.

Titre postgrade de spécialiste en Médecine interne générale en 2019 en Suisse.

Titre postgrade de spécialiste en Endocrinologie-diabétologie en 2023 en Suisse.

Après avoir effectué ses études de médecine à Genève et obtenu son diplôme en 2013, elle effectue une formation en médecine interne dont elle reçoit le titre de spécialiste en 2019. Par la suite, elle débute une formation aux HUG dans le service de Diabétologie et Endocrinologie, qui s'achève en 2023. Actuellement spécialiste en Diabétologie et Endocrinologie, elle s'installera en ville de Genève en novembre 2024.

Dre Caroline STEPHAN

Clinique de Carouge, avenue Cardinal-Mermillod 1, 1227 Carouge.

Née en 1979, nationalité suisse.

Diplôme de médecin en 2006 en Suisse.

Titre postgrade de spécialiste en Médecine interne générale en 2015 en Suisse.

Titre postgrade de spécialiste en Hématologie en 2023 en Suisse.

Après des études de médecine à l'UNIGE, Caroline Stephan entreprend une première spécialisation en médecine interne générale à Fribourg (HFR) puis aux HUG à Genève, comme médecin interne puis cheffe de clinique. Au terme de cette spécialisation, elle commence en 2013 une deuxième spécialisation, en hématologie, aux HUG. Durant ses années de

formation, elle se spécialise dans les hémoglobinopathies avec une année de perfectionnement à Londres (Guy's and St Thomas NHS trust). Une fois promue cheffe de clinique, elle travaille aux HUG dans le service d'hématologie puis dans l'unité d'hématologie transfusionnelle. Elle pratique l'hématologie (générale, l'hémo-oncologie, l'immuno-hématologie) et la médecine interne générale.

Dre Katarzyna TARASIUK-STANISLAWEK

Groupe Médical des Avanchets, rue du Grand-Bay 15, 1220 Les Avanchets. Née en 1979, nationalité polonaise. Diplôme de médecin en 2005 en Pologne – Reconnaissance en 2011. Titre postgrade de spécialiste en Médecine interne générale en 2022 en Suisse.

Après avoir suivi ses études à l'Université de Médecine de Varsovie, Pologne, elle a obtenu le diplôme de médecin en 2005. Elle a suivi la formation postgraduée dans les cantons de Vaud (CHUV, Unisanté, GHOL), Genève (HUG) et Neuchâtel (HNE). Son parcours a été centré sur la médecine interne ambulatoire avec également une expérience professionnelle en gériatrie, psychiatrie/addictologie, traumatologie, médecine du trafic. Elle a obtenu un titre de spécialiste en Médecine interne générale en 2022. Après plusieurs années du travail à la consultation de médecine générale et aux urgences ambulatoires en sein de Centre universitaire de médecine générale et santé publique (Unisanté) à Lausanne, elle s'installera à Genève durant le 1er trimestre 2024. Langues de consultation : français, anglais, polonais.

Dr Antonio TUMMINELLO

Rue des Jardins 12, 1205 Genève. Né en 1987, nationalité italienne. Diplôme de médecin en 2015 en Italie – Reconnaissance en 2016. Titre postgrade de spécialiste en Psychiatrie et psychothérapie en 2023 en Suisse.

Après avoir suivi ses études en Italie et obtenu son diplôme de médecin en 2015, il a choisi d'effectuer sa formation post-graduée en Psychiatrie et Psychothérapie à Neuchâtel, puis dès 2019 aux

HUG, d'abord dans le service d'Addictologie puis Médico-Pénitentiaire, où il a terminé sa formation FMH de spécialiste selon le modèle cognitif et comportemental en 2023. Passionné par la médiation kinesthésique comme outil psychothérapeutique d'expression des émotions et comme révélateur des conflits intérieurs, il est détenteur d'un CAS en santé en milieu pénitentiaire intitulé « psychothérapie médiatisée par l'art et la musique en prison » et se forme à l'art-thérapie qu'il a introduit durant son travail en tant que chef de clinique dans le milieu carcéral psychiatrique genevois. Il pratique également l'équitation et souhaite développer l'équithérapie pour les patients alexithymiques. Le Dr Tumminello consultera en français, anglais, espagnol et en italien en ville de Genève dès le mois d'avril 2024.

Dr Duolun Philippe ZHANG

Medbase Cornavin, place de Cornavin 7, 1201 Genève (dès le 13.05.2024). Né en 1987, nationalité française. Diplôme de médecin en 2013 en France – Reconnaissance en 2015. Titre postgrade de spécialiste en Médecine interne générale en 2020 en Suisse. Titre postgrade de spécialiste en Angiologie en 2023 en Suisse.

Après avoir suivi ses études de médecine en France à l'université de Paris Descartes, il s'installe à Genève en 2015 et poursuit sa formation aux HUG avec l'obtention du FMH en médecine interne générale en 2020, puis du FMH en angiologie en novembre 2023, après une formation suivie aux HUG et au CHUV. De retour sur Genève, il s'installe en pratique indépendante en mai 2024.

Candidature à la qualité de membre actif à titre associé

(médecin exerçant son activité professionnelle principale en dehors du canton, mais ayant un droit de pratique à Genève ; le candidat est admis par le Conseil sur présentation de la preuve de son affiliation à la société médicale du canton où il exerce son activité principale, art. 7, al. 1):

Changement de statut:
Dr Christophe COSTE au 1^{er} janvier 2024.
Dr Oguz Omay au 1^{er} janvier 2024.

Nouveaux membres probatoires

(nouveaux membres admis, dont l'admission doit être confirmée après 2 années probatoires, art. 5, al. 7):

Dr Christel ALBERQUE, Dr Andrea BECOCCI, Dre Malgorzata BUCZAK, Dre Jennifer ELLIOTT, Dr Jose Bernardo ESCRIBANO PAREDES, Dr Damien FAYOLLE, Dre Silvia FRACCHIA, Dr Santi GALLETTA, Dr Jeremy MEYER, Dre Emilie RODEN, Dr Urs SYBURRA, Dre Elizabeth TSCHANZ, Dre Anne VON DÜRING, Dr Christos XOURGIAS depuis le 5 mars 2024.

Membres annonçant un titre de spécialiste supplémentaire

Dre Marie-Eva LAURENCET, Médecine interne générale et Cardiologie.

Membres actifs à titre honoraire

(membres actifs âgés de plus de 65 ans qui totalisent plus de trente ans d'affiliation à l'AMGe; mêmes droits que les membres actifs; le Conseil peut décider de les mettre au bénéfice d'une cotisation réduite à partir du 1^{er} janvier ou du 1^{er} juillet qui suit la demande, art. 6):

Dr Silva BARBEZAT au 1^{er} janvier 2024.
Dre Angela BERTOLI au 1^{er} janvier 2024.

Membres en congé

(demande écrite au Conseil de tout membre renonçant à pratiquer à Genève pour une durée minimale d'un an et maximale de deux ans; le congé part du 1^{er} janvier ou du 1^{er} juillet suivant la demande; libération de cotisation pendant la durée du congé; demande de prolongation possible, art. 9):

Dr Karel GORICAN au 1^{er} juillet 2024.
Dre Soheyta SHEYBANI au 1^{er} janvier 2024.

Membres passifs

(membres cessant toute pratique professionnelle, pas de délai, libération de la cotisation à partir du 1^{er} janvier ou du 1^{er} juillet qui suit la demande, voir consultative à l'Assemblée générale, art. 8):

Dre Isabelle PHILIPPE au 1^{er} janvier 2024.

Démissions (information par écrit au moins 3 mois avant le 30 juin ou le 31 décembre avec effet à cette date; ce faisant, quitte la FMH et la SMSR; sauf décision contraire du Conseil, la démission n'est acceptée que si les cotisations sont à jour et s'il n'y a pas de procédure ouverte auprès de la CDC, art. 10):

Dre Yannik DIDELOT au 30 juin 2024.

Dr Krzysztof FORTINI au 30 juin 2024.

Dre Léa GUIBENTIF au 30 juin 2024.

Contrats de médecin-conseil et de médecin du travail

(Le Conseil approuve les contrats de médecin-conseil et de médecin du travail – ou d'entreprise – conclus par les membres de l'AMGe, art. 18, al. 11):

Dre Marie-Thérèse GIORGIO, Médecine du travail, médecin du travail pour la Commune de Satigny.

Dre Sophie FRIED, Médecine du travail, médecin du travail pour l'entreprise Régence production SA à Satigny.

Changements d'adresses

Dr Jalal-Gaston BATTIKHA (Radiologie) consulte désormais au sein d'Imagerie Médicale Battikha S.A, Place Camoletti 2, 1207 Genève.

Dr Nabil BENZINA (Psychiatrie et psychothérapie) consulte désormais au sein du Centre Médical Charmille Magellan, rue de Lyon 91, 1203 Genève.

Dre Elisabeth BIRO (Psychiatrie et psychothérapie) consulte désormais Avenue de Champel 6, 1206 Genève

Dr Duc My DAO (Chirurgie) consulte désormais au sein du Centre médical QORPUS, avenue de la Gare des Eaux-Vives 28, 1208 Genève.

Dr Antoine DES COURTIS (Oto-rhino-laryngologie) consulte désormais chemin de Beau-Soleil 12, 1206 Genève.

Dre Karina GOMEZ PARADA (Psychiatrie et psychothérapie) consulte désormais Avenue de Champel 35, 1206 Genève.

Dre Claude HUARD (Médecin praticien) consultera, dès le 1^{er} mai, au sein du Centre Médical du Léman, rue Alfred-Vincent 17, 1201 Genève.

Dre HUYNH DAC Anh-Tho (Médecine interne générale) consulte désormais au sein d'Hirslanden, Clinique des Grangettes, chemin des Grangettes 7, 1224 Chêne-Bougeries.

Dre Caroline MANGE TIMIS (Médecine du travail) consultera, dès le 1^{er} mai, au sein de l'IMAD, Service Santé et Sécurité au Travail SST, route des Acacias 25, 1227 Les Acacias.

Dre Aránzazu MATEO MONTOYA (Ophtalmologie) consultera, dès le 1^{er} mai, avenue de la Gare des Eaux-Vives 28, 1208 Genève

Dre Bahar SHAFIEDDIN SCHREVE (Dermatologie et vénéréologie) consulte désormais avenue Eugène-Pittard 34, 1206 Genève

Annonces ouvertures et fermetures de cabinets

Dre Léa GUIBENTIF (Médecine interne générale) annonce la fermeture de son cabinet médical à Genève le 31.03.2024: consultera désormais à Estavayer-le-Lac dans le canton de Fribourg.

Impressum

La Lettre - Journal d'information de l'Association des Médecins du canton de Genève ISSN 1022-8039

PARUTIONS
format imprimé: 4 fois par an;
format digital: 6 fois par an

RESPONSABLE DE PUBLICATION
Antonio Pizzoferrato

CONTACT POUR PUBLICATION
Secrétariat AMGe
info@amge.ch

PUBLICITÉ
Médecine & Hygiène
022 702 93 41, pub@medhyg.ch

CONCEPTION & RÉALISATION
Bontron&Co
Loredana Serra & Simone Kaspar



CLINIQUE DE CRANS-MONTANA

MÉDECINE INTERNE DE RÉHABILITATION

Nos pôles d'excellence

- ▶ réhabilitation en médecine interne-généraliste
- ▶ prise en charge des maladies chroniques et psychosomatiques
- ▶ réhabilitation post-opératoire
- ▶ enseignement thérapeutique

Admissions

➔ Rendez-vous sur lug.ch/ferme-merci/medecineinterne

La clinique se charge des démarches administratives auprès des assurances maladies et/ou accidents.

☎ 022 485 61 22 - admissions.crgm@lug.ch



HUG Hôpitaux Universitaires Genève | **CLINIQUE DE CRANS-MONTANA**

LA PRÉVOYANCE DES MÉDECINS

Sécurité. Flexibilité. Performance.

- Un médecin indépendant sur quatre nous fait confiance en Suisse Romande
- 100% des versements défiscalisés
- Rémunération moyenne sur 10 ans proche de 3%
- Tarif attractif depuis plus de 20 ans