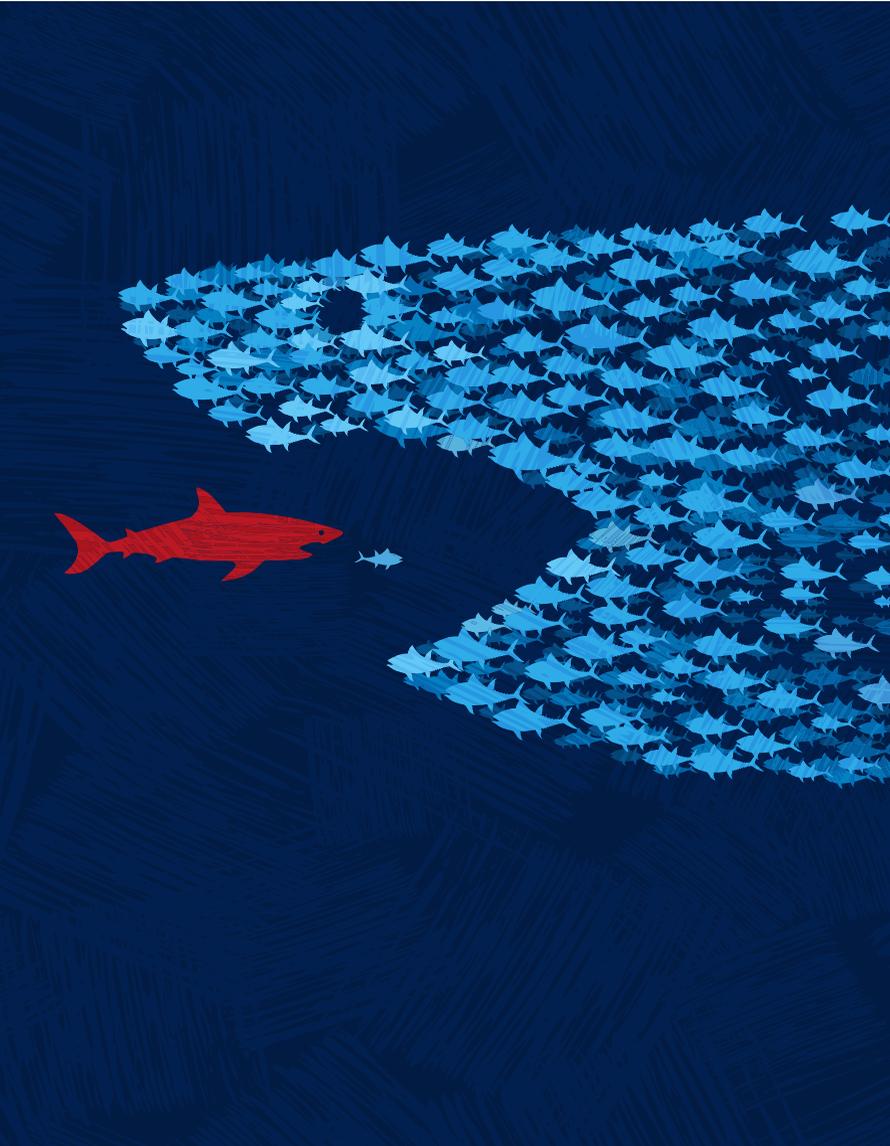
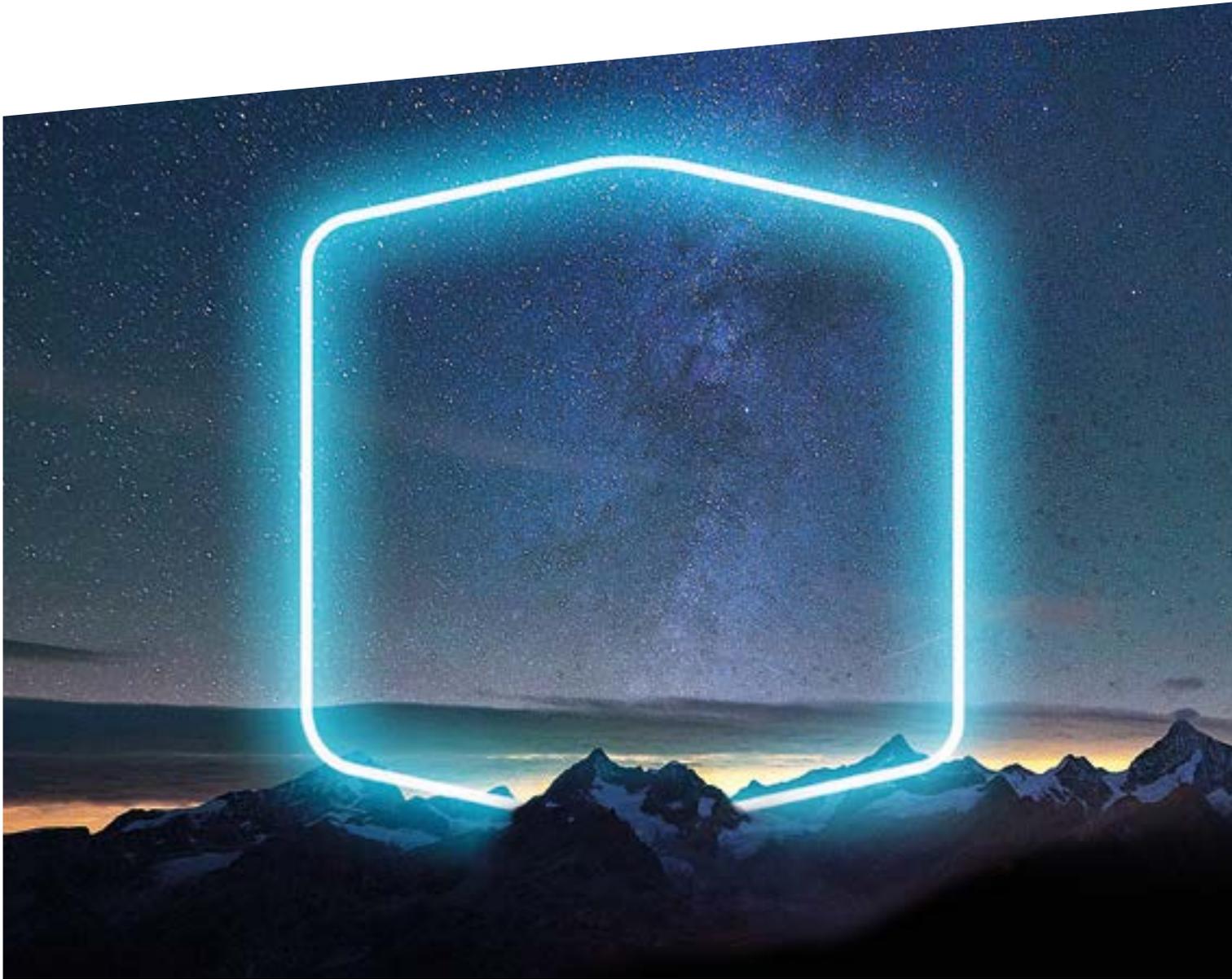


la lettre



6 0 JAHRE ANS ANNI
Ä K ÄRZTEKASSE
C M CAISSE DES MÉDECINS
CASSA DEI MEDICI

AU FIRMAMENT 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-Valais
Route de Malagnou 40A · 1208 Genève · Tél. 022 869 45 50 · Fax 022 869 45 06
www.caisse-des-medecins.ch · geneve@caisse-des-medecins.ch



Au cœur de l'innovation

Unité et sérénité



Dr Michel Matter
Président de l'AMGe

Début 2014, dans un premier éditorial écrit pour notre association en tant que nouveau président, je choisisais comme titre « Ensemble, plus forts! ». Dix ans plus tard, il résonne encore et prend tout son sens car pour faire avancer les dossiers et peser sur les décisions nous devons avoir un front uni et agir avec sérénité là où d'autres s'agitent inutilement et perdent la ligne tracée et la cohérence du propos.

Cet éditorial faisait suite à l'introduction en 2004 du Tarmed, tarif médical dépassé qui a encore aujourd'hui devant lui plusieurs mois d'utilisation, à une manifestation imposante des blouses blanches sur la place fédérale en soutien à la médecine de famille, aux votations sur la fin du libre choix de son médecin heureusement balayée par le peuple, d'une baisse drastique du remboursement des analyses de laboratoire au cabinet et d'une attaque frontale à Genève contre l'intangible secret médical.

Notre profession est au cœur du système de la santé. Elle est incontournable, tout comme le sont les professions du domaine des soins.

Les temps sont à la perte de sens au travail, aux pénuries savamment programmées et au questionnement sur l'avenir des nouvelles générations de médecins auxquelles sont promises la clause du besoin et l'étatisation galopante de la médecine. Notre métier est exceptionnel, ne l'oublions pas. Il doit le rester. C'est par une défense commune des libertés de choix du médecin, des thérapies et des lieux de pratique que nous réussirons à poursuivre les prises en charge optimales des patientes et des patients.

C'est le combat principal. Là est le cœur du cœur, la notion de liberté. Sans elle, c'est la perte délétère de la relation entre le soigné et le soignant que se brise, c'est la décision du traitement le mieux adapté en toute connaissance scientifique en reflet à une formation de haute qualité qui disparaît, et c'est le travail en équipe, véritable fourmilière interprofessionnelle, qui permet seul la réussite d'une prise en charge médicale et chirurgicale. Certains pensent que le chirurgien est interchangeable, qu'il peut passer d'un lieu à un autre, que l'établissement importe peu, que les équipes soignantes ne sont qu'une vitrine. Non, chacune et chacun

**C'est par une
défense commune
des libertés de
choix du médecin,
des thérapies et des
lieux de pratique
que nous réussirons
à poursuivre les prises
en charge optimales
des patientes et des
patients.**

Et le patient dans tout cela ? Uniquement réduit à être un payeur de primes et d'impôts. Perdant sur toute la ligne et floué face à des décisions subies qui tombent en cours d'année avec un préavis de quelques jours.

est un maillon de la réussite d'une chirurgie, les responsabilités sont nombreuses et éparées, les actes quotidiens et indispensables avant, pendant et après la chirurgie relèvent d'une suite logique et huilée. Réduire une intervention opératoire au seul coup de bistouri est un non-sens total et une vue étroite comme si le déroulement d'une opération pouvait être suivi par le petit bout de la lorgnette.

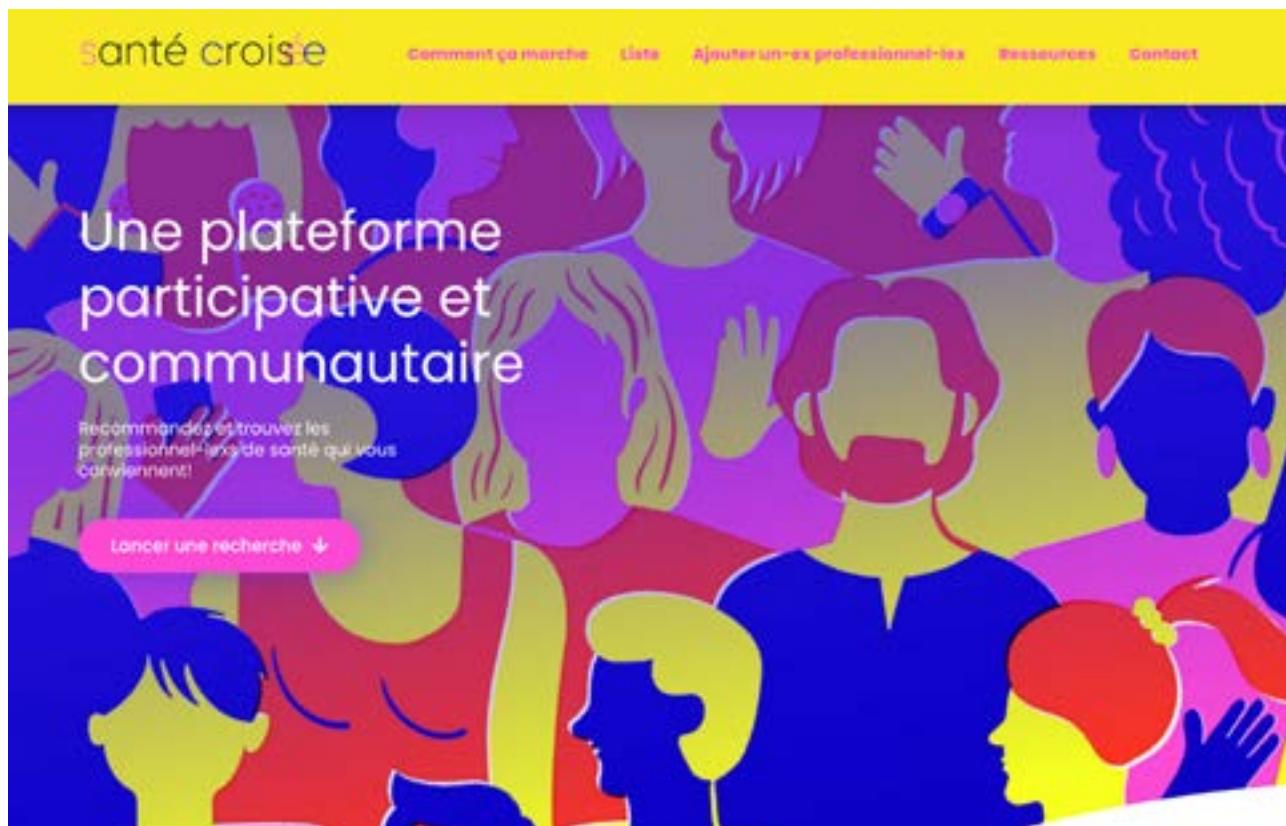
Et le patient dans tout cela ? Uniquement réduit à être un payeur de primes et d'impôts. Perdant sur toute la ligne et floué face à des décisions subies qui tombent en cours d'année avec un préavis de quelques jours. « Y a qu'à aller ailleurs ! » Triste constat que l'humain n'est considéré que comme une marchandise que l'on déplace à sa guise dans un système de la santé où tout le monde reconnaît que le patient devrait être au centre. La rupture brutale du contrat entre une assurance et une clinique privée est avant tout un choc pour les assurés et les assurés genevois dans leur volonté d'avoir une couverture privée ou semi-privée et leurs libertés de choix. Ne l'oublions pas. C'est d'abord le libre choix des citoyens d'être assurés en complémentaires.

Nos tarifs sont négociés et correspondent acte après acte à un accord commun entre assureurs et médecins pour une intervention précise dans chaque spécialité. Un travail énorme qui a abouti à une recommandation à nos membres et qui sert de structure de base des interventions sur le territoire genevois en assurance complémentaire. Ce n'est pas une convention, mais une annexe à la convention, comme

celle qui définit ce qu'est et contient, dans le concret, la notion d'assurance complémentaire. Cette plus-value a le mérite d'être détaillée et compréhensible de tous dans une lecture commune. Nous avons défendu, dans l'assurance de base, le libre choix du médecin avec un slogan simple et puissant « Ma santé, mon médecin, c'est mon choix ». Là aussi, il résonne avec force dans le contexte actuel et bien au-delà de l'assurance de base.

Nous continuerons à nous battre pour défendre notre profession, pour éviter les divisions assassines et poursuivre la qualité des soins prodigués. Nous sommes des professionnels de haut niveau, faut-il le rappeler, avec une maîtrise de nos prises en charge, mais seul, le médecin n'est rien. C'est cette chaîne de professionnels de la santé qui importe. Un front uni, comme dans le NON à l'initiative dangereuse « Frein aux coûts » du 9 juin prochain. Cette initiative est un véritable et dramatique frein aux soins. La tendance politique actuelle de vouloir diviser, séparer, découper les prises en charge des soins fait que le parcours du patient ressemble de plus en plus à des méandres, là où il devrait être une ligne droite, bien définie et limpide.

Sachons rester unis et forts. Ensemble, dans la sérénité de nos convictions profondes et justes. ●



• Groupe • santé • Genève •
santé croisée

Santé croisée – une plateforme recensant les professionnel·lex de santé inclusif·vexs

Aujourd’hui encore, de trop nombreuses personnes se voient discriminées dans leur parcours de santé, notamment à cause de leur origine/nationalité, identité et/ou expression de genre, orientation sexuelle et/ou affective, et la liste continue. Leur accès à la santé et ses prestations en est fortement péjoré.

Depuis des années, les « bonnes adresses » se partagent entre patients, associations et institutions du réseau socio sanitaire genevois. Ce sont celles où on s'est senti à l'aise, où l'on a pu aborder une thématique habituellement difficile en confiance, celles que l'on recommanderait à nos proches.

Santé croisée – lancé par le Groupe santé Genève – veut rendre ces ressources disponibles au plus grand nombre.

Participatif et communautaire, le site permet aux personnes concernées de recommander des professionnel·lexs de santé avec qui elles ont pu aborder certaines thématiques et être prises en charge sans jugement, ni discriminations. Dès réception de l'accord des professionnel·lexs, leur profil est ajouté à la liste.

Répertoire thématique

Des formations et des informations sur des thématiques spécifiques seront mises à disposition et pourront être adaptées sur demande.

Ressources

Des formations et des informations sur des thématiques spécifiques seront mises à disposition et pourront être adaptées sur demande.

N'hésitez pas à nous faire part de vos besoins.

En bref

- Un répertoire par spécialité, thématique abordée et ressenti rapporté
- Un partage d'expériences positives pour que d'autres en profitent
- Un encouragement aux bonnes pratiques
- Des ressources et formations à disposition pour les professionnel·lexs et les personnes concernées seront mise à disposition
- L'accord des professionnel·lexs de santé est sollicité par courriel

Phase de lancement

Le projet en est à ses débuts: le Groupe santé Genève a collaboré avec différentes structures du réseau genevois pour élaborer le site aujourd'hui mis en ligne dans le cadre d'une phase pilote. Toutes remarques, suggestions concernant cette première version sont bienvenues, notamment concernant les besoins en informations et/ou en formations des professionnel·lexs de santé. ●

Avec le soutien du Fonds G'Innove de la Ville de Genève

<https://sante-croisee.ch>

Quelques chiffres

- **L'origine de la personne donne lieu à des discriminations directes mais aussi indirectes dans l'accès aux soins¹**
- **Les biais implicites des médecins influencent de « manière subtile mais significative le diagnostic, les décisions thérapeutiques et le niveau de soins qu'ils offrent à leurs patients »²**
- **Les mots peuvent avoir un impact négatif sur la santé, notamment des personnes allophones³**
- **35% des personnes interrogées jugent avoir été discriminées en matière de soins médicaux ou prises en charge de manière inadéquate en raison de leur orientation sexuelle ou de leur identité de genre.⁴**
- **Entre 45 et 86 % des Suisses renoncent à des prestations sociales et de santé, notamment à cause de discriminations⁵**
- **La difficulté et gêne d'évoquer certains sujets (sexualité, hygiène...) sont des freins rapportés⁶**

1 *Les discriminations selon l'origine dans l'accès aux soins*, Estelle Carde, Dans *Santé Publique* 2007/2 (Vol. 19)

2 *Préjugés ? Pas dans ma pratique !*, Melissa Dominicé Dao, PRIMARY AND HOSPITAL CARE – MÉDECINE INTERNE GÉNÉRALE 2018;18(14):250–253

3 *REVUE MÉDICALE SUISSE, Asile, santé et discrimination: attention aux mots*, https://asile.ch/wp-content/uploads/2020/12/RMS_704_1582-1.pdf

4 Enquête menée en 2019 par les associations vaudoises VoGay, Les Klamydia's et Lilith

5 Étude HETS, 2015

POUR UNE UTILISATION RAISONNABLE DES ANTIBIOTIQUES

Les antibiotiques sont des médicaments précieux pour soigner des infections dues à des bactéries. Il en existe plusieurs familles et chaque antibiotique est adapté à des bactéries spécifiques. Plus de 90 % de ces médicaments sont produits en Asie,¹ ce qui engendre une pollution sur les sites de production, des émissions de CO₂ liées au transport et des risques de pénurie. Quand ils sont déversés dans l'environnement, les antibiotiques continuent à exercer leur mécanisme d'action et entraînent des conséquences néfastes pour l'environnement (pollution de l'eau notamment) et la biodiversité.²

Destruction de la flore intestinale

Les antibiotiques détruisent les bactéries responsables de l'infection mais ils agissent aussi sur la flore intestinale (microbiote).

Quand ce n'est pas indispensable

Les otites (souvent virales) et les cystites chez l'adulte peuvent bénéficier d'un traitement anti-inflammatoire pendant 48 heures avant la prescription d'antibiotiques si les symptômes persistent.^{3, 4}

Infections virales

On ne prescrit pas d'antibiotiques pour des infections virales, comme un rhume ou des maux de gorge. À la place, on donne des médicaments contre la douleur, des produits naturels et on nettoie le nez régulièrement avec de l'eau salée.

Antibiorésistance

Une utilisation trop fréquente ou inappropriée des antibiotiques peut rendre les bactéries insensibles. Ceci augmente le risque d'infections sévères ou non traitables.

Effets secondaires

Les antibiotiques peuvent avoir des effets secondaires fréquents et potentiellement graves, sous forme de diarrhées ou de réaction allergique par exemple.

Quand c'est indispensable

Les infections sévères, comme les pneumonies, les infections urinaires, de la peau ou du sang doivent être traitées par des antibiotiques.⁵

MOINS D'ANTIBIOTIQUES

Bénéfices pour la santé

- Préservation de la flore microbienne naturelle
- Diminution des effets secondaires
- Diminution de l'antibiorésistance

Bénéfices pour l'environnement

- Diminution de la pollution médicamenteuse environnementale
- Diminution des emballages
- Diminution des émissions de gaz à effet de serre liées à la production, au transport et à la distribution

LA PRESCRIPTION VERTE

◆ **Demander au/à la médecin pourquoi** il/elle prescrit des antibiotiques et le/la questionner si la raison ne vous semble pas claire.

◆ **Ne pas s'automédiquer** par antibiotiques.

◆ **Respecter la durée et le dosage** des antibiotiques prescrits.

◆ **Rendre les antibiotiques à la pharmacie** s'ils ne sont plus utilisés pour éviter la contamination de l'environnement.

Quand aborder la question de la prescription d'antibiotiques

Notamment lors d'une consultation pour de la fièvre ou pour une infection d'antibiotiques, il est utile d'en expliquer les effets secondaires.

RÉFÉRENCES



1. Mandeville L. Quand l'Occident renonçait à produire ses propres médicaments. Le Figaro [Internet]. 13 avr 2020. Disponible sur : <https://www.lefigaro.fr/international/quand-l-occident-renoncait-a-produire-ses-propres-medicaments-20200413>

2. Naitali F et Ghoullem H. Analyse environnementale du cycle de vie de la production industrielle d'un antibiotique. 2020. Algerian Journal of Environmental Science and Technology. Disponible sur : <https://www.aljest.net/index.php/aljest/article/view/file/319/310>

3. Delhaye E. Stratégie SMPR - Infections urinaires. [Internet]. Service de médecine de premier recours, Hôpitaux universitaires de Genève; 2021. Disponible sur : https://www.hug.ch/sites/interhug/files/structures/medecine_de_premier_recours/Strategies/Strat%C3%A9gie%20IU%202021.pdf

4. Basel SG für AIM (SGAIM). Pédiatrie - Smarter Medicine - gegen Über- & Fehlbehandlung [Internet]. Disponible sur : <https://www.smartermedicine.ch/fr/liste-top-5/pediatrie>

5. Guidelines de la société suisse d'infectiologie. Disponible sur : <https://ssi.guidelines.ch>



Illustration Agence Les Deux Dandys | Auteurs : Estelle Delamare, Martine Bideau, Johanna Sommer

Extrait de la Revue Médicale Suisse

12 MOIS
12 ACTIONS

RÉDUIRE LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES

La surconsommation d'exams complémentaires se réfère à la réalisation d'exams qui s'avèrent superflus pour les patient-es. Cette pratique peut présenter des risques pour la santé en entraînant un surdiagnostic, des traitements et des coûts inutiles, et parallèlement une consommation d'énergie et une pollution non négligeables. Il est donc crucial d'établir des recommandations claires et d'impliquer activement les patient-es dans les décisions quant à leur prise en charge.

Examens complémentaires : de quoi on parle ?

Examens radiologiques ou dosages dans une prise de sang à visée diagnostique.

Quelques exemples

Les **check-up de santé** approfondis et réguliers chez les patient-es sans symptômes **n'apportent aucun bénéfice.**¹

Les dosages des lipides, de l'antigène spécifique de la prostate (PSA) et de la vitamine D **ne sont utiles que dans des cas précis.**



Les **imageries de la colonne** sont inutiles en cas de lombalgies de moins de 6 semaines et sans signe de gravité.¹



Une **IRM du genou** équivaut à environ **80-150 km** en voiture à essence et environ 22 kg de CO₂ équivalent (CO₂eq)*.



Une **échocardiographie d'effort** produit environ 1-2 kg de CO₂eq*, alors qu'une **IRM cardiaque** en produit 100 à 200 fois plus !

Environ **30%**

des examens complémentaires sont inutiles, car ils ne modifient pas la prise en charge.²

>50%

des examens complémentaires faits dans un centre d'urgences sont **superflus**.³

Environ **40%**

des **IRM du genou** sont inutiles ou futiles.⁴

BÉNÉFICES POUR LA PLANÈTE

- Réduction de la consommation d'énergie
- Diminution des déchets médicaux
- Réduction des émissions liées aux transports (des patient-es, des analyses de laboratoire, etc.)
- Diminution de l'utilisation d'eau (systèmes de refroidissement et nettoyage)

BÉNÉFICES POUR LA SANTÉ

- Diminution des diagnostics d'une anomalie bénigne ou insignifiante pour la santé (surdiagnostics)
- Diminution des traitements inutiles
- Moins d'irradiations inutiles
- Réduction du stress et de la charge émotionnelle
- Réduction des effets secondaires indésirables¹

LA PRESCRIPTION VERTE



Favoriser une discussion entre patient-e et médecin avant la prescription d'un examen, afin de savoir si le résultat va influencer la prise en charge médicale.

Réfléchir à la balance risque/bénéfice avant chaque examen.

Pour chaque spécialité, consulter la **liste top 5** des mesures médicales généralement jugées inutiles sur [Smartermedicine.ch](https://www.smartermedicine.ch)

Quand aborder la question de la surprescription d'exams complémentaires ?

Lors de la prescription de chaque examen complémentaire, se demander si le résultat modifiera la prise en charge

* Afin de respecter les accords de Paris, l'impact environnemental de chaque individu suisse ne devrait pas dépasser 1-2 tonnes de CO₂eq par an. Actuellement en Suisse, la moyenne se situe aux alentours de 12-16 tonnes de CO₂eq par an et par habitant.⁵



RÉFÉRENCES

1. Basel SG für AIM (SGAIM) 2002. smarter medicine - Contre la surmédicalisation et les soins inappropriés - smarter medicine - gegen Über- & Fehlbehandlung - smarter medicine. 2024 [cité 17 févr. 2024]. <https://www.smartermedicine.ch/fr/page-daccueil>

2. Prescott B. Unnecessary Testing? Harvard Medical School. 2013 Nov 18. [Consulté le 17 février 2024]. Disponible sur : <https://hms.harvard.edu/news/unnecessary-testing>

3. Bertrand J, Fehlmann C, Grosgrain O, Sarasin F, Kherad O. Inappropriateness of Repeated Laboratory and Radiological Tests for Transferred Emergency Department Patients. J Clin Med. 2019 Aug 29;8(9):1342.

4. Solivetti FM, Guerrisi A, Salducca N, et al. Appropriateness of knee MRI prescriptions: clinical, economic and technical issues. Radiol Med. 2016 Apr;121(4):315-22.

5. Office fédéral de l'environnement OFEV. L'Accord de Paris. Confédération suisse; 2023 Jun 23 (consulté le 10 avril 2024). Disponible sur : <https://www.bafu.admin.ch/bafu/fr/home/themes/climat/info-specialistes/climat-affaires-internationales/Laccord-de-paris-sur-le-climat.html>



Extrait du Bulletin des médecins suisses



Le sous-financement engendrerait des délais et une médecine à deux vitesses car la croissance des coûts «admis» serait beaucoup trop faible.

Le frein aux coûts crée de gros problèmes sans en résoudre aucun

Frein aux coûts Les nouvelles alarmantes brandies avant les votations du 9 juin sont là pour brouiller les pistes. Elles visent principalement à détourner l'attention et à faire oublier que le frein aux coûts ne résout aucun problème. Au contraire, son impact nuira massivement à l'un des meilleurs systèmes de santé au monde et à toutes celles et ceux qui en ont besoin.



Yvonne Gilli
Dre méd., présidente de
la FMH

Fin mars, l'association des assureurs santé-suisse n'a pas manqué d'annoncer une fois encore des hausses de coûts «dramatiques» et lançait ainsi sa campagne pour la votation sur le frein aux coûts du 9 juin prochain [1]. Ces annonces provocatrices ne reposent sur aucune base de données sérieuse et ne sont sans doute que le prélude de ce qui nous attend dans les deux prochains mois. Qui ne se souvient pas des propos dénigrants prononcés à l'encontre des professionnels de la santé par Gerhard Pfister, qui pointait du doigt leur «avidité» à se servir dans un magasin en libre-service [2]. On n'ose pas imaginer quelle pourrait être la suite.

Alarmisme et intérêt particulier

Les représentants du Centre et de santé-suisse, mais aussi d'autres acteurs, n'ont aucun intérêt

réel à une analyse équilibrée de la situation et à des solutions adéquates allant dans le sens des assurés et des patients. Leurs desseins sont clairement politiques. Avec son initiative, Le Centre aimerait tirer profit de la hausse des primes, sans pouvoir être attaqué sur des propositions concrètes, tandis que santé-suisse se pose en défenseur des payeurs de primes, auxquels pourront être proposées de nombreuses assurances complémentaires très rentables une fois le plafonnement des coûts introduit dans l'assurance obligatoire.

Instrumentalisation des coûts

Que l'évolution des coûts puisse être instrumentalisée de manière scandaleuse à des fins politiques repose sur une longue tradition. L'administration fédérale entretient aussi une alerte

Extrait du Bulletin des médecins suisses (suite)

rhétorique permanente. Ainsi, voici 30 ans déjà (1), le Conseil fédéral mettait en garde dans le livret de votation sur «les dépenses de santé [qui] continuent de grimper. Pour beaucoup, les cotisations deviennent difficiles à supporter» [3]. Ces dernières années, l'OFSP a aussi usé de «fiches d'information» effrayantes et de statistiques douteuses pour plaider en faveur de plus de réglementation [4,5]. Sa mise en garde selon laquelle le système de santé allait droit dans le mur [6] a été corroborée par le conseiller fédéral Alain Berset menaçant que, sans ses réformes, la «croissance effrénée des coûts» se poursuivrait «jusqu'à la rupture» [7].

Exagération manifeste

Les nouvelles catastrophiques sont toujours accueillies avec gratitude par les médias car elles offrent la perspective de nombreux clics et suscitent peu de réflexion critique. Comme on accorde peu de place à l'objectivité, peu de personnes savent qu'une multitude de mises en garde sont manifestement fausses et que c'est prouvé. L'évolution des coûts ne s'accélère pas, comme l'ont prétendu les «experts» du Conseil fédéral – au contraire, elle s'atténue depuis environ 15 ans au niveau international et en Suisse [8]. Ici, depuis 2019, la hausse des coûts n'a pas été supérieure à celle de la puissance économique et cette stabilité devrait se poursuivre ces prochaines années [9].

Un financement social...

Cela n'empêche pas les scénarios alarmistes de prendre racine. Les primes moyennes, actuellement de 427 francs pour les adultes, 301 francs pour les 19-25 ans et 112 francs pour les enfants [10], représentent près de 7% en moyenne du revenu brut des ménages [11]. Poste de dépenses non négligeable, elles représentent une charge considérable pour certains ménages. Même si 40% des enfants et des jeunes adultes bénéficient d'une réduction de leurs primes à hauteur respectivement de 80% et 69% [12], le poids des primes est encore nettement trop élevé dans certains cantons [13]. C'est sur ces leviers qu'il faut agir en vue d'un financement socialement équilibré.

... pour un système de santé fort

Dans le même temps, nous devons préserver les points forts de notre système de santé. Selon les données de l'OCDE [14], aucun autre pays n'est aussi efficace que la Suisse pour prévenir les décès évitables. Notre accès généralisé à une prise en charge médicale adéquate est également unique! Aucun autre pays au monde ne peut se targuer d'une majorité (94% de la population) aussi écrasante de personnes satisfaites de l'accessibilité et la qualité des soins de santé.

Le frein aux coûts n'est pas social

Le frein aux coûts changerait entièrement la donne. Les dépenses de l'assurance obligatoire seraient couplées à l'évolution économique. Les prestations ne seraient plus financées en fonction du besoin, mais de la conjoncture. En d'autres termes, les soins aux patients devront coûter moins cher en cas de crise économique, alors que c'est précisément le moment où ils sont le plus nécessaires. La pandémie de coronavirus illustre de manière frappante le danger de ce mauvais choix, car il a fallu soutenir l'économie du pays à coups de milliards et les soins intensifs (coûteux) ont été sollicités comme jamais.

Médecine à deux vitesses

Le sous-financement d'un système de santé engendre des délais d'attente et une médecine à deux vitesses. Avec le frein aux coûts, ce serait le cas non seulement lors de crises économiques ou de pandémies, mais aussi en temps «normal». De fait, l'assurance obligatoire engloberait de moins en moins de prestations, car la croissance des coûts «admis» par l'initiative est beaucoup trop faible. Si une personne nécessite des soins, elle devra les payer de sa poche ou alors y renoncer. Presque exclusivement financée par l'assurance obligatoire, la médecine de premier recours serait la première pénalisée et ce rationnement, contre lequel le Conseil fédéral met également en garde, impacterait en premier lieu les familles et les ménages à faibles revenus: le frein aux coûts nuirait précisément là où il est censé aider.

Ce n'est pas une solution

Si Le Centre avait des solutions susceptibles de freiner la hausse des coûts et de réunir une majorité, il les aurait soumises au vote. Sans aucune solution, il exige un objectif de coûts sans dire comment l'atteindre. Ce serait l'affaire de «mesures» qui, année après année, produiraient toujours plus de bureaucratie. Faut-il rappeler que les «freins aux coûts» ne permettent pas d'économiser de l'argent comme le montrent les expériences d'autres pays comme la France ou l'Allemagne: tous deux ont des coûts plus élevés et a moins bonne prise en charge médicale [16].

Que fait la FMH?

À l'avenir, les professionnels de la santé risquent de ne plus pouvoir soigner les patients selon leurs besoins. C'est pourquoi aujourd'hui nous devons défendre la prise en charge médicale telle que nous la concevons et empêcher que l'un des systèmes de santé les plus performants au monde se brise le 9 juin 2024 sur un alarmisme de façade. Une pléiade d'organisations du secteur de la santé ont lancé une campagne

multipartite dans le but de montrer les effets dévastateurs de l'initiative. Sur le site internet de la campagne (www.frein-aux-couts-non.ch), vous apprendrez également ce que vous pouvez faire pour un rejet clair et net de cette initiative dangereuse.

Et vous?

Vous pouvez vous abonner à la newsletter et suivre la campagne sur les médias sociaux. Au plus près de l'information, vous connaîtrez les possibilités de contribuer à la campagne et pourrez diffuser et faire suivre son message. Sur le site internet, vous pouvez apporter votre soutien en rejoignant le comité et en créant votre propre témoignage.

Sur votre lieu de travail, vous pouvez sensibiliser au frein aux coûts, par exemple par des affiches, des flyers dans la salle d'attente, le port d'un pin's ou l'ajout d'un sujet de campagne à votre signature électronique et sur votre site internet. Vous pouvez également vous engager au niveau régional, où les personnalités locales sont des messagers crédibles avec un impact important. Vous pouvez par exemple participer à votre comité régional, aider à la distribution de flyers, passer des annonces avec votre témoignage dans les médias régionaux ou informer du danger que représente le frein aux coûts lors d'événements dans votre région. Vous pouvez obtenir du matériel gratuit sur le site de la campagne ou à l'adresse [info\[at\]frein-aux-couts-non.ch](mailto:info[at]frein-aux-couts-non.ch).

Celles et ceux qui souhaitent être moins exposés peuvent par exemple faire un don pour soutenir la campagne. Mais surtout, que chacune et chacun d'entre vous informe son entourage du frein aux coûts et l'incite à rejeter cette initiative dangereuse par un NON clair et net le 9 juin 2024.

Dans ce contexte politique complexe, il est primordial que des médecins s'engagent en politique et en politique professionnelle. Les élections générales de la FMH auront lieu le 6 juin 2024. Nous remercions toutes les personnes qui se sont portées candidates. Celles qui ont envoyé leur portait dans les délais à la FMH se présentent dans le présent numéro aux pages 26-42.



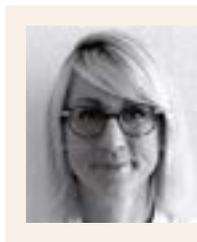
Références

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

Violence envers les soignants: l'augmentation des primes a cristallisé les tensions

INTERVIEW DE JESSICA COLOMBÉ PAR SOPHIE LONCHAMPT

Rev Med Suisse 2024; 20: 813 | DOI: 10.53738/REVMED.2024.20.870.813



DRE JESSICA COLOMBÉ

Vice-présidente de la Société médicale
du canton du Jura (SMCJU)
Place des Mouleurs 4
2822 Courroux
cabinet.colombe@bluewin.ch

Que ce soit à l'hôpital ou en cabinet, la violence envers les médecins et le personnel soignant ou administratif est de plus en plus répandue. Jessica Colombé, médecin généraliste à Courroux et vice-présidente de la Société médicale du canton du Jura, souhaite alerter l'opinion publique sur cette problématique qui pèse de plus en plus lourdement sur le quotidien des médecins.

Avez-vous constaté une augmentation de l'agressivité des patients ces dernières années?

Jessica Colombé (JC): Oui, nettement. Je suis installée depuis huit ans et j'ai observé un réel changement dans le comportement des patients, qui sont de plus en plus enclins à la confrontation. De nombreux confrères rapportent d'ailleurs le même phénomène. Pour l'instant, nous n'avons à faire «qu'à» de la violence verbale, mais faut-il attendre qu'un médecin se fasse molester avant d'agir? Heureusement, ce type de comportement ne concerne qu'une minorité de patients. Mais lorsqu'on y est confronté régulièrement, leur gestion devient éreintante.

Quelles sont selon vous les causes de ces comportements?

JC: Je les attribuerai à trois facteurs. Tout d'abord, à l'évolution sociétale: nous sommes de plus en plus habitués à obtenir immédiatement tout ce que nous voulons. Par conséquent, il est parfois difficile de comprendre qu'on puisse refuser certains examens ou traitements, même si ce refus est médicalement justifié. Certains praticiens, pour éviter les conflits, accèdent à toutes les demandes des patients, ce qui aggrave encore ce problème en contribuant à l'escalade des exigences. Ensuite, ces comportements sont liés à une augmentation de l'anxiété et de la détresse psychologique dans la population, en partie attribuable à la crise du Covid. Enfin, l'augmentation des primes maladie a cristallisé toutes ces tensions. De nombreux patients estiment qu'au vu des sommes considérables qu'ils déboursent, ils sont en droit d'avoir des attentes élevées.

Arrivez-vous à garder espoir malgré cette situation?

JC: C'est très difficile. J'ai axé toute ma vie autour de la médecine mais aujourd'hui, je doute de pouvoir continuer de nombreuses années à exercer dans de telles conditions. Si c'était à refaire, je choisirais probablement une autre voie professionnelle. J'ai d'ailleurs convaincu ma fille de ne jamais suivre des études de médecine. Ce qui est dommage: c'est un métier passionnant et enrichissant lorsqu'il est exercé dans de bonnes conditions.

Comme le révèlent plusieurs études récentes, le burn-out touche de plus en plus de médecins. L'hostilité grandissante des patients est-elle la seule raison de cette détresse?

JC: Non, c'est en fait une combinaison de plusieurs facteurs. La violence des patients n'est que la partie visible de l'iceberg. La surcharge administrative en fait aussi partie. Les tâches administratives absorbent environ une journée de travail par semaine, ce qui devient tout simplement insoutenable. Par ailleurs, la pénurie de médecins nous met sous pression, alors que le système de santé attend toujours plus de nous. Le médecin généraliste est appelé à jouer un rôle central dans le système de soins, tandis que les exigences des assurances maladie ne cessent d'augmenter, entraînant une charge de travail considérable. Toutes ces contraintes représentent un risque pour la santé mentale des professionnels de la santé, mais aussi pour la relève. Si cette tendance perdure, plus aucun jeune ne souhaitera devenir généraliste.

Quelles solutions envisagez-vous pour rétablir des relations apaisées entre patients et soignants?

JC: Je pense qu'il faut éduquer et sensibiliser la population, mais aussi condamner fermement les actes de violence et mieux protéger les soignants. Sur les réseaux sociaux, il est facile pour des individus de ternir la réputation d'un médecin en divulguant son nom. Or, confronté à des accusations sans aucun fondement, un médecin n'a souvent pas la possibilité de se défendre en raison du secret médical. En se focalisant exclusivement sur la protection des patients, on en oublie parfois que les médecins et tout le personnel médical méritent également d'être protégés et défendus.

IL FAUT CONDAMNER FERMEMENT LES ACTES DE VIOLENCE ET MIEUX PROTÉGER LES SOIGNANTS

Extrait de l'Agefi

Extrait du Bulletin des médecins suisses



© Dragoscondrea / Dreamstime

Certains médicaments sont en rupture de stock dans les pharmacies.

Vous avez dit pénurie?

Médicaments En vingt ans, la part de la production de substances actives a diminué environ de moitié en Europe. Cette situation a contribué aux pénuries de médicaments que nous connaissons aujourd'hui. Production globale concentrée en Asie, chaînes d'approvisionnement complexes, pression des coûts... les causes sont multiples. État des lieux.

Ines Böhm

Les déficits dans l'approvisionnement en médicaments peuvent nuire à la qualité du traitement et influencer négativement sur la santé des patientes et patients, ainsi que sur le système de santé. Au début du mois d'avril, on

dénombrait en Suisse 878 emballages et 683 produits/dosages non disponibles [1]. Nombre de facteurs, combinés les uns aux autres, contribuent aux pénuries de médicaments.

Extrait du Bulletin des médecins suisses (suite)

Chercher les causes profondes

Les vingt dernières années ont été marquées par une délocalisation progressive de la production pharmaceutique de l'Europe vers l'Asie. Alors que l'Europe produisait 53% des substances actives nécessaires à sa population en l'an 2000, cette part n'était plus que de 25% en 2020.

Les trois quarts des matières premières utilisées pour les produits pharmaceutiques sont désormais fabriqués en Asie, la plus grande partie en Chine. Étant donné l'avantage d'une production de masse, encouragée par la Chine et l'Inde, l'absence ou le non-respect de contraintes environnementales et les charges salariales plus faibles, les coûts de production y sont nettement plus attractifs. De plus, l'Europe ne disposant de techniques de fabrication de substances de base ou de produits intermédiaires qu'en quantités limitées (par exemple les halogénations), elle ne serait donc plus en mesure de les produire [2]. Et même si les fabricants européens en avaient encore les moyens techniques, ils resteraient dépendants de la Chine et de l'Inde pour la fabrication de substances actives.



© Dmitrii Meinkov / Dreamstime

L'industrie pharmaceutique européenne est devenue progressivement dépendante de l'Asie, notamment de la Chine et de l'Inde.



© Mrsiwabud Veerapaisarn / Dreamstime

Les acteurs de la chaîne de valeur pharmaceutique déplorent le manque de transparence des chaînes d'approvisionnement.

Perturbation des chaînes d'approvisionnement

La chaîne d'approvisionnement reliant la production en Asie aux utilisateurs en Suisse constitue un autre facteur de risque pour la disponibilité des médicaments. En règle générale, cette chaîne d'approvisionnement mondiale, longue, complexe et fragmentée, dépend de producteurs très divers (des matières premières aux matériaux d'emballage) et de l'infrastructure de transport. Sauf influences exceptionnelles, les problèmes de qualité dans la fabrication de produits pharmaceutiques sont la principale cause d'interruption de la chaîne d'approvisionnement, d'après une étude de la Food & Drug Administration (FDA) américaine [3].

On peut classer les problèmes de la chaîne d'approvisionnement en trois groupes: l'augmentation de la demande, la réduction de la capacité de production et les problèmes de coordination [4]. Parmi les exemples des dernières années, on compte la forte demande de respirateurs pendant la pandémie de COVID-19 qui n'a pu être satisfaite qu'avec du retard [5]. En 2018, BASF à Bishop (Texas) a connu des problèmes techniques, ayant entraîné une interruption complète de la production d'ibuprofène dans son usine [6]. Pour éviter les éventuelles attaques de rebelles Houthis en mer Rouge, les compagnies maritimes font des détours, d'où les retards de livraison et les hausses de prix pour les produits importés d'Asie [7]. Une gestion des stocks des fabricants, des centres de distribution et des établissements de santé en flux tendu permet certes de faire des économies, mais conduit rapidement à des pénuries [4].

Les acteurs de la chaîne de valeur pharmaceutique – des fabricants de substances actives aux associations de patients en passant par les titulaires d'autorisations de mise sur le marché – déplorent le manque de transparence des chaînes d'approvisionnement. Faire la lumière sur les besoins du système de santé jusqu'à la disponibilité des matières premières aiderait à identifier les points faibles et à trouver à temps des solutions [8].

Extrait du Bulletin des médecins suisses (suite)



© Traimak Ivan / Dreamstime

Les entreprises réservent leurs matières premières et leurs installations aux substances actives les plus rentables.

Pression sur les coûts

La pénurie touche plus rarement les substances actives protégées par des brevets. Dans la plupart des cas, on continue de les fabriquer en Suisse ou au moins en Europe [2]. En général, les génériques sont produits par différents fabricants [9]. Dans une conjoncture concurrentielle, on mise sur l'efficacité pour fabriquer des médicaments moins chers. En revanche, une gestion des capacités de production ou des stocks limitée ne tolère pas de grandes marges de manœuvre [10]. Pour des raisons financières, la production a principalement lieu en Asie [11]. Les entreprises qui fabriquent plusieurs produits réservent leurs matières premières et leurs installations aux substances actives les plus rentables. Il arrive alors que des médicaments à faible marge ou répondant à des exigences de qualité plus élevées ne soient plus fabriqués [12].

En Suisse, il ne reste plus que quelques fabricants de génériques. Ils produisent peu de substances actives. Pour les fabricants suisses, il est difficile de produire de manière rentable vu les prix pratiqués [13].



© Imagocq / Wikimedia

Si un fabricant prévoit de vendre un médicament en Suisse, il doit déposer une demande séparée auprès de Swissmedic.

Autorisation spéciale de médicaments

Pour les pays de l'Union européenne, l'autorisation de mise sur le marché de nouveaux médicaments passe par l'Agence européenne des médicaments (EMA). Si un fabricant prévoit de vendre un médicament en Suisse, il doit déposer une demande séparée auprès de Swissmedic. Ce choix revient au fabricant. Si le marché lui semble trop restreint, il ne procédera pas à cette requête. Cela a été le cas, en 2022, avec le vaccin contre la variole du singe. Le gouvernement fédéral est intervenu pour se le procurer [14].

Il est dans l'intérêt des fabricants de vendre un nouveau médicament le plus rapidement possible. Ces dernières années, Swissmedic a considérablement accéléré son processus d'autorisation de mise sur le marché: il était en moyenne d'à peine 15 mois en 2021 [15]. Toutefois, les demandes sont déposées auprès de Swissmedic en moyenne 118 jours après celles déposées auprès de l'EMA [16]. Ce n'est qu'une fois l'autorisation accordée que l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) entame les négociations de prix avec les fabricants. En 2022, inscrire le médicament sur la liste des spécialités prenait 135 jours en moyenne, contre 60 jours prescrits [17]. Or, selon l'OFSP, la procédure «Early Access» et une fixation provisoire des prix permettent d'accélérer le processus [18].

Extrait du Bulletin des médecins suisses (suite)

Évolution du coût des génériques

Pour encourager l'utilisation de génériques, le Conseil fédéral a adapté leur tarification. Les génériques doivent être de 20 à 70% moins chers que le médicament original, suivant le volume de marché de ce dernier. Après trois ans, on réexamine le prix à tour de rôle; désormais, les écarts de prix devront être de 5% supérieurs à ceux pratiqués jusqu'à présent [19]. Il pourrait s'en ressentir un effet négatif sur l'attractivité du marché suisse des génériques qui est de toute façon restreint, exige une autorisation de mise sur le marché séparée et nécessite des notices en trois langues.



© Janceluch / Dreamstime

Les génériques doivent être de 20 à 70% moins chers que le médicament original, suivant le volume de marché de ce dernier.



© P. Kiesel / Dreamstime

Médecins et pharmaciens s'efforcent de trouver des alternatives pour répondre à la pénurie de médicaments.

Mesures à court terme et surcoût

En cas de pénurie de médicaments de la liste des spécialités, la fabrication de préparations magistrales par les pharmacies offre un soulagement à court terme. L'OFSP a supprimé les restrictions quantitatives en cas d'indisponibilité [20]. Cette situation vaut quand une préparation n'est pas disponible au dosage correspondant et qu'il est impossible d'utiliser des médicaments de même principe actif figurant sur la liste des spécialités. Dans ce cas, l'assurance obligatoire des soins (AOS) prend en charge le remboursement [21].

Fort heureusement, il est rare de manquer de toutes les préparations d'une substance active. Médecins et pharmaciens s'efforcent de trouver les solutions les plus diverses pour fournir aux patientes et patients les soins adéquats. Ce surcroît de travail n'est rémunéré pour aucun des groupes professionnels. Si un médicament n'est pas disponible en Suisse, mais qu'il l'est à l'étranger, il peut y être acheté dans le cadre du remboursement au cas par cas.

En temps normal, la Suisse n'autorise pas la remise de médicaments sans leur emballage ou en quantités partielles. En cas de pénurie persistante et pour préserver les stocks, il est acceptable, pour certaines substances actives, de ne tirer d'une boîte que la quantité nécessaire [22]. La liste des substances actives a été élargie [23].

La quête de nouvelles voies d'approvisionnement en médicaments s'étend au monde entier. Concentrer la production de substances actives dans quelques régions du monde présente un risque pour la pérennité de l'approvisionnement. Afin de lutter contre ce problème, des initiatives visant à produire à nouveau davantage de médicaments en Europe voient le jour [24]. Une chose est sûre: les situations de monopole pour certaines substances actives sont à éviter.



Références

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



© Tatiana Kim / Dreamstime

La pénurie actuelle de médicaments menace la qualité des soins et la sécurité des patients.

Approvisionnement en médicaments, quo vadis?

Solutions viables recherchées L'approvisionnement en médicaments est un problème croissant, qui mobilise de plus en plus de ressources et entraîne des surcoûts pour lesquels ni les cabinets médicaux, ni les pharmacies, ni les hôpitaux ne sont indemnisés. À cela s'ajoutent la charge administrative et des processus impraticables qui aggravent inutilement le problème à l'échelle nationale.



Carlos Quinto

Dr méd., membre du Comité central de la FMH, responsable du département Santé publique et professions de la santé

Les perturbations d'approvisionnement enregistrées par l'Office fédéral pour l'approvisionnement économique du pays (OFAE) ne cessent d'augmenter et ont même connu une croissance exponentielle ces dernières années. Une distinction doit être faite entre les principes actifs, les préparations aux dosages appropriés et enfin les emballages de tailles différentes qui sont distribués en fonction de la durée de traitement visée. Au moment d'écrire cet article, il manque en Suisse 106 principes actifs avec obligation de notifier. Or de nombreux médicaments couramment prescrits dans les cabinets médicaux ne sont

pas soumis à notification, comme les antihypertenseurs ou les antidiabétiques. La véritable ampleur du problème est donc mieux illustrée sur le site privé www.drugshortage.ch, créé par Enea Martinelli. Il manque 338 principes actifs ou 683 dosages et/ou formes galéniques de ceux-ci et, si l'on tient en plus compte des tailles d'emballage faisant défaut, ce chiffre est de 878 (état au 8 avril 2024). La disponibilité change d'une semaine à l'autre, parfois même d'un jour à l'autre. Certains médicaments font également l'objet d'un rationnement depuis des mois. Par exemple, un cabinet de médecine de famille avec

Extrait du Bulletin des médecins suisses (suite)

pharmacie privée reçoit de son grossiste certains antidiabétiques en quantité telle qu'à peine 10% de ses patientes et patients diabétiques peuvent être traités. Les 90% restants doivent se rendre avec une ordonnance dans les pharmacies des environs, où ils obtiennent parfois leurs médicaments, parfois non. Cela est également problématique lorsque ces personnes doivent être envoyées chez des spécialistes ou à l'hôpital, entraînant alors des frais de consultation supplémentaires. Des assistantes et assistants de cabinets médicaux et de pharmacies ont déjà fait l'objet d'agressions verbales et parfois même physiques de la part de patientes et de patients en colère car leurs médicaments n'étaient pas disponibles. Ce sont alors les médecins, les pharmaciennes et les pharmaciens qui doivent expliquer la situation à la patientèle insatisfaite. Dans les hôpitaux, depuis peu, les services de sécurité sont beaucoup accaparés par la protection du personnel soignant et des médecins. Depuis des années, le problème ne cesse de s'étendre et a pris une grave ampleur. C'est dans ce contexte que nous avons décidé de fournir des informations et de prendre position dans une série d'articles à paraître dans plusieurs numéros du Bulletin des médecins suisses (BMS).

Charge administrative

Appels téléphoniques, ordonnances, virements et commandes. La charge de travail pour fournir aux patientes et aux patients les médicaments nécessaires sous la forme galénique adéquate, au bon dosage et dans la taille d'emballage appropriée a triplé. Entre-temps, nous recommandons aux patientes et patients sous traitement médicamenteux continu pour des maladies chroniques de nous contacter pour se réapprovisionner lorsqu'il ne leur reste des médicaments que pour une durée d'un mois environ. Nous déconseillons toutefois de faire des réserves, car cela aggraverait encore fortement la situation de pénurie générale.

Numérisation

Les systèmes informatiques n'apportent qu'un soutien très modéré à la problématique de la pénurie de médicaments. En règle générale, les médecins et les pharmaciennes et pharmaciens doivent intervenir manuellement dans le système, par exemple lorsque ce dernier ne reconnaît pas automatiquement un changement de générique. Les dosages doivent aussi être saisis manuellement. Une suppression manuelle est également nécessaire pour les génériques ou les préparations originales qui ne sont pas disponibles. Pour un cabinet de groupe de premier recours qui travaille depuis 20 ans avec un dossier médical électronique et qui est

entièrement numérisé depuis plus de 10 ans, les coûts pour la maintenance, le matériel, les logiciels, la sécurité et la protection des données s'élèvent à environ 20 000 francs par médecin et par an. Sans parler des heures de travail que les médecins et les coordinatrices et coordinateurs de cabinet doivent consacrer aux questions, aux problèmes et à la télémaintenance des éléments de numérisation. Les solutions existantes sont malheureusement à mille lieues de la réalité quotidienne. Il pourrait être possible d'alléger la charge de travail si des applications numériques adaptées, conçues en collaboration avec les utilisatrices et utilisateurs, étaient disponibles. Si ces outils se révélaient être faciles d'utilisation et porteurs de bénéfice, il ne serait même pas nécessaire de rendre leur utilisation obligatoire par la loi.

Il manque 338 principes actifs, 683 dosages ou formes galéniques et, en considérant les tailles d'emballage, 878 produits!

Vulnérabilité

Les personnes vulnérables sont particulièrement affectées à chaque crise qui touche au domaine des soins. En effet, elles ne disposent ni des ressources économiques ni des ressources psychiques ou physiques qui permettraient une adhésion thérapeutique aussi bonne que celle des personnes disposant de ressources moyennes. Les sociétés de psychiatrie et de psychothérapie sont donc particulièrement concernées par la pénurie actuelle de médicaments, qu'ils soient destinés aux enfants et adolescents ou aux adultes. Lisez à ce sujet l'article sur la pénurie de médicaments en psychiatrie à la page 34 de ce numéro du BMS. D'autres articles sur la pénurie de médicaments suivront.

Innovation

La Suisse, en tant que pôle de recherche pharmaceutique, subit également les conséquences de la pénurie si les médicaments utilisés comme médicaments de comparaison dans les études cliniques pour la recherche de nouveaux traitements ne sont pas disponibles de manière fiable sur le marché national. La recherche et l'innovation s'en retrouvent également freinées, notamment l'introduction de nouveaux traitements – qu'ils soient plus efficaces ou mieux tolérés, ou les deux.

International et national

Il est plus qu'évident que l'on ne pourra pas résoudre de manière satisfaisante le problème

de la pénurie de médicaments en n'agissant qu'à l'échelle nationale. Dans l'article sur la pénurie de médicaments à la page 18 de ce numéro, on peut lire que l'Europe se trouve déjà dans une situation de dépendance critique vis-à-vis d'autres continents et de deux pays en particulier. Certains pays européens l'ont compris et sont devenus très actifs, par exemple dans le domaine de la production de vaccins, afin de reconstituer les capacités de production perdues. La question est de savoir dans quelle mesure la Suisse peut s'impliquer en Europe pour pallier la pénurie de vaccins et de médicaments, et ce dans l'intérêt des deux parties. La position de la Suisse en tant que pôle de recherche et place économique est également en jeu. La «valorisation» est essentielle pour la prospérité économique en cas de pénurie de matières premières.

Patientes et patients

La relation médecin-patient est au centre de notre activité. En dépit de conditions de travail de plus en plus difficiles et d'une pénurie d'approvisionnement en médicaments, en vaccins et en dispositifs médicaux, notre système de santé se distingue jusqu'à présent par sa qualité qui se maintient actuellement à un niveau élevé et par un bon accès aux soins, et ce principalement grâce à l'engagement de toutes les professions de la santé. À l'été, à l'issue de la votation sur l'initiative pour un frein aux coûts, nous serons fixés sur notre capacité future à garantir l'accès aux soins, aux médicaments, aux vaccins et aux dispositifs médicaux à l'ensemble des patientes et des patients. La charge administrative inutile et la situation de pénurie actuelle sont déjà aujourd'hui les facteurs qui menacent le plus la qualité des soins et la sécurité des patients. Une nouvelle augmentation de la charge administrative par une microrégulation éloignée de la pratique porterait un coup à la motivation intrinsèque des professions de la santé. Or une population vieillissante a des besoins grandissants en matière de soins médicaux.

Les personnes vulnérables, c'est-à-dire les patientes et patients souffrant de maladies multiples et chroniques, telles que celles accompagnées par les Ligues de la santé ou la Fondation suisse de cardiologie, ont notamment de mauvaises cartes en main. Nous espérons que ces cercles prendront également conscience de la nécessité de s'engager maintenant en faveur de leurs patientes et de leurs patients, qui seraient les premiers concernés par un budget global et des modèles d'assurance complémentaire.



Fake news en médecine et leur impact sur nos patients

L'exemple de l'hydroxychloroquine

Pr CAMILLO RIBI

Rev Med Suisse 2024; 20: 679-80 | DOI : 10.53738/REVMED.2024.20.868.679

Articles publiés
sous la direction de

JÖRG D. SEEBACH

Service
d'immunologie et
d'allergologie
Hôpitaux
universitaires de
Genève

CAMILLO RIBI

Service
d'immunologie et
allergie
Centre hospitalier
universitaire vaudois
Lausanne

Lors de la première vague de la pandémie à SARS-CoV-2, alors que la communauté médicale cherchait fébrilement des remèdes pour contrer l'importante mortalité liée à l'infection, l'hydroxychloroquine (HCQ) faisait partie des molécules dont la prescription a été «repositionnée». Elle a été administrée à un large nombre de malades Covid, soit à usage compassionnel, soit dans le cadre de protocoles d'études. Nombreux étaient ceux qui avaient cru bon d'intégrer cette molécule dans la lutte contre ce virus, sur la base d'une étude chinoise ayant montré une activité antivirale in vitro. D'autres, comme le Pr Didier Raoult à Marseille, prônaient l'efficacité de l'HCQ contre le Covid sur la base de suppositions. L'HCQ était alors administrée à une dose plus importante qu'elle ne l'est dans les maladies auto-immunes ou infectieuses, à des patients très malades et souvent en association avec d'autres substances comme l'azithromycine, avec laquelle elle présente des interactions pharmacologiques. Les doses d'HCQ utilisées dans le Covid sévère variaient, avec des traitements de charge pouvant comprendre 2400 mg en 24 heures, puis 800 mg/jour durant 9 jours consécutifs. À titre de comparaison, la dose quotidienne recommandée dans le traitement des maladies auto-immunes ne devrait pas dépasser les 400 mg/jour et doit être ajustée au poids (5 mg/kg de poids corporel/jour). L'engouement pour l'HCQ a provoqué au printemps 2020 une pénurie de ce médicament, avec un certain nombre de patients atteints de maladies auto-immunes n'ayant plus trouvé de quoi se soigner.

À la suite de la première vague de Covid, il a fallu se rendre à l'évidence que non seulement

l'HCQ ne semblait pas améliorer la survie des malades du virus, mais qu'elle pouvait être responsable d'effets indésirables sérieux, notamment une toxicité cardiaque avec des troubles du rythme.

Récemment, une étude effectuée par l'équipe de pharmacotoxicologie de l'Université de Lyon s'est basée sur l'augmentation du risque de mortalité de 11% rapportée par une méta-analyse d'études randomisées avec l'HCQ utilisée comme traitement du Covid.¹ En multipliant ce risque par les taux de mortalité rapportés par divers pays chez les malades hospitalisés pour cette affection et sur la base d'un taux de prescription d'HCQ estimé dans chaque pays

étudié, les auteurs concluent que 17000 décès intra-hospitaliers liés au Covid sont attribuables à la toxicité de l'HCQ.² Malgré les limites de l'étude, le chiffre effarant de décès attribué à l'HCQ a rapidement suscité l'intérêt des médias et fait le tour des réseaux sociaux. Le 7 janvier dernier, RTS La première diffuse dans sa matinale une interview avec le dernier auteur de cette étude, qui dépeint l'HCQ comme toxique pour le cœur. Alarmés, certains patients de notre service traités de longue date par de l'HCQ pour des maladies auto-immunes ont jugé opportun d'interrompre ce traitement, même si celui-ci était tout à fait bien toléré et efficace, et ceci sans demander conseil à leur médecin. Utilisée depuis des décennies, l'HCQ s'est avérée un traitement essentiel pour des maladies auto-immunes, telles que le lupus érythémateux cutané ou systémique (LES) ou la polyarthrite rhumatoïde. L'HCQ diminue le risque de poussée et la mortalité de ces patients, en particulier en réduisant les événements

**L'ENGOUEMENT
POUR L'HYDROXY-
CHLOROQUINE
EN A PROVOQUÉ
AU PRINTEMPS
2020 UNE PÉNURIE**

Bibliographie

1
– Axfors C, Schmitt AM, Janiaud P, et al. Mortality outcomes with hydroxychloroquine and chloroquine in COVID-19 from an international collaborative meta-analysis of randomized trials. *Nat Commun.* 2021;12(1):2349.

2
– Pradelle A, Mainbourg S, Provencher S, et al. Deaths induced by compassionate use of hydroxychloroquine during the first COVID-19 wave: an estimate. *Biomed Pharmacother* 2024;171:116055.

Extrait de la Revue Médicale Suisse (suite)

Bibliographie

3

– Fanouriakis A, Kostopoulou M, Andersen J, et al. EULAR recommendations for the management of systemic lupus erythematosus: 2023 update. *Ann Rheum Dis.* 2024;83(1):15-29.

4

– Chatre C, Roubille F, Vernhet H, Jorgensen C, Pers YM. Cardiac Complications Attributed to Chloroquine and Hydroxychloroquine: A Systematic Review of the Literature. *Drug Saf.* 2018;41(10):919-31.

5

– Subhan S, Wang A, Dey S, Tang W, Aronow WS. Hydroxychloroquine, QTc prolongation and risk of torsades de pointes. *Arch Med Sci Atheroscler Dis.* 2023;8:e75-e80.

6

– Garcia MC, Tsang K, Lohit S, et al. Hydroxychloroquine-Chloroquine, QT-Prolongation, and Major Adverse Cardiac Events: A Meta-analysis and Scoping Review. *Ann Pharmacother.* 2023; 10600280231204969.

cardiovasculaires. Dans le LES, la recommandation est de prescrire l'HCQ à tout patient, à moins que celui-ci ne présente une contre-indication.³ Un des grands avantages de cette molécule est qu'elle module le système immunitaire très en amont des dérèglements menant à l'inflammation et sans induire d'immunosuppression, c'est-à-dire sans augmenter le risque infectieux ou tumoral. L'HCQ a également l'avantage de pouvoir être administrée durant la grossesse. En dehors du dépistage régulier de rétinopathie pouvant compliquer son utilisation au long cours, l'HCQ ne nécessite habituellement pas de surveillance particulière. Une toxicité cardiaque est néanmoins décrite dans de rares cas de traitement prolongé.⁴

Aux doses habituelles, l'HCQ ne semble pas prolonger le QT de manière significative.⁵ Des études s'intéressant de manière prospective à une toxicité cardiaque n'ont pas démontré de risque accru d'arythmies, d'événements cardiaques ou de décès chez les patients traités par HCQ dans les indications reconnues.⁶ Il faut en conclure que la toxicité aiguë attribuée à l'HCQ dans le Covid est probablement liée aux fortes doses prescrites, aux interactions médicamenteuses avec d'autres molécules coadministrées et à la vulnérabilité cardiaque propre à l'infection. Hors Covid, les données concernant le risque de troubles du rythme en cas de traitement par de l'HCQ se veulent rassurantes. Il convient néanmoins d'être attentif à la survenue de signes d'insuffisance cardiaque ou de troubles de conduction en cas de traitement prolongé par HCQ.

Après s'être retrouvés à court d'HCQ en début de pandémie en raison de la ruée sur la

molécule, nos mêmes patients atteints de maladies auto-immunes se retrouvent quatre ans plus tard à interrompre leur traitement, à nouveau sur la base de données peu solides et largement véhiculées.

Ce n'est pas la première fois que des médicaments utilisés durant la pandémie sont la proie de «fake news» véhiculées par les réseaux. On se rappelle le tweet malheureux du ministère de la santé français le 14 mars 2020, indiquant que «la prise d'anti-inflammatoires (ibuprofène, cortisone...) pourrait être un facteur d'aggravation» du Covid. Ce message, immédiatement relayé par les réseaux, a incité bon nombre de patients à interrompre leur traitement à base de corticostéroïdes, par voie inhalée ou orale. On sait aujourd'hui que l'arrêt des corticostéroïdes est un facteur de risque pour le Covid sévère et que la dexaméthasone – une autre molécule «reconvertie» à la tâche – constitue l'un des piliers du traitement. Cette incrimination hâtive et répétée de thérapeutiques essentielles dans les maladies inflammatoires a déconcerté certains patients et les a poussés à interrompre de leur propre chef leur traitement, les mettant à risque de poussées de leur maladie chronique.

Dans un monde où l'information se propage à une vitesse grand V – surtout si elle fait «scoop» –, les médias devraient attendre une validation par d'autres sources avant de la relayer. Ceci vaut également pour des nouvelles médicales, dont les médias et réseaux sociaux sont friands.

**CE N'EST PAS LA
PREMIÈRE FOIS
QUE DES
MÉDICAMENTS
FONT L'OBJET
DE FAKE NEWS**

TRIBUNE

Un label de qualité proposé par la SVM

Alors que la pénurie est déjà bien réelle, la médecine de premier recours est en plus dépendante de l'apport des médecins formés à l'étranger. Dans le canton de Vaud, 42% des autorisations de pratique délivrées entre 2010 et 2021 en médecine générale l'ont été à des médecins praticiens. Leur titre de spécialiste en médecine interne générale ne peut pas être reconnu en Suisse et leur droit à facturer leurs prestations a été strictement limité par l'intervention TARMED de 2018, rendant leur activité à la limite de la viabilité économique.

La SVM et Médecins de famille Vaud (mfv) ont mis sur pied un concept de labellisation des médecins praticiens qui exercent la médecine interne générale. Il vise à permettre aux médecins praticiens remplissant les exigences requises d'attester que leur pratique est identique aux internistes généralistes disposant d'un titre de spécialiste en médecine interne générale délivré par l'Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue (ISFM), afin qu'ils et elles puissent bénéficier des mêmes droits de facturation (tableau 1).

Adoptée par l'Assemblée générale de la Société Médicale de la Suisse Romande (SMSR) en 2019, une résolution de l'Assemblée des délégués (AD) de la SVM du 25 juin 2020 préconise la mise en route d'un tel label dans les meilleurs délais. Les autorités cantonales vaudoises et neuchâtelaises s'étaient montrées intéressées, mais la pandémie de Covid-19 et les polémiques sur la valeur du point tarifaire ont relégué cette requête au second plan.

limiter les effets de la pénurie

Un groupe comprenant les présidents des sociétés neuchâtelaises et vaudoises de médecine, et ceux de Médecins de famille Suisse (mfe) et de la Fédération des méde-

cins suisses (FMH), tente de relancer la dynamique. La grande majorité des médecins praticiens déjà installés et celles et ceux qui vont les rejoindre ne pourront en effet pas mener en parallèle une activité en cabinet et les compléments de formation exigés pour obtenir un titre ISFM.

Des opérations sont en cours auprès de la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) dans la perspective de recueillir le soutien des Cantons, ainsi que leurs éventuelles exigences concernant la labellisation des médecins praticiens. Il s'agira ensuite d'entreprendre les démarches auprès des assureurs pour amender les conventions cantonales sur les valeurs de point tarifaires, dont ils sont l'autorité d'approbation.

En parallèle, ce groupe projette d'approcher les sociétés de disciplines médicales concernées en vue de la mise sur pied d'une certification professionnelle

susceptible de reconnaître les critères de qualité proposés dans le cadre de ce label. De quoi donner l'impulsion nécessaire pour mettre fin à la discrimination économique et aux restrictions de pratique d'une partie des médecins praticiens injustement pénalisés aujourd'hui. À l'heure où les professions non médicales développent des formations et certifications en « pratique avancée » orientées vers la pratique médicale, nous espérons que les efforts de certification des médecins praticiens contribuent, en les intégrant ainsi mieux dans le corps médical, à limiter les effets de la pénurie de médecins de premiers recours, dont la population est la première à faire les frais.

Source: DOC, N° 09, Hiver 2024, Société vaudoise de médecine (SVM), pp. 20-21.

NOUS ESPÉRONS QUE LES EFFORTS DE CERTIFICATION DES MÉDECINS PRATICIENS CONTRIBUENT À LIMITER LES EFFETS DE LA PÉNURIE DE MPR

TABLEAU 1

Concept de label de la SVM pour les médecins praticiens

A. Qualité de médecin praticien

1. Équivalence aux critères de formation structurée en MIG-ISFM (développement d'une formation certifiante: CAS, autre?)
2. Formation mixte suisse et/ou autre
3. Membre de la Société cantonale de médecine et de la section cantonale de médecin de famille et implication dans ces sociétés/associations

B. Formation continue du MP labellisé

1. Exigences ISFM (50 crédits structurés + 30 personnels)
2. Participation à > 1 cercle(s) de qualité «reconnu»
3. Modules de formation spécifiques en médecine de premier recours

A + B

- Annexes aux conventions tarifaires cantonales avec les assureurs
- Facteur «valeur intrinsèque» idem à celle des spécialistes en MIG

DR PHILIPPE EGGIMANN

Président de la Société médicale de la Suisse romande et vice-président de la FMH
philippe.eggimann@svmed.ch
www.svmed.ch



Articles publiés
sous la direction de

DANIEL KAUFMANN

Service des maladies
infectieuses
Centre hospitalier
universitaire vaudois
Lausanne

LAURENT KAISER

Service des maladies
infectieuses
Hôpitaux
universitaires de
Genève

La révolution des médicaments à action prolongée

Pr DANIEL KAUFMANN et Pr LAURENT KAISER

Rev Med Suisse 2024; 20: 731-2 | DOI : 10.53738/REVMED.2024.20.869.731

Après souvent de longues phases de développement et de recherche clinique, les médicaments à action prolongée sont en passe de révolutionner la prise en charge de certaines maladies infectieuses, offrant une avancée significative par rapport aux thérapies traditionnelles administrées quotidiennement.

Bien qu'un nombre limité de traitements traditionnels utilisent déjà des formes «dépôt», telles que la benzathine pénicilline G dont la demi-vie apparente est de 28 jours, les progrès se sont grandement accélérés ces dernières années. Les stratégies pour créer des médicaments à action prolongée incluent la génération de nouvelles molécules ou la modification d'autres déjà existantes pour augmenter leur demi-vie, ainsi que le développement de formes pharmaceutiques entraînant une libération prolongée, que ce soit sous forme dépôt ou par implant.

Différentes classes de molécules se prêtent au développement d'anti-infectieux à prise tout au plus hebdomadaire (formes orales), mensuelle (injections) ou semestrielle (implants). Un exemple marquant récent est celui du traitement du VIH, où l'administration de la combinaison à longue durée d'action de cabotégravir et de rilpivirine toutes les 8 semaines donne des résultats similaires aux trithérapies orales standards, avec, en général, une grande satisfaction des personnes traitées ainsi. De nouvelles combinaisons comprenant de petites molécules, telles que l'inhibiteur de la capsidase lénacavir, ou des anticorps monoclonaux neutralisants à action prolongée sont en évaluation pour des administrations espacées de plusieurs mois. À noter que d'autres infections virales chroniques, telles que les hépatites B et C, sont de bonnes

candidates pour des médications à action prolongée. Les antiviraux injectables pourraient présenter des avantages pour le traitement des enfants et des adolescents, en raison d'un ajustement facile des doses en fonction du poids, ainsi que des enjeux de prise de médicaments oraux et de compliance parfois difficiles à gérer tant pour les patient-e-s que pour leurs parents.

L'adhésion a toujours été un facteur critique dans la gestion des maladies infectieuses, influençant à la fois l'efficacité du traitement et le risque de développement de résistance. Les médicaments à action prolongée réduisent considérablement le fardeau des calendriers de médication quotidiens, améliorant ainsi l'adhésion et, par conséquent, les résultats

**LES HÉPATITES B
ET C SONT DE
BONNES CANDI-
DATES POUR DES
MÉDICATIONS
À ACTION
PROLONGÉE**

du traitement, ainsi que le risque de transmission à d'autres personnes. La stabilité des taux sanguins, meilleure qu'avec des médicaments à prise quotidienne, peut aussi améliorer leur efficacité. La tuberculose constitue une cible de toute première importance pour le développement de traitements combinés à longue durée d'action dont la mise au point pourrait être un atout décisif contre cette ancienne ennemie de l'humanité. Certaines infections bactériennes fréquentes chez nous pourraient aussi bénéficier grandement d'anti-infectieux à action prolongée. Bien que les glycopeptides à longue durée d'action (dalbavancine et oritavancine) soient actuellement approuvés pour le traitement d'infections de la peau et des tissus mous, c'est probablement dans les infections endovasculaires compliquées, telles que les endocardites, et les infections ostéoarticulaires nécessitant des traitements antibiotiques de plusieurs semaines, que leur potentiel thérapeutique pourrait être le plus pertinent.

Extrait de la Revue Médicale Suisse (suite)

Sur le plan de la prophylaxie préexposition (PrEP), les médicaments à action prolongée présentent également un grand potentiel, tant pour des infections contre lesquelles il n'existe pas actuellement de vaccin efficace que pour des populations immunosupprimées répondant peu ou pas à la vaccination. En assurant des taux plus constants, ils répondent particulièrement bien aux enjeux de compliance et d'accès, qui sont encore plus complexes dans les stratégies de prévention que de traitement. Dans le cas du VIH, des études de PrEP ont montré que les antiviraux injectables à longue durée d'action sont une alternative potentiellement attrayante et très efficace aux formulations orales. Ils peuvent répondre à certains des défis de la PrEP et servir, d'une certaine manière, de « pont » en attendant des vaccins efficaces. Ces avantages existent également pour des infections parasitaires: déployée dans les zones endémiques, la prévention du paludisme par des formulations à action prolongée pourrait fortement réduire son réservoir humain, qui joue un rôle clé dans le cycle de reproduction de *Plasmodium*, et donc être utilisée comme un outil de santé publique.

L'intégration des médicaments à action prolongée dans les systèmes de santé, malgré toutes ses promesses, pose des défis. Leur coût et les changements nécessaires en termes d'infrastructures et de formation du personnel représentent des obstacles significatifs à court terme, même si ces nouvelles approches pourraient entraîner des économies notables à long terme. Les nanoparticules et autres techniques de bio-ingénierie permettent non seulement le déploiement de nouvelles molécules, mais aussi la libération prolongée de molécules existantes actuellement administrées sous forme orale. Leur développement est cependant complexe. La sécurité et la tolérance représentent également des défis, compte tenu des effets indésirables potentiels lors d'administration intramusculaire ou sous-cutanée. Un problème plus fréquent que le risque d'infection locale est celui de la tolérance, pour lequel des améliorations significatives sont parfois nécessaires.

Par exemple, certains implants ont induit des réactions locales nécessitant un retrait prématuré chez une proportion inacceptable de participant-e-s aux études. D'autres inconvénients incluent la gestion des effets secondaires qui pourraient persister de nombreuses semaines après l'arrêt du médicament. Le risque tératogène doit également être pris en compte, étant donné qu'une grossesse pourrait survenir ou ne pas être identifiée après l'administration d'un traitement à longue durée d'action. Un aspect spécifique aux anti-infectieux est le risque de développement de résistance à la fin d'un long intervalle d'administration, avec un niveau résiduel infrathérapeutique mais encore suffisant pour exercer une pression de sélection favorisant des mutations, par exemple pour le VIH. Les risques associés aux agents infectieux à haut potentiel de mutation sont également illustrés par l'utilisation d'anticorps monoclonaux neutralisants contre le SARS-CoV-2. Leur demi-vie de plusieurs semaines les rend très efficaces pour prévenir les formes graves de Covid chez les personnes immunosupprimées infectées par des souches virales sensibles. Malheureusement, l'émergence de nouveaux variants porteurs de mutations résistants a rendu de nombreux anticorps obsolètes.

Malgré ces défis, le potentiel des médicaments à action prolongée dans la transformation du paysage de la gestion des maladies infectieuses est indéniable. Leur développement et leur déploiement correspondent à des objectifs de santé publique plus larges visant à améliorer l'adhésion aux traitements, contrôler la propagation des maladies et, en fin de compte, réduire le fardeau mondial des maladies infectieuses. Alors que la recherche et le développement continuent d'avancer, il est impératif pour les systèmes de santé du monde entier d'adopter ces innovations, en surmontant les obstacles à l'accès et à l'implémentation pour réaliser pleinement leurs bénéfices.

**LE POTENTIEL
DES MÉDICAMENTS À ACTION
PROLONGÉE
DANS LA TRANSFORMATION DU
PAYSAGE DE LA
GESTION DES
MALADIES
INFECTIEUSES
EST INDÉNIABLE**

BLOC-NOTES

Le Parlement en son conte de fées

Nous ne souhaitons pas «flinguer l'industrie du tabac» a assuré un élu au Conseil national, lors des débats sur la loi d'application de l'initiative «Enfants sans tabac». Mieux vaut laisser «l'économie décider quelles sont les mesures adéquates» a ajouté un autre.¹ Étranges formules. Flinguer la santé des jeunes donc, on peut. Et, donc, c'est l'économie qui décide dans notre démocratie. Malgré la timidité de l'avancée que cette initiative apporte à une Suisse quasi dernière de peloton dans le domaine de la prévention du tabagisme (et dont la prévalence de tabagisme chez les jeunes est parmi les plus hautes), notre Parlement la met en application avec un projet de loi si peu contraignant et si hypocritement argumenté qu'il en apparaît ridicule.

Peut-être, remarquez, ce ridicule est-il pour la majorité du Parlement une façon de s'opposer aux patients, soignants et associations, qui agissent en faveur de la santé. Leur attitude, voyez-vous, est «partisane» (ils défendent une cause). Seul le libre marché ne l'est pas. Grâce au pouvoir magique de sa «main invisible», il indique la bonne direction, impose de justes sanctions (économiques) et apporte le salut (la croissance). Aux yeux de ce ridicule qui se prend au sérieux, la liberté de commerce va jusqu'à prendre des airs philosophiques, se présentant comme la condition et même l'aboutissement de toute liberté. Plus besoin d'éthique ou de valeurs.

Cette manière de considérer comme un projet du futur le degré zéro de l'ambition en santé publique, ce recul du poids de l'humain (et du vivant) face au pouvoir, tout cela s'avère typique de la politique actuelle. Une identique régression s'observe dans l'ensemble des domaines où le bien commun dérange la liberté économique d'agir sans entrave. Pourtant décidées à la suite de débats ou de votes importants, d'autres mesures sont en train d'être détricotées par la nouvelle majorité du Parlement. La protection face au bruit, les limites à la pollution de l'air ou à l'utilisation de pesticides sont attaquées, les mesures de sauvegarde de l'environnement reculent. Exemple parmi d'autres, l'obligation de zones réservées à la biodiversité ne ressemble plus à grand-chose, alors qu'il s'agissait d'une promesse des adversaires des initiatives contre les pesticides en 2021. Ou encore, le volet concernant le CO₂ dans la mise en œuvre de la votation populaire

en faveur de la loi climat en juin 2023, a été proprement édenté par le Parlement. De 75% de réduction des émissions sur le territoire suisse pour 2030, il l'a ramené à 66%. Le reste pouvant être compensé ailleurs. Autrement dit, le principe aussi inefficace qu'immoral d'un droit de polluer en payant en sous-main d'autres pays pour leurs efforts ne change pas. Aux problèmes créés par les mécanismes de marchés on répond en symétrie par d'autres mécanismes de marché, tout aussi contre-productifs.

Comme si, par simple convention, tous les problèmes pouvaient être solubles dans l'économie et la richesse. Même l'avenir collectif, la santé des populations ou le destin de jeunes fumeurs vulnérables. Au sein de chacun de ces domaines, la dimension morale apparaît pourtant évidente, dépassant les enjeux partisans. Mais la majorité parlementaire semble vivre dans un monde où ni le cancer ni la maladie grave n'existe, où la préservation de la biosphère n'a pas d'importance, où les gens sont stupides (pas besoin de suivre ce qu'ils votent) et l'industrie bienveillante. Jusqu'où ces politiciens sont-ils conscients de l'énormité de l'histoire qu'ils nous racontent? Que faudrait-il pour qu'ils s'échappent de leur conte de fées et entrent dans la réalité des existences amoindries, handicapées et des catastrophes bioclimatiques qui sont à la clé de leurs décisions?

Pour le moment, saisie d'une forme d'envoûtement, la politique majoritaire ne cesse de se distancier de la science. Dans des domaines comme la santé publique ou l'environnement, elle balaise comme quantité négligeable les preuves scientifiques les plus solides. De nombreux parlementaires ne craignent plus de s'afficher en négationnistes des prédictions scientifiques qui contredisent leur idéologie, s'estimant au-delà de toute croyance tout en soutenant une vision du monde hallucinée et pathétique (Sont-ils trumpisés? Pensent-ils encore?).

C'est vrai que les sciences de l'environnement et de la santé, et surtout leurs capacités prédictives, dérangent. Les prendre au sérieux fait vibrer la civilisation, menace la moindre des certitudes sur le fonctionnement de la société. Quelle que soit la direction où porte leur recherche, ce qu'elles annoncent est rude, porteur de difficultés, de défis et de bouleversements. Elles décrivent une évolution qui, si nous ne faisons rien pour l'infléchir, s'imposera à nous avec une violence qui dépasse l'imagination. Elles demandent de réagir maintenant, avec des mesures coûteuses en termes de changements de modes de vie et de renoncements, pour prévenir des problèmes du futur, mesures dont les effets les plus importants seront un amoindrissement de la catastrophe et s'observeront surtout sur le moyen et le

long terme. Autrement dit, elles exigent la fin de la procrastination rassurante, ce vieux fonds de commerce politique. Et surtout, la renonciation à notre système mythologique. Peut-être est-ce là le plus intolérable, le presque monstrueux, de ces sciences: leur manière de rappeler la finitude à une société entièrement fondée sur la promesse de la croissance sans limites.

Comme le rappelle Stéphane Foucart, il y a quelque chose de religieux dans la primauté absolue donnée à l'économie.² De la même manière qu'au 17^e siècle le catholicisme s'était opposé au nom de son dogme à l'héliocentrisme de Galilée, c'est désormais la religion du marché qui affronte la science. Pour les parlementaires fédéraux, la stricte observance du catéchisme économique s'impose à toutes les autres réalités. La santé, l'environnement et le climat répondent certes à des lois scientifiques, mais au centre de leur cosmos règnent les lois sacrées du capitalisme.

Mais le capitalisme, s'il a indéniablement une dimension religieuse, s'inscrit dans le monde contemporain d'une manière encore plus concrète et totalisante qu'une religion. La marchandisation touche l'ensemble des manières de vivre, de travailler, de se déplacer, de se divertir et, de plus en plus, l'intime des rapports humains. Son accélération, comme son envahissement de la sphère sociale, sont portés par la technologie tout en la stimulant. Il s'infiltré via les flux de d'information, les réseaux sociaux, prospère dans les bulles où l'on pense entre soi, à distance de la réalité. Notre société est fragmentée d'intérêts, de besoins, de désirs, de stratégies d'influence, mais elle est dépourvue d'une quelconque vision partagée du monde.

Pour que l'époque entre dans une dynamique préventive – que cette dynamique vise la santé ou l'environnement – il lui faudrait un avenir où se projeter: qu'un autre monde soit souhaitable et possible. Et d'abord qu'il soit l'objet de débats. En proposant une équivalence de tout avec tout, en faisant croire qu'il n'y a de progrès que vers le toujours plus, la théologie économique empêche l'émergence de nouvelles logiques et motivations.

C'est cette paralysie, cette annihilation de toute force alternative qu'il faut refuser. La catastrophe qui vient nous oblige de penser dans l'anticipation et la prévention. Mais il y a un prix à payer: accepter de changer.

Bertrand Kiefer

¹ Citations tirées de: La mise en œuvre de l'initiative «Enfants sans tabac» sous la pression du lobby des cigarettiers. Eric Felley, lematin.ch, 29 février 2024.

² Foucart S. Le libéralisme, une forme de théologie où le marché est érigé en dieu tout puissant. Le Monde, 22 mars 2024.



© pharmaSuisse

L'ordonnance électronique permet d'améliorer la prise en charge tout en offrant des avantages aux fournisseurs de prestations.

Ordonnance électronique: une initiative pionnière

Numérisation Élément central dans la mise en place d'une numérisation porteuse de bénéfices, l'ordonnance électronique Suisse est le fruit d'une initiative commune de la FMH et pharmaSuisse tenant compte des intérêts des fournisseurs de prestations. Elle doit pouvoir être utilisée dans toute la Suisse d'ici fin 2024 et devenir la nouvelle norme d'ici 2029.



Urs Stoffel

Dr méd., membre du
Comité central, respon-
sable du département
Médecine et tarifs
ambulatoires

La transformation numérique s'infiltré dans toujours plus de domaines de la vie, et le secteur de la santé n'y échappe pas. Actuellement, plusieurs projets menés en parallèle par la Confédération visent cette évolution. Nommément, il s'agit de deux révisions du dossier électronique du patient (DEP) [1], du programme DigiSanté [2] et de la révision partielle de la loi sur les produits thérapeutiques (LPTh) [3]. Cette dernière jette les bases de l'ordonnance électronique, dont l'usage est censé devenir monnaie courante.

Elle prévoit également un plan de médication pour les patientes et les patients. Du point de vue de la politique professionnelle, nous considérons que cette révision revêt une très haute importance, car la mise en place d'un processus de médication numérique implique la collaboration électronique de plusieurs fournisseurs de prestations.

Alors que le Parlement transmettait au Conseil fédéral différentes interventions portant sur la numérisation du processus de médication, les deux associations professionnelles

Extrait du Bulletin des médecins suisses (suite)

pharmaSuisse et FMH ont lancé une initiative commune et s'attellent depuis 2022 à la mise en place d'une ordonnance électronique nationale. Étape primordiale pour accroître l'efficacité des soins et améliorer la prise en charge des patientes et des patients, l'ordonnance électronique établit un lien étroit entre des acteurs primordiaux de la prise en charge – le corps médical et les pharmaciens – et regroupe leurs intérêts communs dans une initiative pionnière, l'«ordonnance électronique Suisse».

L'ordonnance électronique Suisse regroupe les intérêts des acteurs directement impliqués dans le processus de médication.

Point de la situation

Lors de la première phase du projet en 2022/23, l'accent a été mis sur la recherche élargie des acteurs et des parties prenantes. Il s'est avéré que l'ordonnance électronique Suisse a reçu un excellent accueil à différents niveaux. Parallèlement, HIN a développé le service d'ordonnance électronique Suisse sous-jacent, qui se base sur un format de données éprouvé (CHMED16A) et doit répondre aux exigences les plus élevées en matière de sécurité et de protection de la sphère privée pour être utilisé dans les cabinets médicaux. Ce service a été testé au cours d'une phase pilote auprès de médecins et de pharmaciens, en vue d'une intégration facile dans les processus en place. En ce qui concerne cette première phase, nous pouvons être satisfaits des progrès réalisés: regroupement et mise en commun des intérêts des fournisseurs de prestations directement impliqués dans le processus de médication, développement d'une solution d'ordonnance

L'ordonnance électronique revêt une grande importance pour les médecins et les pharmaciens, mais aussi pour la population.

électronique conforme aux exigences réglementaires, répondant à des standards de sécurité élevés et suscitant une large acceptation, développement continu de la technologie et engagement accru de tous les participants.

Au cours de la deuxième phase, soit depuis fin 2023, les deux associations impliquées et HIN ont réorienté leur collaboration. L'organisation repose désormais sur un groupe de travail réunissant les trois parties (HIN, FMH

et pharmaSuisse) et un comité de pilotage commun. Les deux associations jouent le rôle de facilitateur, tandis que HIN agit en tant que prestataire de services, dont l'implication étroite est importante notamment pour garantir l'intégration de la nouvelle solution dans les systèmes primaires des fournisseurs de prestations. Pour les concepteurs de ces systèmes, la priorité absolue consiste donc à viser une utilisation de l'ordonnance électronique pratique, simple et efficace. Un autre point important réside dans le développement d'un service ouvert permettant une large participation des fournisseurs de prestations. Les partenaires se sont fixé pour objectif d'introduire l'ordonnance électronique sur l'ensemble du territoire d'ici fin 2024; en d'autres termes, il devrait être possible de l'utiliser dans toutes les pharmacies d'ici là. Ensuite, à l'horizon 2029, l'ordonnance électronique devrait devenir la norme et l'ordonnance papier traditionnelle, l'exception. C'est d'ailleurs une évolution que la révision partielle de la loi sur les produits thérapeutiques anticipe en proposant de rendre les prescriptions électroniques obligatoires.

Pour les concepteurs de systèmes, la priorité consiste à rendre l'utilisation de l'ordonnance électronique simple et efficace.

Contexte de numérisation accrue

La deuxième phase de l'initiative marque une étape importante sur la voie de la numérisation du secteur de la santé. L'utilisation d'ordonnances électroniques nous permet non seulement d'améliorer la prise en charge des patientes et des patients, mais aussi d'offrir des avantages concrets aux fournisseurs de prestations. Permettez-moi d'en citer deux: un processus flexible et efficace pour établir et lire les ordonnances, mais aussi la réduction d'abus potentiels car l'ordonnance électronique ne peut être ni falsifiée ni utilisée une seconde fois. La participation de tous les acteurs importants est cependant essentielle. C'est pourquoi nous appelons les fournisseurs de systèmes à prendre le train en marche dès maintenant, s'ils ne l'ont pas encore fait, et les fournisseurs de prestations à participer activement à cette initiative afin d'en garantir le succès. Car une chose est certaine: l'ordonnance électronique revêt non seulement de l'importance pour les associations impliquées et leurs membres, mais elle procure également des avantages à l'ensemble de la population.

Le projet d'ordonnance électronique Suisse, et plus exactement la collaboration

ciblée et engagée de la FMH et de pharmaSuisse, est un exemple de la manière dont les médecins peuvent ouvrir la voie en faveur d'une numérisation du secteur de la santé

L'ordonnance électronique doit pouvoir être utilisée dans toute la Suisse d'ici fin 2024 et devenir la norme d'ici 2029.

efficace et centrée sur le patient, en collaboration avec les pharmaciens et d'autres acteurs importants. Le moment est venu de ne plus se contenter de parler de numérisation, mais d'agir en mettant enfin en place les bonnes idées et les projets adéquats. L'ordonnance électronique Suisse constitue une étape décisive dans ce sens. Grâce à une étroite collaboration entre les autorités, les milieux politiques et les fournisseurs de prestations, rendons les avantages de la numérisation visibles et accessibles aux patients et aux professionnels et saisissons ensemble cette opportunité.



Références

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

Extrait de Bulletin des médecins suisses



© Péter Gudella / Dreamstime

Le conseiller national Benjamin Roduit propose plus de places d'études et moins d'obstacles lors de la sélection des étudiantes et étudiants.

À la page

La fin du numerus clausus?

Études Une large majorité de parlementaires du Conseil national a adopté une motion visant à remplacer le test d'aptitude et à augmenter le nombre de places d'études. Le statu quo ne satisfait plus grand monde. Explications.

Simon Maurer

Le verdict du Conseil national sur la suppression du numerus clausus était on ne peut plus clair en ce début de mois de mars. 144 parlementaires ont soutenu la motion du conseiller national centriste Benjamin Roduit, qui souhaite obtenir une modification des critères de sélection des étudiants en médecine [1]. Seuls 43 députés du groupe UDC ont voté contre la proposition [2]. Le Conseil fédéral avait déjà recommandé le rejet de la motion. Les précédentes tentatives de suppression du test ont toujours échoué en raison de l'opposition des politiques [3-5].

Or, cette fois-ci, la Chambre du peuple s'est laissé convaincre par les arguments du conseiller national Benjamin Roduit. L'ancien recteur d'un gymnase valaisan a cité les chiffres de la FMH selon lesquels environ 40% des médecins travaillant en Suisse aujourd'hui n'ont pas fait leurs études en Suisse [6]. Ce qui est trop élevé. Lors du débat, le conseiller national a également critiqué le manque de places d'études qui poussent de plus en plus d'étudiantes et étudiants suisses à se rendre

en Europe de l'Est pour y étudier la médecine, car elles et ils ne sont pas admis en Suisse. Lors du débat avec le conseiller fédéral Guy Parmelin, le conseiller national valaisan se serait montré indigné par le taux d'échec incroyablement élevé au test de médecine.

Des signes avant-coureurs différents

En effet, aujourd'hui, environ 65% des jeunes Suisses qui souhaitent se lancer en médecine n'obtiennent pas de place [7]. Pourtant, selon Benjamin Roduit, nombre d'entre eux seraient capables de suivre ce cursus et de devenir de bons médecins, dont le pays a urgemment besoin. Le conseiller valaisan a donc également demandé une augmentation du nombre de places d'études. La décision finale revient désormais au Conseil des États, qui votera prochainement sur la motion.

Les parlementaires de la Chambre haute sont traditionnellement plus critiques envers la proposition de suppression

Extrait du Bulletin des médecins suisses (suite)

du numerus clausus que les députés du Conseil national. Lors du dernier vote en 2011, la proposition de Brigitte Häberli-Koller, alors conseillère nationale, a échoué devant le Conseil des États [8].

Mais cette fois-ci, les signes avant-coureurs sont différents. La pénurie de médecins s'est encore aggravée et la pandémie de COVID-19 a rappelé à la population l'acuité de la situation actuelle dans le domaine de la santé. De plus, en la personne de Brigitte Häberli-Koller, une conseillère aux États s'investit à présent fortement en faveur de cette cause – tout comme Marco Chiesa, conseiller aux États de l'UDC, qui s'était également engagé dans le passé pour la suppression du numerus clausus par le biais d'une interpellation [9]. Il est donc fort possible que le chef de parti sortant de l'UDC fasse changer d'avis les membres de sa formation politique, tout du moins au Conseil des États.

Les précédentes tentatives de suppression du test ont toujours échoué en raison de l'opposition des politiques.

Le corps médical favorable à une nouvelle procédure

Aujourd'hui, plus personne ou presque n'est vraiment satisfait du numerus clausus. Swissuniversities, l'association responsable de l'organisation du test d'aptitudes, ne veut pas défendre le contenu de l'examen et renvoie à une décision prise il y a sept ans par la Conférence suisse des hautes écoles, selon laquelle certaines universités veulent continuer à miser sur le numerus clausus. Cependant, depuis cette décision, les méthodes de sélection des étudiantes et étudiants en médecine ont changé au niveau international.

La FMH s'était déjà positionnée contre le numerus clausus il y a sept ans. «Le test d'aptitudes actuel est insuffisant. Il évalue les capacités cognitives et ne donne aucune indication sur les aptitudes importantes pour l'exercice du métier, comme les compétences sociales et l'intelligence émotionnelle», constate la présidente de la FMH Yvonne Gilli. C'est à ce titre qu'elle s'engage en faveur d'une nouvelle procédure en deux étapes, dans laquelle des tests de jugement situationnel et des mini-entretiens multiples seraient introduits en plus [10].

Selon Yvonne Gilli, la pénurie de médecins de famille et les problèmes liés aux soins de santé ne sont pas uniquement dus au numerus clausus. Mais plutôt au nombre insuffisant de places d'études pour les futurs médecins. Elle demande par conséquent que les médecins soient à l'avenir davantage formés en Suisse. Les chances que la classe politique entende cette fois-ci cette requête sont plus grandes que jamais.



Références

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

Quoi de neuf?

Les hôpitaux de Schaffhouse ont une nouvelle médecin urgentiste



Dre méd. Judith Engeler

Schaffhouse La Dre méd. Judith Engeler sera médecin adjointe et responsable du service interdisciplinaire des urgences de l'Hôpital cantonal de Schaffhouse à partir du 1^{er} juin 2024. Elle succède au Dr méd. Christoph Schmitz. Judith Engeler a étudié la médecine humaine à l'Université de Berne et a obtenu son diplôme en 2000. Elle a travaillé à l'Hôpital cantonal de Saint-Gall, à l'Hôpital universitaire de Zurich (USZ) et à la Wake Forest University. Elle a obtenu son titre de spécialiste en médecine interne générale en 2007. Après deux autres fellowships en néphrologie à l'USZ et à l'Hôpital Zollikerberg, elle a obtenu son titre de spécialiste en néphrologie en 2009. Les trois années suivantes, elle a travaillé comme cheffe de clinique en néphrologie à l'Hôpital cantonal de Frauenfeld, avant d'être promue cheffe de clinique mbF et directrice adjointe du service de néphrologie en 2014. En 2017, elle est passée à la médecine d'urgence et a pris la fonction de cheffe de clinique en médecine d'urgence à l'Hôpital universitaire de Zurich et, à partir de 2019, à l'Hôpital de l'Île à Berne. En 2020, elle a obtenu la formation approfondie interdisciplinaire en médecine d'urgence clinique (SSMUS) et est retournée à l'USZ.

Une nouvelle médecin-cheffe en rhumatologie à Saint-Gall



Prof. Dre méd. Frauke Förger

Saint-Gall La Prof. Dre méd. Frauke Förger sera médecin-cheffe de la clinique de rhumatologie de l'Hôpital cantonal de Saint-Gall à partir du 1^{er} octobre 2024. Elle succède au Prof. Dr. med. Johannes von Kempis. Frauke Förger travaille depuis 2008 comme médecin cadre à l'Hôpital de l'Île de Berne. En tant que médecin adjointe de la clinique de rhumatologie et d'immunologie, elle y est la principale responsable du domaine de la rhumatologie de la grossesse. Frauke Förger a terminé ses études de médecine en 1997 à l'Université Ludwig Maximilian de Munich (DE). Après sa spécialisation en médecine interne et en rhumatologie à Munich, elle a travaillé de 2003 à 2006 au laboratoire de recherche de la clinique de rhumatologie et d'immunologie de l'Université de Berne pour y effectuer des recherches sur les mécanismes de tolérance du système immunitaire pendant la grossesse. Entre 2006 et 2008, Frauke Förger a mis en place la policlinique de rhumatologie en tant que cheffe de clinique au «Klinikum rechts der Isar» (DE). Elle a obtenu la Venia docendi en rhumatologie en 2013 et le titre de professeure associée en 2019.

L'art de la communication thérapeutique



Anne-Françoise Allaz
Prof. Dre méd., membre
de l'Advisory Board du
Bulletin des médecins
suisses

La parole comme une arme? Sans aucun doute, il s'agit d'un instrument humain puissant, doté d'un pouvoir de transmission, de conviction, de consolation, autant que de calomnie, de manipulation et de mensonge. Son détournement idéologique a été dénoncé par beaucoup, dont George Orwell avec la fameuse *novlangue* de son «1984» ou Victor Klemperer, linguiste renommé, décortiquant chaque jour l'évolution «totalitaire» de la langue allemande sous le 3^e Reich [1]. Il y a résisté par ses écrits, qu'il surnommait «mes petits soldats de papier». La parole est bien une arme.

Ces textes, notamment, m'ont fait réfléchir à la place de la parole en médecine. À l'art de la parole, plus exactement. Une parole si centrale, si incontournable, chargée de tant de fonctions! En tant que médecins, nous savons combien une bonne communication avec nos patients est primordiale pour créer et maintenir avec eux une relation privilégiée. Mais aussi pour les informer, les rassurer, les accompagner. Nous savons également d'expérience combien des paroles malhabiles ou une annonce de mauvaise nouvelle qui ne trouve pas le bon chemin entre prudence et vérité crue peuvent être mal vécues, parfois même dévastatrices.

La parole soignante a démontré dans divers cadres sa forte contribution au soulagement et à la guérison. Pensons par exemple au supplément statistiquement significatif d'antalgie et de bien-être lors de l'accompagnement verbal de diverses thérapies [2], au bienfait d'explications rassurantes, aux projets de soins partagés, aux suggestions hypnotiques, à la «Talking cure» qu'est la psychanalyse, et à bien d'autres exemples encore.

S'il est difficile de douter du pouvoir de la parole, les médecins ne se sentent toutefois pas toujours préparés aux compétences communicationnelles qui contribuent non seulement à la qualité de l'interaction médicale, mais aussi à éviter maints malentendus. Aussi faut-il saluer l'introduction d'une sensibilisation à la «Communication thérapeutique» dans l'offre de formation

postgraduée d'un certain nombre d'hôpitaux romands [3]. Parmi plusieurs autres aspects, ces formations rendent attentifs à l'utilisation du langage non verbal. Inspirée de l'hypnose communicationnelle, la reformulation proposée des phrases avec des mots et expressions à connotation positive apporte, quant à elle, une détente bienvenue aux patients. Des exemples? Le remplacement de «Je vais vous piquer» par «Voilà, nous allons commencer», de «Ne vous inquiétez pas» par «Rassurez-vous».

En dépit de leur indéniable apport, une certaine caution est de mise devant ces «boîtes à outils» relationnelles. Car la communication et la rencontre authentiques ne peuvent être ni standardisées, ni normalisées. Elles s'appuient sur un subtil accordage de deux partenaires, où l'intersubjectivité, l'intuition et même «l'atmosphère» du moment [4] jouent un rôle central.

Il en va de même pour la place laissée à l'autre dans le silence attentif d'une véritable écoute. En consultation, il arrive souvent que la parole doive s'effacer. «L'on doit trouver en soi assez de disponibilité pour accueillir les paroles et les silences d'un autre, sans aussitôt les couvrir de sa propre volubilité et de sa propre inquiétude», écrit Catherine Chabert à propos des rencontres avec des patients en grande souffrance [5]. En plus d'une disponibilité active, l'écoute nécessite une ouverture aux autres et une forme d'humilité. La puissance thérapeutique de cette facette de la communication mérite, elle aussi, d'être reconnue.



Références

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

Extrait du Bulletin des médecins suisses



© Saventemasha / Dreamstime

L'addiction aux médias sociaux serait un facteur de risque important de détresse psychologique.

À la page

À Genève, un jeune sur sept a des idées suicidaires

Étude 14,4% des jeunes de Genève présentent des idées suicidaires. C'est le résultat d'une étude populationnelle sur l'idéation suicidaire des adolescents et adolescentes menée aux Hôpitaux universitaires de Genève (HUG). L'excès de temps passé devant un écran constituerait un facteur de risque important.

Sarah Bourdely

Sur les 492 adolescentes et adolescents d'un âge moyen de 15,4 ans interrogés entre décembre 2021 et juin 2022 sur leurs pensées suicidaires, 14,4% ont rapporté des idées suicidaires dans les douze mois précédents. C'est ce qu'indiquent les Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) dans un communiqué [1].

L'étude, publiée dans *Swiss Medical Weekly* [2], est basée sur la cohorte de jeunes de SEROCOV-KIDS. Ce suivi populationnel a été conçu pour évaluer l'impact de la pandémie de COVID-19 sur la santé et le développement des jeunes du canton de Genève. Elle rassemble 2210 enfants et 590 adolescentes et adolescents.

Plusieurs facteurs de risque

Comme l'indique Roxane Dumont, doctorante en épidémiologie au Service de médecine de premier recours des HUG

et première auteure de l'étude, plusieurs facteurs associés à l'idéation suicidaire ont été identifiés, «en particulier la détresse psychologique élevée (exprimée par 25% des jeunes), une faible estime de soi, l'identification à la communauté lesbienne, gay, bisexuelle (LGB), et le temps passé sur les écrans». Elle a également souligné l'effet protecteur des relations de qualité entre les jeunes et leurs parents.

Un vecteur important d'idées suicidaires et de détresse psychologique serait le niveau d'estime de soi, dans ses dimensions sociales, scolaires, familiales, émotionnelles et physiques. La faible estime de soi a été signalée par 8,3% des 492 jeunes.

L'identification à la communauté LGBTQI+ est également fortement corrélée à l'idéation suicidaire. Selon le communiqué des HUG, ce résultat mettrait en lumière les fortes disparités entre les communautés hétérosexuelles et LGB-

Extrait du Bulletin des médecins suisses (suite)

TQI+ en termes de détresse et de comportements suicidaires, même à un âge précoce. Celles-ci pourraient s'expliquer par des facteurs de stress tels que la discrimination, le rejet social, le faible soutien familial et le harcèlement. Ces éléments seraient conformes aux études qui montrent que les minorités sexuelles présentent des risques plus élevés de dégradation de leur santé physique et psychologique.

L'impact des écrans sur la santé psychique

L'excès de temps passé devant un écran, y compris pour les activités scolaires, a également été identifié comme un facteur de risque important pour les idées suicidaires. Passer beaucoup de temps sur les écrans serait corrélé à la détérioration de la santé mentale et physique des adolescentes et adolescents.

Enfin, l'addiction aux médias sociaux est reconnue, par les scientifiques, comme un facteur de risque important de détresse psychologique. L'utilisation excessive des médias sociaux renforcerait une mauvaise estime de soi, des comportements narcissiques et la solitude. Pour le Dr Rémy Barbe, médecin adjoint responsable de l'Unité d'hospitalisation du Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, «cela est souvent déclenché par la comparaison avec les autres, l'isolement, la diminution des interactions en face-à-face avec les pairs et l'exacerbation du sentiment de la 'peur de manquer', qui se réfère à la perception que d'autres vivent une vie meilleure ou font de meilleures expériences». En outre, l'utilisation intensive des médias sociaux conduirait à une plus grande exposition à la cyberintimidation, au «trolling» (perturbation et dénigrement dans la e-communauté) et à d'autres comportements abusifs en ligne, et aurait des conséquences dramatiques sur la vie des adolescentes et adolescents.

L'effet de la pandémie reste peu clair

L'effet du COVID-19 sur les comportements suicidaires reste peu clair. Bien qu'une augmentation des consultations psychologiques fasse l'objet de plusieurs recherches [3, 4], le taux d'idéation suicidaire observé dans cette étude deux ans après le début de la pandémie serait comparable à celui de la période pré-pandémique.

Le Prof. Dr méd. Idris Guessous, médecin-chef du Service de médecine de premier recours, précise que «cette étude montre l'importance d'un suivi étroit et permanent de la santé des jeunes par le biais des études populationnelles genevoises. Les résultats soulignent combien il est essentiel d'encourager la prévention de la détresse psychologique, ainsi que la qualité du lien avec les parents.»



Références

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

Quoi de neuf?

Marco Sieber a terminé sa formation d'astronaute



Dr méd. Marco Sieber

ESA Il a troqué sa blouse de médecin contre une combinaison d'astronaute: le Bernois Marco Sieber a été officiellement admis dans le corps des astronautes de l'Agence spatiale européenne (ESA), au terme de sa formation de base d'astronaute à Cologne (Allemagne). Deuxième astronaute suisse après Claude Nicollier, ce médecin de 35 ans travaillait encore récemment comme médecin-assistant en urologie au Centre hospitalier de Bienne. Sa formation en médecine d'urgence lui a été particulièrement utile pour réaliser son rêve, a-t-il déclaré l'an dernier au Bulletin des médecins suisses: «On apprend à réagir du tac au tac dans des situations délicates, où la vie ne tient parfois qu'à un fil, on doit communiquer de manière précise et calme tout en gérant le stress.» Le jeune médecin avait été sélectionné parmi 22 500 candidats pour suivre le stage de formation d'astronaute. Il a reçu son diplôme à l'issue de sa formation de base d'un an au Centre des astronautes de l'ESA. La date à laquelle il pourra vivre son premier vol dans l'espace n'a pas encore été fixée. Entre 2026 et 2030, les nouveaux astronautes européens partiront pour des missions vers la Station spatiale internationale afin de réaliser des expériences scientifiques.

Le département de chirurgie/orthopédie a un nouveau directeur



Prof Dr méd. Agostino Mattei

LUKS Le Prof Dr méd. Agostino Mattei sera chef du département de chirurgie/orthopédie sur le site de Lucerne du groupe LUKS dès le 1^{er} janvier 2025. L'actuel responsable du département, le Prof. Dr méd. Jürg Metzger, se concentrera sur l'activité de chirurgie viscérale en tant que médecin-chef, comme l'indique un communiqué de l'Hôpital cantonal de Lucerne (LUKS). Agostino Mattei a obtenu son diplôme à la Faculté de médecine de l'Université de Bâle en 1995. En 2003, il a obtenu le titre FMH d'urologie et d'urologie opératoire. Un an plus tard, il a été nommé «Fellow of the European Society of Urology» à Paris. En 2016, il a obtenu une chaire de professeur titulaire à l'Université de Genève et, en 2023, une chaire à l'Université de Lucerne. Il est également titulaire d'un Executive MBA de l'Université de Saint-Gall. Agostino Mattei a pu suivre sa formation urologique pendant neuf ans à l'Hôpital universitaire de Berne sous la direction du Prof. Dr Urs Studer et une année supplémentaire à la Clinique St-Augustin de Bordeaux avec le Prof. Dr Richard Gaston. Il travaille au LUKS depuis 2007 et dirige la clinique d'urologie depuis 2016.

Extrait du Bulletin des médecins suisses



© Flynt / Dreamstime

Un résultat d'analyse statistique hors norme n'est pas suffisant pour établir le caractère non économique.

Économicité: un arrêt déterminant du Tribunal fédéral

Contrôle de l'économicité Le Tribunal fédéral a publié un arrêt de principe spécifiant que le contrôle de l'économicité visé à l'art. 56, al. 6, LAMal se compose toujours d'une analyse statistique, complétée d'un examen individuel en cas de résultat hors norme. Les caractéristiques typologiques des cabinets, telles que la remise directe de médicaments, doivent être prises en compte lors de l'examen individuel.

Gabriela Lang^a; Iris Herzog-Zwitter^b; Patrick Müller^c

^a cheffe de la division Service juridique, FMH; ^b Dre en droit, division Service juridique, FMH; ^c chef de la division Médecine et tarifs ambulatoires, FMH

En vertu de l'art. 56 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), les assureurs-maladie sont tenus de contrôler si la prise en charge médicale des patientes et des patients par les fournisseurs de prestations répond aux exigences d'efficacité, d'adéquation et d'économicité (critères EAE selon l'art. 32 LAMal). Les fournisseurs de prestations qui ne respectent pas le caractère économique prévu par la loi (art. 59, al. 1, en relation avec l'al. 3, let. a, LAMal) peuvent être sanctionnés. Une de ces

sanctions concerne notamment «la restitution de tout ou partie des honoraires touchés pour des prestations fournies de manière inappropriée» (art. 59, al. 1, let. b, LAMal). Le Tribunal fédéral parle de polypragmasie «lorsqu'un médecin, comparé à d'autres médecins dans le même rayon d'action, et avec à peu près le même collectif de patients, facture en moyenne nettement plus sans pouvoir faire valoir les particularités justifiant cette moyenne [...]». La condition requise pour l'examen du caractère économique selon

la méthode statistique [...] est [de le réaliser avec] un groupe de référence suffisamment semblable [...]» [1] (trad. FMH).

Arrêt de principe 9C_135/2022

L'arrêt 9C_135/2022 du 12 décembre 2023, désormais accessible au public, est destiné à être publié dans le recueil officiel. Cela lui confère une fonction déterminante pour la mise en œuvre des contrôles de l'économicité. L'arrêt relève qu'un résultat d'analyse statistique hors

Extrait du Bulletin des médecins suisses (suite)

norme ne constitue pas un moyen de preuve suffisant pour établir le caractère non économique. Pour ce faire, l'analyse doit être complétée d'un examen individuel.

Les faits

En 2019, plusieurs caisses-maladie représentées par santésuisse ont déposé une plainte auprès du Tribunal arbitral cantonal des assurances sociales contre le Dr A., spécialiste en médecine interne générale et titulaire d'une autorisation d'exploiter une pharmacie de cabinet (remise directe de médicaments).

À lui seul, le résultat hors norme de la méthode de sélection ne permet pas de conclure au caractère non économique.

Elles lui demandaient de restituer la somme de 336 368 francs (selon l'indice de régression) ou de 790 761 francs (selon l'indice ANOVA), ou éventuellement une somme à l'appréciation du tribunal, pour traitements non économiques en 2017.

Le Tribunal arbitral a couplé cette procédure concernant l'exercice 2017 à une procédure de restitution en suspens concernant les exercices 2013 à 2015. Il a condamné le Dr A. à rembourser 2 872 696,55 francs pour la période 2013 à 2015. Le Tribunal fédéral a renvoyé l'affaire au Tribunal arbitral pour un nouveau jugement.

Le 18 juin 2020, les parties se sont mises d'accord sur un montant de restitution de 500 000 francs soldant toutes les prétentions des années 2013 à 2015. Aucun accord n'a été trouvé pour 2017. Le Tribunal arbitral a condamné le Dr A. à restituer aux plaignants la somme de 266 998,40 francs pour l'année 2017.

Celui-ci a fait recours de cette décision auprès du Tribunal fédéral. Il a demandé l'annulation de la décision du Tribunal arbitral du 18 janvier 2022, le rejet de la plainte et le renvoi éventuel de l'affaire à l'instance inférieure en lui imposant de vérifier la polypragmasie au moyen d'une méthode analytique, c'est-à-dire par une analyse individuelle systématique / représentative avec extrapolation, ou par un examen individuel consécutif à la méthode statistique de sélection. Le litige portait donc sur la restitution de 266 998,40 francs demandée par les assureurs-maladie pour 2017.

Les principaux points de l'arrêt:

- Après avoir prévalu, l'avis selon lequel la méthode statistique constitue un moyen de preuve devient obsolète.
- Selon la méthode de sélection convenue par les partenaires tarifaires, le contrôle de l'éco-

nomie comprend toujours une analyse de régression suivie d'un examen individuel si le résultat de l'analyse est hors norme. *À lui seul, le résultat hors norme d'une analyse de régression ne permet pas de conclure au caractère non économique.*

- Le Dr A. a invoqué à juste titre que l'instance inférieure n'avait pas en l'espèce mis en œuvre intégralement l'examen individuel de la deuxième partie du contrôle de l'économicité, violant ainsi l'art. 56 LAMal.
- Dans l'ensemble, ne pas tenir compte de la particularité du cabinet (remise directe de médicaments) va à l'encontre de ce que le droit fédéral exige pour constater le caractère non économique. Les caractéristiques typologiques des cabinets (dont la remise directe de médicaments) doivent être prises en compte lors de l'examen individuel si elles ne peuvent pas être intégrées dans les facteurs de sélection; de même pour les diplômes obtenus, par exemple dans le domaine de la médecine alternative.
- C'est aux assureurs-maladie de fournir la preuve sur laquelle se fonde la demande de restitution. Seuls les résultats d'un examen individuel montrant qu'un traitement est non économique justifient une demande de restitution.

La méthode de sélection donne uniquement un résultat statistique, elle ne suffit pas à fournir la preuve du caractère non économique.

Méthode de sélection

Dans la convention relative à l'art. 56, al. 6, LAMal, santésuisse, curafutura et la FMH ont défini que la méthode statistique de sélection était la première étape du contrôle de l'économicité lorsqu'une procédure de restitution était engagée. Cette méthode de sélection visant à identifier les fournisseurs de prestations qui présentent des coûts hors norme (trop élevés) se fonde depuis 2018 sur une méthode de régression en deux étapes. Elle prend en compte des paramètres déterminants pour les coûts tels que l'âge et le sexe du patient, les groupes de coûts des médicaments (PCG), les hospitalisations au cours de l'année précédente, le montant de la franchise choisie par le patient, le lieu de la fourniture des prestations (canton) et le groupe de spécialistes. Après correction, l'analyse de régression permet de calculer un indice indiquant le dépassement (en %) des coûts du cabinet par rapport à la valeur attendue. Les médecins dont l'indice est sensiblement supérieur à la moyenne (100%) sont considérés comme

Contrôle de l'économicité: informations complémentaires

Pour en savoir plus sur le contrôle de l'économicité, rendez vous sur le site internet de la FMH (www.fmh.ch > Thèmes > Tarifs ambulatoires > Contrôle de l'économicité). Vous y trouverez une FAQ, un manuel du contrôle de l'économicité, la convention selon l'art. 56, al. 6, LAMal et la prise de position de la FMH sur la méthode de sélection. La FMH propose un premier conseil aux médecins concernés. Veuillez adresser vos demandes écrites à l'adresse électronique suivante: [tarife.ambulant\[at\]fmh.ch](mailto:tarife.ambulant[at]fmh.ch). La FMH propose par ailleurs une ligne d'assistance TARMED le lundi de 9h à 12h au 0900 340 340 (tarif local).

statistiquement «hors norme». Ils sont donc ensuite soumis à un examen individuel incluant une analyse de leur manière d'appliquer le tarif et de prescrire des médicaments en tenant compte du collectif de patients.

La convention régissant la méthode de sélection s'applique au contrôle statistique de l'économicité. Les médecins concernés sont comparés au collectif de référence du groupe de spécialistes auquel ils ont été attribués. Cette méthode de contrôle de l'économicité équivaut à une vérification statistique en fonction des coûts et non en fonction de l'application du tarif ou de positions tarifaires précises.

Convention adaptée en 2023

La convention entre santésuisse, curafutura et la FMH a été adaptée la dernière fois début 2023 sur la base des chiffres et de l'expérience acquise. Du point de vue du corps médical, ces modifications ont permis de l'améliorer considérablement par rapport à la version précédente et, en particulier, la nécessité d'un examen individuel a été précisée et elle est désormais inscrite explicitement dans la convention. Si un fournisseur de prestations présente des coûts hors norme, cela ne veut pas automatiquement dire qu'il ne répond pas aux critères d'économicité. Pour clarifier la question de savoir si un fournisseur de prestations qualifié de hors norme selon la méthode appliquée répond ou non aux critères d'économicité, santésuisse ou l'assureur concerné ou santésuisse et l'assureur concerné doivent toujours procéder à un examen individuel. Le but est de contrôler la plausibilité de la valeur indicelle obtenue. C'est ce que vient de confirmer le Tribunal fédéral dans

Extrait du Bulletin des médecins suisses (suite)

son arrêt de principe de décembre 2023. Cela a pour conséquence que c'est aux assureurs-maladie de fournir la preuve justifiant une demande de restitution.

C'est aux assureurs-maladie de fournir la preuve du caractère non économique en procédant à un examen individuel.

Conclusions de la FMH

La FMH salue cet arrêt du Tribunal fédéral déterminant pour les procédures d'économicité. Celui-ci vient corroborer l'interprétation de la FMH selon laquelle un résultat statistique hors norme, identifié par la méthode de sélection, doit être soumis à la vérification ciblée d'un examen individuel afin d'établir si le caractère non économique est avéré. De fait, la sélection statistique ne révèle pas le caractère non économique mais fait seulement ressortir une structure de coûts hors norme et donc la nécessité de procéder à un examen individuel. Seuls les résultats d'un tel examen montrant qu'un traitement est non économique justifient une demande de restitution et c'est aux assureurs-maladie d'en fournir la preuve. La FMH s'investit depuis longtemps en faveur de cette interprétation et voit ainsi ses efforts récompensés car, par le passé, santésuisse a toujours fait valoir que la méthode de sélection permettait à elle seule d'établir la preuve du caractère non économique et qu'elle couvrait toutes les particularités des cabinets. L'arrêt du Tribunal fédéral corrige cette interprétation erronée de santésuisse. Après avoir prévalu, l'avis selon lequel la méthode statistique utilisée depuis l'introduction du modèle de sélection constitue une «méthode pour établir la preuve» est désormais obsolète.

En mai prochain, la FMH aura l'occasion de discuter en détail de cet arrêt de principe, une fois avec les représentants des organisations médicales lors de la séance du groupe de travail sur le contrôle de l'économicité et une autre fois avec les avocats présents à la plateforme d'échange juridique. Par ailleurs, la FMH continue de s'engager dans le groupe de travail avec santésuisse et curafutura pour affiner encore la méthode de sélection. Elle le fera toujours en gardant présent à l'esprit que le résultat de la méthode permet uniquement de déterminer si celui-ci est statistiquement hors norme ou pas, mais jamais de fournir la preuve du caractère non économique. Cette preuve ne peut être fournie qu'à travers d'un examen individuel consécutif. De même, la FMH accordera une attention particulière aux données utilisées pour la méthode de sélection, et notamment aux collectifs

de référence. Enfin, la manière dont la remise directe de médicaments est mentionnée dans l'arrêt laisse sous-entendre que se focaliser uniquement sur le titre de spécialiste ne semble plus être pertinent, car le Tribunal fédéral affirme que la remise directe de médicaments fait partie des particularités d'un cabinet. Il faut donc viser une différenciation plus affinée des groupes de référence.

Correspondance
tarife.ambulant[at]fmh.ch



Références

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

Extrait du Bulletin des médecins suisses



Si le frein aux coûts avait été introduit en 2000, plus d'une prestation sur trois ne serait plus financée par les caisses-maladie aujourd'hui.

Soins de santé: haro sur le «frein aux coûts»

Frein aux soins Accepter le «frein aux coûts» le 9 juin prochain engendrerait des problèmes considérables dans la prise en charge médicale des patientes et des patients. Si cette initiative avait été introduite en 2000, 37% des prestations ne seraient aujourd'hui plus couvertes par l'assurance-maladie – et la bureaucratie étoufferait le système de santé.

Nora Wille^a; Yvonne Gilli^b

^a Dre phil., collaboratrice scientifique personnelle de la présidente; ^b Dre méd., présidente de la FMH

Lorsque, le 10 mars 2020, le PDC déposait les signatures pour son initiative pour un frein aux coûts, le monde vivait le début d'une pandémie. En Suisse, la première victime du Covid décédait cinq jours plus tôt et personne ne pouvait présager de ce qui allait arriver à la population et au système de santé.

Six jours après le dépôt de l'initiative, le Conseil fédéral déclarait la «situation extraordinaire». La vie publique s'est arrêtée, les écoles sont restées vides. C'est précisément à ce moment-là, lorsque les magasins, les restaurants, les entreprises du tertiaire et les offres de loisirs ont dû fermer leurs portes, que l'initiative du PDC

exigeait de lier les coûts de la santé à l'évolution économique. Comment mieux illustrer cette erreur de raisonnement capitale de l'initiative pour un frein aux coûts. Cela n'a pourtant retenu l'attention de personne. Qui se soucie du texte d'une initiative du PDC alors que l'Italie ferme ses frontières, que le nombre de cas augmente

Extrait du Bulletin des médecins suisses (suite)

très rapidement et que l'UE annonce plusieurs milliards pour lutter contre le coronavirus?

Entre-temps, beaucoup d'eau a coulé. Le PDC s'appelle désormais Le Centre, le coronavirus est devenu endémique et le thème des coûts de la santé domine de nouveau le débat public, au détriment du problème de l'approvisionnement en soins, relégué au second plan. Les craintes d'un manque de lits en soins intensifs sont oubliées, et les applaudissements depuis les balcons semblent lointains. Aujourd'hui, l'équipe de l'initiative préfère dénoncer l'«avidité» de ceux qu'elle accuse de se servir dans les caisses du système de santé. La pression sur les coûts ne lui semble pas encore assez forte. Il faut la

pression supplémentaire d'une initiative populaire car, comme chacun sait, personne ne veut économiser dans le secteur de la santé.

Ce qu'exige le frein aux coûts

Avec son initiative, Le Centre ne propose malheureusement aucune solution. Il présente uniquement un objectif: inscrire le plafonnement des coûts de l'assurance obligatoire dans la Constitution. Un nouvel article constitutionnel 117, al. 3 et 4, prévoit que «la prise en charge des coûts par l'assurance obligatoire des soins [soit réglée] de manière à ce que [...] les coûts évoluent conformément à l'économie nationale et aux salaires moyens» [1]. Ce que cela signifie

concrètement, le parti du Centre l'expose dans une disposition transitoire selon laquelle la hausse des coûts moyens des assurés de l'assurance

Avec le frein aux coûts, ce ne sont plus les besoins médicaux qui déterminent ce qu'une caisse-maladie rembourse mais la conjoncture.

obligatoire ne doit pas dépasser de plus de 20% celle des salaires nominaux. En revanche, le texte ne précise pas comment atteindre cet

Tableau 1: Quelle aurait été la situation si la Suisse avait introduit le frein aux coûts en 2000?

	Augmentation (en pour cent) du salaire nominal [2]	Augmentation maximale possible (en pour cent) des coûts de l'assurance obligatoire	Somme en francs que l'assurance obligatoire aurait pu dépenser par personne	Somme par personne réellement dépensée [3]
2000	1,3	1,56	2042	2130
2001	2,5	3,00	2104	2244
2002	1,8	2,16	2149	2328
2003	1,4	1,68	2185	2431
2004	0,9	1,08	2209	2592
2005	1,0	1,20	2235	2736
2006	1,2	1,44	2267	2755
2007	1,6	1,92	2311	2863
2008	2,0	2,40	2366	2984
2009	2,1	2,52	2426	3069
2010	0,8	0,96	2449	3123
2011	1,0	1,20	2479	3171
2012	0,8	0,96	2503	3257
2013	0,7	0,84	2524	3471
2014	0,8	0,96	2548	3515
2015	0,4	0,48	2560	3653
2016	0,7	0,84	2581	3778
2017	0,4	0,48	2594	3849
2018	0,5	0,60	2609	3848
2019	0,9	1,08	2638	4004
2020	0,8	0,96	2663	4012
2021	-0,2	-0,16	2659	4192
2022	0,9	1,08	2687	4294

* valeur de départ de 2011 francs en 1999

Extrait du Bulletin des médecins suisses (suite)

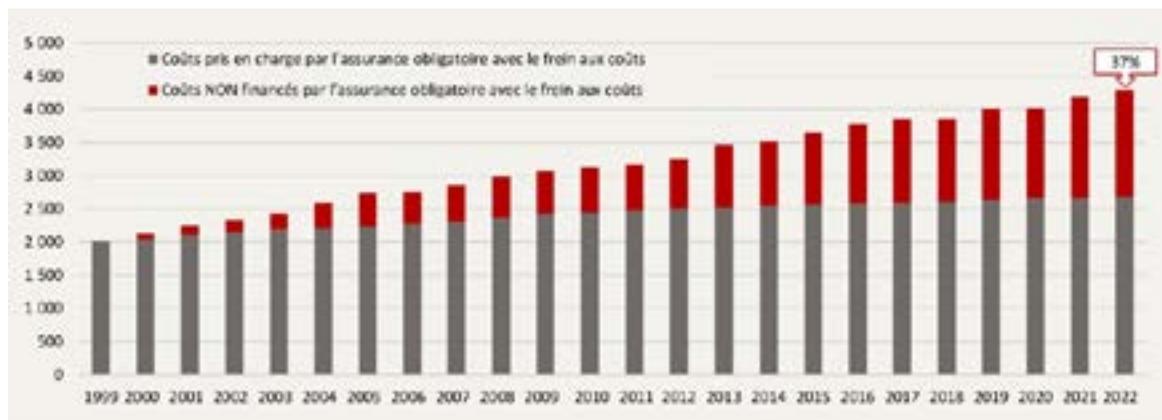


Figure 1: Coûts par personne assurée qui auraient été pris en charge (en gris) et non pris en charge (en rouge) par les caisses-maladie si le frein aux coûts avait été introduit en 2000 (valeur de départ de 1999).

objectif. Il indique simplement que des «mesures» doivent corriger le tir, sans préciser de quelles «mesures» il s'agit, ni quelles personnes et quelles prestations seraient concernées.

L'assurance obligatoire ne serait plus en mesure de financer toutes les prestations dont les patientes et les patients auraient besoin.

Peu de salaire – moins de couverture

Si l'initiative pour un frein aux coûts était acceptée, ce ne serait plus seulement les besoins médicaux qui décideraient de ce qu'une caisse-maladie rembourse à un patient, mais aussi l'évolution économique qui déterminerait les soins que l'assurance obligatoire peut encore lui financer. Selon cette logique, les soins de santé devraient coûter moins les années de mauvaise conjoncture. Pourtant, c'est précisément dans ces périodes-là, lorsque les personnes risquent de tomber plus souvent malades et d'avoir un pouvoir d'achat plus faible, que la protection offerte par l'assurance obligatoire est importante. La crise du coronavirus a montré l'ineptie d'une telle revendication. Pour la première fois depuis des décennies, la hausse des salaires a été négative en 2021. Avec le frein aux coûts, il aurait donc aussi fallu réduire les dépenses de santé à un moment où la demande en soins était la plus pressante. Cela aurait été la porte ouverte à de longs délais d'attente, comme cela a été le cas dans d'autres pays.

Avec un frein aux coûts en 2000...

L'impact de l'initiative du Centre ne serait pas seulement néfaste en cas de pandémie, mais aussi en temps normal. Pour s'en convaincre, il

suffit d'observer ce que seraient aujourd'hui nos soins de santé si le frein aux coûts avait été introduit en 2000. Quelle aurait été la situation si les coûts de l'assurance obligatoire n'avaient pu augmenter que d'un cinquième, soit 20%, de plus que les salaires nominaux depuis cette date?

Le tableau 1 permet de l'illustrer. La première colonne montre l'évolution en pour cent des salaires nominaux pour chaque année depuis 2000 selon l'Office fédéral de la statistique [2]. Dans la deuxième colonne, ces pourcentages sont majorés d'un cinquième, comme le prévoit l'initiative. On y voit ainsi le pourcentage maximum d'augmentation annuelle possible des coûts de l'assurance obligatoire. La troisième colonne reprend en chiffre absolu le montant que l'assurance obligatoire aurait pu dépenser par personne assurée en respectant la croissance maximale «autorisée», soit une hausse d'un cinquième au plus des salaires nominaux (en commençant avec 2011 francs en 1999). Enfin, la dernière colonne indique les dépenses réelles de l'assurance obligatoire par personne assurée [3].

Les traitements qui ne peuvent pas attendre devraient être pris en charge à titre privé ou ne seraient plus dispensés.

... 37% des soins ne seraient plus financés

Ces projections montrent que l'écart entre les coûts autorisés et les coûts réels se serait creusé au fil du temps si le frein aux coûts avait été introduit en 2000. La figure 1 illustre cette même évolution sous la forme d'un graphique. En 2022, l'assurance obligatoire n'aurait pu dépenser en moyenne que 2685 francs par personne assurée, au lieu des 4294 francs qu'elle a effectivement

pris en charge. Si le frein aux coûts avait été introduit en 2000, nous serions donc face à un véritable frein aux soins de santé. Aujourd'hui, faute de financement, les assurés seraient privés

Avec le frein aux coûts, les métiers de la santé perdraient en attractivité, et la pénurie de personnel qualifié empirerait.

de 37% des prestations pourtant censées être prises en charge par l'assurance obligatoire. Il est donc certain que ces prestations supprimées ne recouvriraient pas uniquement des prestations auxquelles on pourrait renoncer. Des gains d'efficacité ne permettraient pas non plus de combler ce trou financier. Au contraire, les traitements qui ne peuvent pas attendre devraient être pris en charge à titre privé ou ne seraient plus dispensés. Les derniers spécialistes auraient depuis longtemps quitté le navire et la pandémie aurait provoqué l'effondrement du système de santé, s'il avait tenu jusque-là.

Chaque année de nouvelles mesures

Le fossé entre les objectifs théoriques de l'initiative et l'évolution réelle des soins de santé montre aussi qu'il n'y aurait guère eu une année au cours de laquelle ces objectifs auraient été respectés, en dépit d'une évolution économique plutôt positive au cours des dernières décennies. Depuis 20 ans, il aurait fallu prendre de nouvelles mesures chaque année. D'innombrables groupes de travail et autant d'organes auraient été créés et une bureaucratie de contrôle mise en place. La réglementation excessive de la santé se serait développée encore plus rapidement, elle mobiliserait aujourd'hui encore plus de personnel

Extrait du Bulletin des médecins suisses (suite)

spécialisé alors que celui-ci vient à manquer et provoquerait des coûts administratifs encore plus élevés. Mesurer l'impact d'une mesure serait impossible, car une multitude d'entre elles se superposeraient. Prendre de nouvelles mesures

Avec des mesures annuelles, le frein aux coûts démultiplierait la réglementation déjà excessive.

à un rythme annuel ne permet pas non plus de poser des jalons durables pour une orientation judicieuse à long terme. Même sans initiative, plus de 200 modifications ont fait doubler le volume de la loi sur l'assurance-maladie et de ses ordonnances en 20 ans [4]. L'initiative pour un frein aux coûts aurait encore massivement accentué cette folie bureaucratique.

Sous-médicalisation

Avec le frein aux coûts, les caisses-maladie auraient de moins en moins de coûts à rembourser. De ce fait, les ménages devraient payer de leur poche une part toujours plus importante des dépenses de santé. Cela impacterait en premier lieu les familles et les personnes tributaires d'une assurance obligatoire adéquate. Comme tout le monde n'est pas en mesure de prendre en charge ses propres coûts, il en résulterait rapidement une sous-médicalisation et une médecine à deux vitesses. Seules les personnes qui peuvent payer elles-mêmes les prestations ou contracter une assurance complémentaire privée pourraient encore compter sur un traitement de qualité dispensé au moment opportun. L'acquis social et la protection de l'ensemble de la population que constitue l'assurance obligatoire deviendraient une histoire ancienne.

Médecine de premier recours

Rappelons aussi que l'initiative concerne exclusivement les prestations de l'assurance obligatoire et que c'est donc principalement la médecine de premier recours qui serait en ligne de mire. Même si le peuple s'est prononcé à 88% pour sa revalorisation voici près de dix ans, elle subit comme jamais une pénurie de personnel qualifié. 25% des médecins de premier recours veulent cesser leur activité dans les un à trois ans à venir et un cabinet sur trois n'accepte plus de nouveaux patients [5]. Avec le frein aux coûts, les médecins de famille auraient encore plus de difficulté qu'aujourd'hui à trouver une ou un médecin disposé à reprendre leur cabinet. Car la médecine de premier recours est presque exclusivement financée par l'assurance obligatoire et les prestations subiraient des coupes considérables avec l'initiative.

Accepter le frein aux coûts, c'est faire perdre beaucoup d'attractivité à la profession de médecin de famille. Il est fort probable que les futurs médecins s'orientent davantage vers des disciplines ou des domaines d'activité dans lesquels ils ne sont pas à la merci d'une assurance obligatoire en proie à un sous-financement. Les économies aux dépens de la médecine de premier recours la détruiraient, alors qu'elle représente le moyen de traitement au meilleur coût pour plus de 90% des problèmes de santé. En fin de compte, le frein aux coûts nous reviendrait à toutes et à tous beaucoup plus cher.

Ce n'est pas ce qu'on a voulu dire?

Au vu de ces chiffres, rien de surprenant que plusieurs personnalités du Centre commencent déjà à relativiser leur propre initiative. Ils contre-argumentent en précisant que l'augmentation maximale des coûts autorisée n'est définie que dans la disposition transitoire. Ce ne serait donc pas ce qu'ils auraient voulu dire? Une chose est certaine: l'initiative exige de lier les coûts de la santé à l'évolution économique et la disposition transitoire précise de quelle manière. C'est aussi la raison pour laquelle le Conseil fédéral a explicitement mis en garde contre ces «règles rigides en matière de dépenses» qui pourraient conduire «à un rationnement des prestations» [6] – et a proposé un contre-projet avec des objectifs de coûts plus flexibles. Si Le Centre persiste en af-

Les factures payées directement par les ménages augmenteraient considérablement et pèseraient encore plus sur leur budget.

firmant qu'un tel mécanisme n'existe pas, il doit se demander en quoi son initiative se distingue du contre-projet du Conseil fédéral? S'il avait effectivement visé des objectifs de coûts flexibles, il aurait pu la retirer au profit du contre-projet. Sur son site internet, il souligne explicitement que des «mesures contraignantes sont nécessaires pour freiner les coûts» lorsque ceux-ci augmentent de 20% de plus que les salaires [7]. C'est donc bien ce que veut dire l'initiative.

Aucun bénéfice, beaucoup de dégâts

Avec l'initiative pour un frein aux coûts, Le Centre essaie de tirer un profit politique de l'augmentation des primes d'assurance-maladie sans devoir proposer de véritable solution à la discussion. Non seulement l'initiative ne propose aucune solution, mais elle risque surtout d'engendrer des dégâts considérables. Avec le lien prévu entre les soins de santé et la conjoncture, l'assurance obligatoire ne serait plus en mesure

de financer toutes les prestations dont les patientes et les patients auraient besoin. Les factures payées directement par les ménages augmenteraient considérablement et pèseraient encore plus sur leur budget. Les payeurs de primes seraient confrontés à une offre de soins insuffisante et à une médecine à deux vitesses – et nombre de professionnels de la santé ne voudraient plus travailler dans un tel système.

Financée presque exclusivement par l'assurance obligatoire, la médecine de premier recours serait la première impactée.

La FMH s'engage dans une large alliance contre le frein aux coûts pour que la population prenne connaissance et conscience des effets néfastes de cette initiative soumise à votation populaire le 9 juin prochain. Pour savoir comment nous soutenir, rendez vous sur le site <https://frein-aux-couts-non.ch/>.

Correspondance
nora.wille[at]fmh.ch



Références

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



Articles publiés
sous la direction de

NICOLAS SENN

Département de
médecine de famille
Unisanté, Lausanne

**DAGMAR M.
HALLER**

Institut universitaire
de médecine de
famille et de
l'enfance
Université de Genève

Les temps de l'urgence en médecine de famille

Pr NICOLAS SENN, Dr SÉBASTIEN MARTIN, Dre MARTINE BIDEAU et Pr DAGMAR M. HALLER

Rev Med Suisse 2024; 20: 907 | DOI : 10.53738/REVMED.2024.20.873.907

Au 18^e siècle, les livres de médecine considéraient qu'il n'y avait pas de limite de temps à la réanimation des noyés, hormis la présence manifeste de putréfaction. Il fut donc une époque où «rien n'était urgent». Christophe Bouton, dans son livre *Le temps de l'urgence*, revient sur cette notion complexe et finalement très contemporaine de l'urgence.¹ Elle puise, selon l'auteur, ses racines dans la médecine et aurait été mentionnée pour la première fois en 1573, réservée au monde hospitalier et très peu utilisée jusqu'au 20^e siècle. À l'inverse, l'auteur considère que désormais l'urgence est un *fait social total*, en reprenant la formule de l'anthropologue Marcel Mauss. Par-là, il entend que l'urgence a gagné tous les secteurs de la société. Le système de santé et la médecine n'y font évidemment pas exception.

Dans cette perspective, il peut être intéressant d'esquisser une typologie, forcément non exhaustive, des urgences du système et des services de santé. Évidemment, la première à laquelle nous pensons, c'est l'urgence vitale, la vraie, celle qui appelle feux bleus et sirènes, un défibrillateur et une ampoule d'adrénaline. Ensuite, toujours dans une perspective clinique, il y a l'urgence moins flamboyante: l'urgence «sociale». C'est celle des personnes en détresse, parfois désespérées, qui viennent chercher secours dans les services de soins. Si l'on élargit encore la question de l'urgence, il y a certainement celle du système de santé. La nécessité «urgente» de réformer en profondeur notre système, probablement seul point de consensus de toutes les parties prenantes en Suisse. Cette urgence-là en entraîne d'autres. La pénurie de professionnels de santé par exemple. Selon les chiffres de l'Obsan de 2021, la relève actuelle en personnel de santé avec formations tertiaires (HES, Université) ne couvrirait que 67% des besoins à l'horizon 2029. En découle une autre urgence, celle de la souffrance au travail du personnel de santé, en croissance rapide

ces dernières années. Puis il y a les urgences administratives. Les rapports à rendre ou les demandes de financements pour la recherche d'ici la fin du mois (c'est demain). Pour terminer ce tour d'horizon, citons la compartimentation à l'extrême du temps de consultation comme le propose l'armed, par tranches de 5 minutes, de 1 minute, de quoi certainement donner un sentiment d'urgence permanent. Mais s'agit-il d'une consultation urgente ou pressante?

L'URGENCE A GAGNÉ TOUS LES SECTEURS DE LA SOCIÉTÉ

Dans ce tourbillon d'urgences hétéroclites, qu'en est-il de la médecine de famille? Eh bien c'est la même chose! Au rang des urgences systémiques, il y a l'importance de former la relève, y compris pour les médecins d'établissement médicosocial. L'importance de développer rapidement de nouveaux modèles de soins afin de répondre «urgemment» aux besoins croissants de la population. Le besoin pressant de se former, pédiatres compris, aux nouvelles épidémies de «dys» et TDHA des adolescents. Le besoin d'éviter au contraire les prises en charge «aux» urgences des patients âgés en fin de vie. Et puis les urgences vitales direz-vous? Elles sont somme toute assez rares dans les cabinets. Selon une étude irlandaise de 2018, sur une période de dix ans, seuls 50% des médecins généralistes ont vécu au moins un arrêt cardiaque.² Est-ce beaucoup ou est-ce peu? Certainement suffisamment pour être formé aux gestes d'urgences mais probablement pas assez pour être performant. Un message nuancé qu'il convient de transmettre aux médecins en formation, qui ont tendance à surévaluer leur besoin de compétences dans ce domaine au détriment d'autres moins «urgentes» à leurs yeux.

En résumé, les urgences sont nombreuses et peuvent prendre des formes très différentes en médecine, tout est question de point de vue. Mais quand tout est urgent, plus rien ne l'est vraiment.

Bibliographie

1
Bouton C. Le temps de l'urgence. 2013: Le bord de l'eau.

2
Barry T, et al. Ten years of cardiac arrest resuscitation in Irish general practice. Resuscitation, 2018;126:43-48.

Les défis des urgences pédiatriques au cabinet

Dre MARTINE BIDEAU*

Rev Med Suisse 2024; 20: 909-13 | DOI : 10.53738/REVMED.2024.20.873.909

Cet article s'intéresse à la diversité des urgences pédiatriques en cabinet médical en mettant en lumière la complexité de quelques situations. Pour faire face à des urgences à la fois psychosociales et biomédicales, le pédiatre doit posséder une variété de compétences et connaître de manière approfondie le réseau médical local. La communication limitée avec les jeunes enfants nécessite la recherche d'indices, ce qui génère de l'incertitude. Celle-ci est atténuée lorsque la relation avec les parents est de bonne qualité. En conséquence, le pédiatre doit être un communicateur efficace pour gérer la relation triangulaire. En ce qui concerne les traitements, il est crucial de prendre en considération les dernières recommandations «smarter medicine» ainsi que la résistance croissante aux antibiotiques.

The challenges of pediatric emergencies in the office

This article examines the diversity of pediatric emergencies in a medical office, shedding light on the complexity of some situations. To address emergencies that are both psychosocial and biomedical, the pediatrician must possess a variety of skills and have an in-depth understanding of the local medical network. Limited communication with young children requires the search for clues, generating uncertainty. This uncertainty is mitigated when the relationship with parents is of high quality. Consequently, the pediatrician must be an effective communicator to manage the triangular relationship. Regarding treatments, it is crucial to consider the latest "smarter medicine" recommendations, as well as the growing resistance to antibiotics.

INTRODUCTION

Le médecin de famille est confronté à l'évolution des besoins des patients reflétant les changements de la société. Le pédiatre n'échappe pas à la règle et l'urgence biomédicale majoritairement représentée auparavant, laisse peu à peu la place à des demandes pressantes d'ordre psychosociale. Ainsi, le pédiatre doit savoir gérer une vaste palette d'urgences de degré variable et nécessitant une réponse plus ou moins rapide. La communication est la compétence indispensable pour assurer une bonne prise en charge. Pour les traitements, il est crucial de prendre en considération les dernières recommandations «smarter medicine» ainsi que la résistance croissante aux antibiotiques. Les vignettes présentées dans cet article illustrent la variété et la complexité des situations «urgentes» qui se présentent au cabinet pédiatrique. Son champ s'étend du symptôme somatique, à la détresse psychologique, en passant par les difficultés d'apprentissage et la maltraitance.

*Institut universitaire de médecine de famille et de l'enfance, Faculté de médecine, Université de Genève, 1211 Genève 4
martine.bideau@unige.ch

08 H 01, MIA RESPIRE MAL

CAS CLINIQUE 1

Mia, 9 mois, a mal dormi. Elle a toussé toute la nuit et les parents ont entendu des sifflements lorsqu'elle respire. Elle est subfébrile et a refusé son biberon ce matin.

Les cas d'urgences respiratoires sont fréquents dans le contexte pédiatrique en cabinet. Souvent d'origine infectieuse, leur diagnostic dépend de l'âge de l'enfant et de la localisation dans les voies respiratoires. Parmi les affections des voies respiratoires inférieures, la bronchite, la bronchiolite et la pneumonie sont fréquemment observées. La bronchiolite, principalement virale, prédomine chez les nourrissons jusqu'à l'âge de 2 ans,¹ tandis que la bronchite obstructive péri-infectieuse devient plus fréquente après cet âge. À l'âge scolaire (> 5 ans), l'asthme peut faire son apparition.² La présence d'une détresse respiratoire, d'une température élevée, et d'un état général diminué à n'importe quel âge doit évoquer la possibilité d'une pneumonie.³ Au niveau supérieur des voies respiratoires, le faux croup se caractérise par une toux aboyante et un stridor inspiratoire chez les enfants entre 6 mois et 6 ans.⁴ Les outils essentiels pour le diagnostic des urgences respiratoires incluent une anamnèse détaillée, une inspection attentive et une auscultation précise. L'utilisation d'un saturomètre s'avère particulièrement utile pour évaluer la gravité de la situation. La prise en charge en cabinet varie en fonction de l'âge de l'enfant et du diagnostic. Elle consiste en une simple surveillance, l'administration d'inhalations d'aérosols (tableau 1), ou la prescription d'antibiotiques en cas de pneumonie. Le score de PRAM (Preschool Respiratory Assessment Measure) permet de repérer les signes cliniques de gravité liés à un syndrome obstructif (tableau 2).

09 H 33, VALENTIN A SOIF

CAS CLINIQUE 2

Valentin, 5 ans, se lève pour boire la nuit depuis deux semaines. Ce matin, sa mère le trouve fatigué et amaigri.

Une urgence endocrinologique de cette nature demeure, heureusement, rare, même si l'incidence croissante du diabète de type 1 est actuellement qualifiée d'épidémie.⁵ Les symptômes prédominants comprennent une polyurie, une soif intense, une fatigue persistante et une perte de poids. Cependant, il est crucial de rester vigilant, car en l'absence d'une anamnèse

Extrait de la Revue Médicale Suisse (suite)

TABLEAU 1		Kit d'urgence au cabinet pédiatrique: matériel et médicaments
Antalgiques/antipyretiques		<ul style="list-style-type: none"> • AINS • Paracétamol • Tramadol
Détresse respiratoire		<ul style="list-style-type: none"> • Aérosols: <ul style="list-style-type: none"> – B2-mimétiques – Anticholinergiques • Corticoïdes: <ul style="list-style-type: none"> – Prednisone – Dexaméthasone • Chambres d'inhalation • Peak flow
Convulsions (épilepsie, convulsions fébriles)		<ul style="list-style-type: none"> • Diazépam • Lorazépam
Analgésiques topiques		<ul style="list-style-type: none"> • EMLA • Gel let • Lidocaïne • Spray réfrigérant
Anaphylaxie		<ul style="list-style-type: none"> • Antihistaminiques • Adrénaline
Infectieux		<ul style="list-style-type: none"> • Ceftriaxone • Acide fucidique • Nitrate d'argent • Matériel pour frottis • Tests rapides • Formule sanguine complète, CRP
Traumatologie/plaies		<ul style="list-style-type: none"> • Attelles • Set de suture • Colle pour plaies • Désinfectant topique • Pansements
Digestif		<ul style="list-style-type: none"> • Odansétron • Méclozine • Lavements
Déshydratation		<ul style="list-style-type: none"> • Solution d'électrolytes • NaCl 0,9%
Brûlures		<ul style="list-style-type: none"> • Acide hyaluronique ± sulfadiazine d'argent • Mepitel
Système urinaire		<ul style="list-style-type: none"> • Bandelettes urinaires • Set de sondage
Gynécologie		<ul style="list-style-type: none"> • Test de grossesse
Endocrinologie		<ul style="list-style-type: none"> • Accu-check

(Conception: Dre M. Bideau et Dr J. M. Poncet).

approfondie, un enfant présentant un état général diminué et une détresse respiratoire (Kussmaul) pourrait être facilement catégorisé comme une urgence respiratoire, retardant ainsi la prise en charge. Les outils essentiels pour diagnostiquer le diabète de type 1 sont une inspection attentive combinée à une anamnèse détaillée. L'utilisation d'une bandelette urinaire demeure l'examen complémentaire le plus crucial. Le traitement initial implique une réhydratation intraveineuse (tableau 1), suivie d'un transfert vers un centre hospitalier.

11 H 03, MARTINE À L'ÉCOLE

CAS CLINIQUE 3

Martine, 7 ans, présente des difficultés pour apprendre à lire. Les enseignantes la décrivent comme étant « dans la lune ».

TABLEAU 2		Score de gravité PRAM (Preschool Respiratory Assessment Measure)		
Signes cliniques	0	1	2	3
Tirage sus-sternal	Absent	Absent	Présent	Présent
Tirage muscles sclènes	Absent	Absent	Présent	Présent
Entrée d'air (murmure vésiculaire)	Normal	Diminué aux bases	Diffusément diminuée	Absente/très réduite
Wheezing/sibilances	Absent	Expiratoire seulement	Inspiratoire et expiratoire	Audible à l'oreille ou « silent chest »
Saturation O ₂	> 95%	92-94%	< 92%	< 92%

Le score PRAM détermine le risque d'hospitalisation. Score de 0-5: risque faible; 6-8: risque modéré; 8-12: risque élevé.

Les attentes que nourrissent les parents pour l'avenir de leur enfant et l'enjeu social de réussite mettent les familles sous pression et génèrent de l'anxiété. De plus en plus fréquemment, des rendez-vous sont pris en urgence après une discussion avec les enseignants de l'enfant. Sur le terrain, on constate que les consultations pour des troubles des apprentissages tels que les troubles « dys » (dysfonctionnements des fonctions cognitives relatives au langage, à l'écriture, au calcul ou aux gestes) et du « TDA/H » (trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité) connaissent une croissance exponentielle.⁶ Dans de tels cas, la collaboration avec le réseau local de professionnels est essentielle. Il s'agit de travailler en interdisciplinarité avec les intervenants scolaires (enseignants, infirmières), les neuropédiatres, les neuropsychologues, les pédopsychiatres, les psychologues, les thérapeutes et les parents pour permettre d'établir un diagnostic et envisager une approche thérapeutique multimodale.⁷ Pour répondre à cette demande croissante de consultations urgentes, il est impératif que les pédiatres suivent des formations adaptées. Les outils indispensables pour relever ce nouveau défi incluent une relation de qualité avec la famille, de l'empathie, du leadership et une connaissance approfondie du réseau local de professionnels afin de collaborer efficacement.

11 H 27, JUSTIN A MAL AUX OREILLES

CAS CLINIQUE 4

Justin, 18 mois, a le rhume depuis trois jours. La nuit passée, il a beaucoup pleuré en se touchant les oreilles.

Les infections des voies respiratoires supérieures (IVRS) constituent une part significative de la pratique urgente du pédiatre en cabinet. Elles résultent généralement de l'action de virus, parfois de bactéries, et affectent le nez, le pharynx, le larynx et l'oreille moyenne. Les symptômes les plus courants des IVRS incluent un écoulement nasal, une toux irritative, une otalgie, une odynophagie/dysphagie, une diminution de l'appétit et de la fièvre. L'otite moyenne aiguë (OMA) constitue l'une des principales raisons de consultation en urgence chez les tout-petits et est fréquemment associée aux IVRS. En effet, environ un quart des enfants connaissent au moins

Extrait de la Revue Médicale Suisse (suite)

un épisode d'OMA au cours de leur première année de vie. Cette proportion atteint 60% à l'âge de 3 ans.⁸ L'OMA représente la première indication de prescription d'antibiotiques en pédiatrie.⁸ Chez les enfants de plus de 2 ans, en l'absence de perforation tympanique et d'OMA bilatérale, le traitement privilégié est initialement antalgique, permettant une amélioration spontanée des symptômes dans la plupart des cas. En cas de persistance des symptômes après 48 heures, un traitement antibiotique est envisagé.⁸ Ces recommandations «smarter medicine» sont importantes pour lutter contre les résistances bactériennes qui pourraient compromettre l'avenir des enfants. Une communication efficace est alors indispensable pour expliquer le bien-fondé de la prise en charge. C'est la qualité de la relation entre le pédiatre et les parents qui permet de les rassurer et de les convaincre qu'en médecine, «moins peut aussi signifier plus». Pour la pharyngite virale ou bactérienne, un traitement symptomatique est recommandé conformément aux dernières recommandations du Groupe suisse des maladies infectieuses pédiatriques.^{9,10} Le diagnostic de sinusite est rarement évoqué chez les petits enfants en raison de la séquence chronologique du développement anatomique des cavités sinusiennes. Les outils essentiels pour diagnostiquer les IVRS comprennent une anamnèse détaillée, une inspection doublée d'une auscultation attentive, la palpation des aires ganglionnaires et l'utilisation efficace d'un otoscope.

12 H 45, L'URGENCE DE FAIRE UNE PAUSE

Pour répondre aux urgences, il est impératif de détenir un éventail de compétences. Ces dernières ont été clairement définies par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada: le référentiel CanMEDS.¹¹ Ce dernier énonce et explicite les compétences que les médecins doivent posséder pour répondre efficacement aux besoins de ceux et celles qu'ils soignent. Ce référentiel est intégré au catalogue «Profiles» qui sert de guide à l'enseignement des étudiants en médecine en Suisse.¹² Un médecin compétent incarne les compétences des sept rôles CanMEDS: expert médical, communicateur,

collaborateur, leader, érudit, promoteur et professionnel. Le rôle de professionnel englobe non seulement l'engagement envers la profession en respectant les codes de conduite, mais aussi la responsabilité envers la société, tout en veillant à la préservation de sa propre santé. C'est pourquoi il est essentiel de prendre des pauses pendant la journée et d'échanger avec ses collègues de manière informelle sur de nouveaux savoirs tout en savourant un morceau de chocolat. D'autant plus que le journal *New England of Medicine* a publié une étude en 2012 confirmant la corrélation positive entre la consommation nationale de chocolat, les fonctions cognitives et le nombre de lauréats au prix Nobel.¹³

13 H 23, LENA A DE LA FIÈVRE

CAS CLINIQUE 5

Lena, 3 mois, a de la fièvre depuis hier sans autres symptômes hormis une baisse de l'état général depuis ce matin.

L'état fébrile sans foyer est une des urgences les plus stressantes pour les pédiatres en cabinet. Il est souvent difficile de faire la distinction clinique entre des causes bénignes et potentiellement graves. Chez les petits enfants, en l'absence de plaintes spécifiques, le pédiatre se transforme souvent en enquêteur disposant de peu d'indices pour déterminer la raison de la fièvre. Le spectre des causes d'un état fébrile sans foyer est large et comprend dans la plupart des cas des motifs d'ordre infectieux (50% des cas), inflammatoires ou oncologiques.¹⁴ Au cabinet, c'est surtout la cause infectieuse qu'il convient de rechercher en urgence. En plus de l'anamnèse, de l'apparence clinique et des examens complémentaires, l'âge de l'enfant guidera le raisonnement pour générer des diagnostics différentiels. Jusqu'à 2 mois, les infections néonatales sont à considérer. Le score de Mc Carthy (**tableau 3**) est un score clinique qui peut aider à exclure une infection bactérienne avant l'âge de 3 ans.¹⁵ Mais jusqu'à 2 ans, la clinique seule n'est pas assez sensible pour différencier une

TABLEAU 3 Score de Mc Carthy

Un score > 10 a une sensibilité de 96% et une spécificité de 65% pour la prédiction d'une infection bactérienne sévère dans une population d'enfants fébriles de 3 à 36 mois. Un score ≤ 10 a une valeur prédictive négative de 98% d'une infection bactérienne grave.¹⁵ À faire 2 fois à 30 minutes d'intervalle.

Risque clinique	1 point	3 points	5 points
Observations	Normal	Atteinte modérée	Atteinte sévère
Qualité des pleurs	Forts avec tonalité normale ou content, ne pleure pas	Sanglots ou gémissements	Faibles ou plaintifs ou tonalité aiguë
Réaction à la stimulation des parents	Content, ne pleure pas ou pleure brièvement puis s'arrête de pleurer	Pleurs intermittents	Pleurs incessants ou interminables
État d'éveil	Si éveillé, reste éveillé Si endormi et stimulé, se réveille rapidement	Ferme les yeux brièvement puis s'éveille ou éveillable après une stimulation prolongée	S'endort ou ne se réveille pas
Couleur	Rose	Extrémités pâles ou acrocyanose	Pâle ou cyanose ou marbré ou grisâtre
Hydratation	Peau et yeux normaux et muqueuses humides	Peau et yeux normaux mais muqueuses plus ou moins sèches	Signe du pli et muqueuses sèches et/ou yeux enfoncés
Contact social	Souriant ou alerte (≤ 2 mois)	Souriant brièvement ou alerte peu de temps (≤ 2 mois)	Aucun sourire, visage anxieux sans expression ou pas alerte (≤ 2 mois)

(Reproduit de réf.²³, avec l'autorisation des auteurs).

Extrait de la Revue Médicale Suisse (suite)

infection virale d'une infection bactérienne sérieuse. Il est alors nécessaire de faire des examens complémentaires. Les examens les plus fréquemment réalisés en cabinet sont la formule sanguine complète, la protéine C réactive, la radiographie thoracique et les analyses d'urine.¹⁴ À partir de 2 ans, le risque de bactériémie diminue, soulageant l'anxiété du pédiatre. En fonction de l'âge de l'enfant et des résultats des examens complémentaires, la prise en charge va de la simple surveillance à un traitement antibiotique PO/intraveineux (tableau 1).

14 H 27, RAYAN VA MAL

CAS CLINIQUE 6

Rayan, 15 ans, est triste, introverti et ne va plus à l'école. Ses parents sont inquiets. Hier soir, ils ont découvert des scarifications sur ses avant-bras.

Selon une enquête réalisée en novembre 2021 dans le cadre de la «Swiss Corona Stress Study»,¹⁶ 33% des jeunes âgés de 14 à 24 ans présentent des symptômes dépressifs graves. Un jeune sur onze a déjà tenté de mettre fin à ses jours. Le nombre croissant des demandes de consultations en urgence formulées par les parents ou les adolescents reflètent ces résultats alarmants. La scolarité, le stress des examens et le choix d'une carrière représentent les principales sources de pression. Les réseaux sociaux jouent également un rôle prépondérant. À travers ces plateformes, les jeunes sont exposés à une multitude de modes de vie les poussant à se remettre en question. Le cyberharcèlement et l'éco-anxiété peuvent également être dévastateurs et répandre un sentiment d'insécurité parmi de nombreux adolescents. Une étude de l'UNICEF réalisée en 2021¹⁷ a révélé que seulement 3% des adolescents en difficulté s'adressent à des professionnels de la santé ou de l'éducation. Le pédiatre peut utiliser l'outil «Heeadssss» (tableau 4) pour évaluer le milieu de vie et l'état émotionnel de l'adolescent¹⁸ et ainsi identifier précocement les patients en souffrance. Il questionnera sans détour

TABLEAU 4	Guide d'entretien pour l'anamnèse psychosociale H.E.A.A.D.S.S.S.S
------------------	--------------------------------------------------------------------------

Guide d'entretien pour l'anamnèse psychosociale de l'adolescent et du jeune adulte. Le guide permet de recueillir des informations pertinentes sur la santé des adolescents et des jeunes adultes en lien avec leurs conditions et habitudes de vie.²²

Home (Maison)	Logement, situation familiale
Education (Éducation)	Scolarité, travail
Eating (Alimentation)	Habitudes alimentaires, image, estime de soi
Activities (Activités)	Sports, activités de loisir
Drugs (Drogues)	Toxiques, tabac, alcool, médicaments
Sexuality (Sexualité)	Identité, attentes, comportement
Stress/Mental health, Suicide (Stress/Santé mentale, Suicide)	Humeur, anxiété, dépression, conduites suicidaires
Security (Sécurité)	Prise de risque
Social media (Réseaux sociaux)	Réseaux sociaux, harcèlement

l'adolescent au sujet d'un éventuel plan suicidaire, dont la probabilité est augmentée en présence de scarifications.¹⁹ En cas d'urgence, une attitude appropriée, une écoute attentive, ainsi qu'une collaboration étroite avec le réseau et la famille sont indispensables. Il est crucial d'établir un contact avec les intervenants entourant le jeune, de rechercher l'assistance d'un psychologue et de planifier une consultation à court terme pour réévaluer la situation. En cas de crainte de passage à l'acte, il est impératif d'envoyer le jeune à l'hôpital pour assurer sa sécurité.

15 H 30, JENNIFER EST DIFFICILEMENT RÉVEILLABLE

CAS CLINIQUE 7

Jennifer, 2 mois, est difficilement réveillable depuis ce matin. Lorsqu'elle est stimulée, elle est irritable. Elle n'a pas de fièvre. Une fois déshabillée, la présence de huit hématomes ronds de 1 cm de diamètre sur les faces latérales de son thorax est constatée.

Lors d'une consultation en urgence, le pédiatre doit demeurer constamment vigilant quant à la possibilité de maltraitance infantile. La maltraitance d'un enfant se définit comme «tout acte intentionnel ou non, conscient ou inconscient, physique et/ou psychologique, perpétré par une personne, institution ou structure sociale, entraînant des troubles du développement, des blessures ou, dans les cas les plus extrêmes, le décès».²⁰ Elle peut revêtir différentes formes, telles que la maltraitance physique, psychologique, la négligence, les abus sexuels et la maltraitance par procuration (syndrome de Münchhausen). En 2022, en Suisse, ce sont les très jeunes enfants qui ont été particulièrement touchés par la maltraitance. Près de 20% des cas signalés concernaient des enfants âgés d'un an et près de 45% de tous les enfants recensés n'avaient pas encore atteint leur sixième anniversaire.²¹ Le diagnostic de la maltraitance infantile est souvent complexe. Les stigmates physiques et les troubles du comportement corrélés à l'existence de facteurs de risque doivent susciter l'attention du pédiatre. La prise en charge implique le transfert de l'enfant aux urgences en cas de mise en danger immédiate ou la communication avec un groupe de protection de l'enfance. Une documentation précise de la situation est primordiale. Les outils essentiels pour le diagnostic et la prise en charge de la maltraitance infantile comprennent une anamnèse approfondie, un examen clinique minutieux, des examens radiologiques, de l'expérience et une connaissance approfondie des ressources locales.

CONCLUSION

Les urgences pédiatriques sont variées. Pour garantir une prise en charge efficace, le pédiatre doit posséder une diversité de compétences, exercer un raisonnement clinique solide et avoir une connaissance approfondie du réseau médico-social local. La communication limitée avec les jeunes enfants nécessite la recherche d'indices, ce qui génère de l'incertitude. Cette dernière est atténuée par la relation de confiance

Extrait de la Revue Médicale Suisse (suite)

établie avec les parents qui deviennent alors des partenaires dans le parcours de soins.

Lorsque des examens complémentaires sont nécessaires, ils sont généralement simples et peu coûteux. Pour les traitements, les pédiatres tiennent compte des recommandations «smarter médecine» et de l'antibiorésistance croissante. Le matériel et les médicaments indispensables pour répondre aux urgences pédiatriques (**tableau 1**) doivent être rangés avec la logique propre à chaque cabinet et facilement accessibles. Afin d'optimiser la gestion des urgences pédiatriques en cabinet, il est recommandé de s'entourer d'une assistante médicale bien formée, capable de répondre aux appels téléphoniques et d'effectuer un tri efficace.

Conflit d'intérêts: L'auteure n'a déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

ORCID ID:

M. Bideau: <https://orcid.org/0000-0001-7373-5196>

IMPLICATIONS PRATIQUES

- Les urgences pédiatriques en cabinet sont tout autant psychosociales que biomédicales.
- En l'absence de plaintes verbales, le pédiatre se transforme souvent en enquêteur à la recherche d'indices l'aidant dans son raisonnement clinique.
- Les examens complémentaires sont habituellement peu onéreux et ne sont effectués que lorsque nécessaire.
- Pour les traitements, le pédiatre tient compte des recommandations «smarter médecine» et de l'antibiorésistance croissante.
- La confiance gagnée lors du suivi permet de considérer les parents comme des partenaires dans le parcours de soins et d'améliorer ainsi leur adhérence aux propositions du pédiatre.

1 *Regamey N, Barazzone C, Barben J, et al. Recommandations suisses pour le diagnostic, le traitement et la prise en charge des maladies respiratoires obstructives du petit enfant en âge préscolaire de 1 à 4 ans. *Paediatrica*. 2023;34(3):14-26.

2 *Möller A, Barazzone C, Barben J, et al. Recommandations suisses pour le diagnostic, le traitement et la prise en charge de l'asthme de l'enfant dès l'âge de 5 ans. *Paediatrica*. 2023;34(3):4-12.

3 *Meyer Sauter P. Diagnostic et traitement de la pneumonie pendant l'enfance et l'adolescence. *Paediatrica*. 2023;34(1):30-9.

4 *Johnson DW. Croup. *BMJ Clin Evid*. 2014 Sep 29;32(1):1-28

5 *DiMeglio LA, Evans-Molina C, Oram RA. Type 1 diabetes. *Lancet*. 2018 Jun 16;391(10138):2449-62.

6 *Sayal K, Prasad V, Daley D, Ford T, Coghill D. ADHD in children and young people: prevalence, care pathways, and service provision. *Lancet Psychiatry*. 2018 Feb;5(2):175-86.

7 **Zysset A, Robin D, Albermann K, et al. Diagnosis and management of ADHD: a pediatric perspective on practice and challenges in Switzerland. *BMC Pediatr*. 2023 Mar 4;23(1):103.

8 *Plebani M, Jaboyedoff M, Fries S, Asner S. Otite moyenne aiguë – prise en charge moderne. *Paediatrica*. 2023;34:16-23

9 *Pelucchi C, Grigoryan L, Galeone C, et al. Guideline for management of acute sore throat. *Clin Microbiol Infect*. 2012 Apr;18(Suppl.1):1-27

10 PIGS – Pediatric Infectious Disease Group of Switzerland [En ligne]. Disponible sur : <https://pigs.ch/>

11 Collège royal des médecins chirurgiens du Canada. *Référentiel de compétences CanMEDS 2015 pour les médecins* [En ligne]. Disponible sur : <https://news.royalcollege.ca>

12 Profiles. Principal Relevant Objectives and Framework for Integrative Learning and Education in Switzerland [En ligne]. Disponible sur : www.profilesmed.ch/

13 **Messerli FH. Chocolate consumption, cognitive function, and

Nobel laureates. *N Engl J Med*. 2012 Oct 18;367(16):1562-4.

14 *Rohr M, Wagner N. Fièvres prolongées d'origine infectieuse chez l'enfant. *Rev Med Suisse*. 2018 Feb 14;14(594):362-5

15 Bang A, Chatuvedi P. Yale Observation Scale for prediction of bacteremia in febrile children. *Indian J Pediatr*. 2009 Jun;76(6):599-604.

16 *De Quervain D. *Swiss Corona Stress Study*. Basel: Universität Basel, 2021.

17 *Unicef. Santé mentale des jeunes : étude sur la situation en Suisse et au Liechtenstein [En ligne]. 2021. Disponible sur : www.unicef.ch/fr/notre-travail/suisse-liechtenstein/sante-mentale

18 **Parisi V, De Stadelhofen LM, Pèchère B, et al. Apport du guide d'entretien HEADSSS dans l'apprentissage de la démarche diagnostique avec un adolescent. *Rev Med Suisse*. 2017;13(562):996-1000.

19 *Haller DM, Meynard A, Binder P. Dépistage de la suicidalité à l'adolescence. *Primary and Hospital Care*. 2021 Jul;21(7):221-2.

20 **Lips U, Wopmann M. Maltraitance infantile – protection de l'enfant. Le rôle central et la tâche des pédiatres. *Paediatrica*. 2021;32:2-27.

21 *Harms Huser D. Statistique nationale de la maltraitance des enfants.

14^e recensement des cas (suspects) de maltraitance d'enfants et d'adolescent-e-s pris en charge dans les cliniques pédiatriques suisses [En ligne]. Mai 2023. 9 p. Disponible sur : www.paediatricschweiz.ch/fr/news/statistique-nationale-2022-de-la-maltraitance-des-enfants/

22 *Payne D, Martin C, Viner R, Skinner R. Adolescent medicine in paediatric practice. *Arch Dis Child*. 2005 Nov;90(11):1133-7.

23 Fischer CJ, Giannoni E, Truttman AC, et al. Pédiatrie. Nouveautés en médecine en 2011. *Rev Med Suisse*. 2012;8(323):51-6.

* à lire

** à lire absolument

Triage téléphonique en cabinet de médecine de famille

Dre ISABELLE GÉRARD^a et Dre MARTINE BIDEAU^a

Rev Med Suisse 2024; 20: 914-9 | DOI : 10.53738/REVMED.2024.20.873.914

En cabinet de médecine de famille, adulte ou pédiatrique, les appels téléphoniques de patients ou de leurs proches sont nombreux. Leurs questions sont variées, allant de la simple requête administrative à l'urgence vitale. La sécurité du patient reste la priorité principale dans les réponses apportées lors de ces appels. Contrairement aux systèmes d'urgences hospitalières utilisant de multiples échelles de tri comprenant un examen clinique de base avec signes vitaux (par exemple, Échelle suisse de tri), il existe peu de stratégies pour un triage efficace et sûr en médecine de cabinet. Les pédiatres suisses utilisent actuellement un guide au triage téléphonique visant à cibler correctement les besoins urgents de soins pour leurs jeunes patients. Un équivalent pour la médecine adulte serait une aide supplémentaire pour une prise en charge en toute sécurité.

Phone triage in primary care practices

In primary care medicine for adult or pediatric populations, phone calls from patients or parents are common. The variety of questions is broad, going from simple administrative requests to life-threatening emergencies. The safety of the patient is the main priority when answering these calls. In opposition to emergency departments in hospitals where numerous well-defined triage systems (for example, Swiss Emergency Triage Scale), including clinical exam with vital signs, have been used, it is difficult to find practical guidelines for a safe and efficient phone triage in medical practices. Swiss pediatricians already use a triage book to help them assess the need for emergency care for their young patients. A similar type of resource would be helpful for a safe management of calls in adult medicine.

TRIAGE TÉLÉPHONIQUE AU CABINET PAR DES ASSISTANTES MÉDICALES

Peu de données statistiques sont disponibles concernant le nombre d'appel téléphoniques en cabinet de médecine de premier recours. Plusieurs études concernant les appels hors des heures de consultations/services de garde ont été publiées. L'une d'entre elles a été réalisée par une équipe danoise et centrée sur la pertinence des appels hors des heures de bureau. Elle a montré que 54,1% de ces appels en sont restés à une consultation téléphonique, dans 41% des cas l'appel fut suivi d'une consultation en personne et les 4,9% restant ont été envoyés en service d'urgence/milieu hospitalier.¹

Dans notre cabinet, une évaluation des motifs des nombreux appels pendant les heures ouvrables a été faite. Les résultats ont montré qu'environ 63% des appels concernent des demandes de type administratif, les 37% restant sont en lien avec un symptôme ou un traitement. Pour les appelants avec une question médicale, 45% ont été vus au cabinet le jour même ou au plus tard dans les 24 heures, 27% ont obtenu un rendez-vous dans les jours suivants, 23% des patients ont simplement reçu un conseil (pas de rendez-vous donné en lien avec leur appel, ni d'envoi en salle d'urgence), 5% ont été envoyés dans un service de garde extérieur. Les urgences vitales peu fréquentes dans notre cabinet sont observées plus fréquemment lors de visites à domicile.

Il est à noter que ces chiffres varient d'un cabinet à l'autre; ils dépendent de la disponibilité des médecins et des places d'urgences bloquées quotidiennement dans leurs agendas.

Les appels téléphoniques sont principalement reçus par des assistantes médicales (utilisation du terme «assistantes» pour assistant-e-s dans cet article vu que la grande majorité de cette profession est représentée par des femmes) en Suisse. Dans les cabinets, généralement, les assistantes médicales connaissent les patients; elles ont accès au dossier de l'appelant. Ceci n'est souvent pas le cas pour les plateformes de triages téléphoniques, qu'elles soient liées aux assurances maladies ou non.

Les assistantes sont fréquemment affectées en même temps à d'autres tâches (soins, prises de rendez-vous, tâches administratives) lorsqu'elles effectuent le tri téléphonique. Pour une réponse adéquate et la sécurité des patients, il est indispensable de créer un contexte propice à cette activité: endroit calme, travail dans la discrétion, pas d'interruptions extérieures, accès aux dossiers médicaux, etc.²⁻⁴

Une étude danoise a comparé le triage par des médecins généralistes, des spécialistes (médecine interne, pédiatrie, anesthésie et chirurgie), ou des infirmiers aidés d'un système informatisé de support au triage. Les patients, dans cette étude, n'étaient pas connus de leurs interlocuteurs téléphoniques. Les assistantes médicales n'ont pas été évaluées dans cette recherche. Les médecins généralistes ont effectué un triage globalement optimal plus souvent que les deux autres groupes. Cependant, les infirmiers (avec aide du support décisionnel) ont plus souvent demandé à parler au patient lui-même et moins souvent sous-estimé des cas à conséquences graves potentielles. Il est à noter que le groupe infirmier a surévalué le risque de certaines requêtes, ceci ayant conduit à des consultations non nécessaires.⁵

^aInstitut universitaire de médecine de famille et de l'enfance, Université de Genève, Faculté de médecine, 1211 Genève 4
isabelle.gerard@unige.ch | martine.bideau@unige.ch

Extrait de la Revue Médicale Suisse (suite)

Une étude menée aux Pays-Bas a été réalisée avec des «practice assistants». Cette qualification semble très proche de celle de nos assistantes médicales; ces personnes ont été mises en face de scénarii de degrés d'urgence variables, puis évaluées quant à la qualité de leur triage par des médecins habilités à cette fonction. Les conclusions de cette étude montrent un système efficace mais qui peut être potentiellement dangereux dans les situations d'urgence majeure, parfois sous-estimées. La pertinence du triage augmente avec l'expérience de l'assistante et pour les assistantes ayant des discussions professionnelles quotidiennes avec le médecin pour lequel elles travaillent.⁶

La gestion des appels de patients par les assistantes médicales et les réponses adéquates attendues sont hautement dépendantes de la disponibilité des médecins du cabinet. En effet, pouvoir interrompre le médecin pour demander un conseil de triage pour une plainte urgente ou vitale est primordial. Cette accessibilité du médecin additionnée de plages pour les urgences du jour dans l'agenda de consultations semblent permettre un tri efficace tout en répondant aux attentes des patients.

FORMATION DES ASSISTANTES ET RESSOURCES

La qualité du triage téléphonique dépend initialement des connaissances de base, de l'expérience acquise et de la connaissance préalable (ou non) du patient appelant. Renseignements pris auprès d'une école formatrice d'assistantes médicales, il semble que peu d'enseignement spécifique soit donné sur le tri téléphonique pendant la formation théorique et que l'apprentissage se fasse principalement lors de la pratique en cabinet.

La qualité du triage téléphonique a aussi pu être évaluée selon les questions posées par le trieur recevant une plainte spécifique d'un patient standardisé. Pour une même plainte, un minimum de questions-clés devaient être posées. En fonction des réponses, le niveau d'urgence pouvait être évalué et les recommandations de sécurité être prodiguées.⁷

Comme l'a déjà fait une équipe de pédiatres en Suisse, un système établi sur les symptômes rapportés par les patients et les questions principales à poser permet d'établir un degré d'urgence de la situation. En fonction de celui-ci, les recommandations d'évaluation médicale sont données au patient, allant de l'appel au 144 pour l'urgence vitale au rendez-vous agendé dans les jours qui suivent pour les problématiques les moins inquiétantes.⁸

Dans un but d'amélioration de la qualité du triage, l'attention doit être portée sur la formation initiale et continue des assistantes médicales. En plus d'un enseignement de base et d'un triage accompagné initial, la revue des appels, un debriefing sur les réponses données et sur la gestion du niveau d'urgence sont indispensables de façon régulière en équipe avec les médecins du cabinet. L'établissement d'un «arbre décisionnel» propre au cabinet peut être réalisé afin d'uniformiser la prise en charge téléphonique.²

Une étude belge a rapporté l'usage d'un algorithme destiné aux infirmières affectées au triage des appels téléphoniques.

Utilisant des scénarii/cas simulés, un code basé sur 4 niveaux de prise en charge est établi et guide ainsi l'attitude et le degré d'urgence de la prise en charge de l'appelant. Les auteurs décrivent une formation complémentaire en 3 parties: cours théoriques, entraînement pratique de compétences et résidence dans un centre de triage.⁹

RESPONSABILITÉ LÉGALE

Dans le canton de Genève, le règlement sur les professions de la santé mentionne que «la profession d'assistant médical ne peut être exercée qu'à titre dépendant uniquement dans le cabinet et sous la responsabilité et la supervision d'un médecin inscrit. Les assistants médicaux inscrits ont le droit d'assister un médecin, selon les instructions de ce dernier et sous sa responsabilité, dans des tâches thérapeutiques, techniques et administratives».¹⁰ Il est à noter que le canton de Genève requiert une autorisation de pratique pour les assistantes médicales, ce qui n'est pas le cas dans tous les cantons. Les assistantes médicales y pratiquent aussi sous la responsabilité d'un ou plusieurs médecins.

Sur le plan clinique, le principe de sécurité prévaut; en cas de doute, le niveau de soins recommandé par l'assistante médicale sera plutôt trop élevé que trop bas. Dans ce contexte, la discussion avec le médecin du patient concerné doit rester accessible. Sur la base des conseils reçus, le patient, in fine, décidera de la poursuite des soins concernant sa requête.

BÉNÉFICES

Il est indéniable que la satisfaction des patients est élevée suite à une guidance téléphonique.⁹ Les urgences non vitales sont évaluées et traitées en cabinet par une équipe de soignants connaissant le patient. La diminution du nombre de visites non nécessaires en salles d'urgences des structures hospitalières débordées est non négligeable et a été démontrée dans plusieurs études.^{11,12}

FUTUR, TÉLÉPHONE ET TÉLÉMÉDECINE

Ces dernières années, la vidéoconsultation a pris un essor certain, y compris pour le triage des appels à la réception des cabinets. Poussées par l'épidémie de Covid-19, les consultations «sans contact» se sont multipliées. Pouvoir évaluer et traiter des patients sans prendre de risque infectieux a montré un bénéfice certain. Une étude récente a recueilli l'opinion de parents et pédiatres concernant l'usage de différentes modalités de télémédecine en consultation; il en ressort que la consultation par téléphone a encore, à ce jour et pour cette population, la préférence sur la vidéoconsultation pour les deux groupes interrogés, après le contact en personne. Il est à noter que la confidentialité dans ces modes de communication reste une question et une inquiétude pour certains.¹³ Une future étude concernant spécifiquement le triage des appels par des assistantes médicales devra évaluer cette technique avec sa composante visuelle tant pour la population pédiatrique qu'adulte. En parallèle, des logiciels intégrés (IA) au système de triage

Extrait de la Revue Médicale Suisse (suite)

téléphonique se sont développés et sont, eux aussi, en cours d'évaluation et d'amélioration.¹⁴

Des approches impliquant les patients en première intention apparaissent aussi; actuellement des applications sur smartphones permettent aux patients, en fonction de leurs symptômes, de s'orienter vers un type de requête de soins, que ce soit le médecin traitant, les urgences, etc.¹⁵ Deux exemples d'applications utilisées fréquemment sont InfoMed et monenfantestmalade.ch, toutes deux développées avec les Hôpitaux universitaires de Genève et touchant ainsi les différentes tranches d'âge de la population.

Dans une étude récente, des évaluateurs professionnels de la santé ont comparé les réponses de médecins et celles du chatbot face à des questions médicales posées par des patients via une plateforme/média social. Pour chaque question posée, la réponse donnée par un médecin et celle donnée par le chatbot ont été comparées, de façon anonyme, par une équipe d'évaluateurs. Ces derniers ont préféré la réponse donnée par le chatbot dans 78,6% des cas; ce jugement prenait en compte la qualité de la réponse et l'empathie dans la formulation de celle-ci.¹⁶

Après avoir utilisé les sources scientifiques à l'aide d'un accès à Pubmed, et suivant une tendance grandissante en médecine à utiliser l'intelligence artificielle, nous avons interrogé ChatGPT sur les outils potentiels pour l'amélioration du triage en cabinet. La technologie informatique tout autant que l'IA sont mentionnées (**tableau 1**).

Il sera donc nécessaire de suivre le développement de ces outils technologiques, de pouvoir intégrer leur valeur ajoutée pour améliorer et ajuster le triage téléphonique, tout en travaillant de concert sur une formation renforcée de nos assistants médicaux ou autres spécialistes de santé répondant aux appels des patients.

TRI TÉLÉPHONIQUE EN CABINET DE PÉDIATRIE

Selon les cabinets pédiatriques, le tri téléphonique est effectué par des assistantes, des secrétaires médicales ou des infirmières. Comme expliqué plus haut, lors de la formation initiale des assistantes médicales, le tri téléphonique est peu abordé et les aspects pédiatriques encore moins. Pourtant, cette partie du travail est primordiale pour le bon fonctionnement d'un cabinet pédiatrique. L'anxiété des parents doublée de l'absence de possibilité de communication des petits enfants demandent aux assistantes une expertise qu'elles n'apprennent pas lors de leur formation. C'est pourquoi Kinderärzte Schweiz,⁸ l'Association professionnelle de la pédiatrie ambulatoire très active en Suisse allemande, a décidé de combler cette lacune en éditant un «manuel de tri téléphonique» s'inspirant du guide allemand publié par l'Association allemande de pédiatrie. Il s'appuie sur les travaux du Manchester Triage System (MTS) adapté à la pédiatrie et sur le manuel *Pediatric Telephone Advice* du pédiatre américain Schmidt. Ce guide pédiatrique de tri est le premier en Suisse. Il permet de standardiser les réponses, d'améliorer la qualité et de former concrètement les assistantes, infirmières et secrétaires médicales au tri téléphonique pédiatrique au

cabinet. Il appartient à chaque cabinet de se l'approprier et de l'adapter à sa pratique quotidienne. Parallèlement à la publication de ce guide, Kinderärzte Schweiz organise des formations pour les assistantes médicales qui rencontrent un succès considérable.

Ce manuel a pour objectif de faciliter la discussion en équipe de différents tableaux cliniques prototypiques au cabinet et de permettre de définir une procédure. En premier lieu, le guide insiste sur l'importance du premier contact au téléphone qui déterminera ensuite la qualité du tri. Une section du guide est consacrée à des conseils pour optimiser une conversation téléphonique au cabinet. Ensuite, il est proposé de démarrer le tri par le repérage de 4 indicateurs généraux en pédiatrie (risque vital, état de conscience, douleurs, fièvre) puis de traiter leur gravité par un code couleur demandant une réaction immédiate du pédiatre (rouge), dans les 30 minutes

TABLEAU 1 Amélioration du triage en cabinet de médecine de famille

Une interrogation de ChatGPT «what tools can be used for telephone triage in primary care?» en date du 16/01/24 identifie les mêmes éléments et conclusions.

Programmes de formation	<ul style="list-style-type: none"> Enseignement sur une communication efficace, l'évaluation des symptômes et les compétences pour les décisions Évaluation a posteriori des situations vécues dans le but d'amélioration
Protocoles structurés	<ul style="list-style-type: none"> Évaluation de l'urgence en fonction des symptômes et questions ciblées
Programmes informatisés d'aide à la décision pour les professionnels de santé	<ul style="list-style-type: none"> Algorithmes aidant à l'évaluation des symptômes et au processus de décision
Prise/suivi de paramètres vitaux à distance	<ul style="list-style-type: none"> Meilleure perception de la situation clinique
Consultations téléphoniques avec recours à la vidéo/télémedecine	<ul style="list-style-type: none"> Meilleure évaluation clinique
Dossier informatisé et partagé	<ul style="list-style-type: none"> Apporte une meilleure connaissance du contexte clinique du patient au trieur Documentation des appels, des symptômes rapportés, des évaluations et de l'orientation des soins recommandée
Communication électronique sécurisée (portal) entre patients et soignants	<ul style="list-style-type: none"> Questions médicales des patients aux soignants via une messagerie sécurisée

TABLEAU 2 Manuel de tri pédiatrique

Code couleurs pour les délais de consultations en fonction de la gravité des symptômes.

Symptômes potentiellement mortels		Informez le-la médecin immédiatement
Symptômes graves		Convoquer le patient au cabinet immédiatement (< 30 minutes)
Symptômes de gravité modérée		Convoquer le patient au cabinet dans les 24 heures
Symptômes légers		Convoquer le patient au cabinet pour le lendemain ou dans les jours à venir
Symptômes - conseil téléphonique suffisant		Conseil par téléphone immédiatement ou rappel

(Avec l'aimable autorisation de Kinderärzte Schweiz, Manuel de tri pédiatrique).

Extrait de la Revue Médicale Suisse (suite)

	FIG 1 Exemple de plainte spécifique pédiatrique: la toux	
<p>FIG 1</p> <p>NUMÉROS DE CONSULTATION, DE 4 À 2</p> <p>Toux</p> <p>Info</p> <p>Une toux aiguë dure généralement une à deux semaines. Elle est la plupart du temps causée par des infections virales, mais aussi par une exposition à des polluants (notamment le tabagisme passif), des allergies, des infections bactériennes et plus rarement la présence de corps étrangers.</p> <p>Une toux chronique se caractérise par la persistance de la même toux pendant plus de quatre semaines. Les causes les plus fréquentes peuvent être des infections récurrentes à l'école enfantine, une exposition à des polluants, une hyper-réactivité bronchique, de l'asthme ou une gêne respiratoire mécanique causée par les amygdales pharyngiennes ou palatines, voire plus rarement par des corps étrangers.</p> <p>La toux est un réflexe normal, qui nettoie mécaniquement les voies respiratoires. Elle est causée en premier lieu par une irritation des voies respiratoires, généralement consécutive à une infection. La toux inquiète les parents, souvent inutilement.</p> <p>Questions</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comment va votre enfant en ce moment, que fait-il pendant que nous échangeons ? • Depuis quand la toux est-elle présente et avez-vous remarqué une aggravation ? • Votre enfant dort-il correctement ? • Votre enfant souffle-t-il d'asthme ? • A-t-il pu être irrité par quelque chose (comme un corps étranger, de la fumée) ? 	<p>Toux</p> <ul style="list-style-type: none"> • Votre enfant a-t-il autre chose de particulier, a-t-il encore d'autres symptômes, comme : <ul style="list-style-type: none"> • une dyspnée • une respiration difficile, sifflante ou rapide • des bruits respiratoires complémentaires • de la fièvre • des vomissements <p>1 Informer immédiatement le médecin</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suspicion d'asthme • Détresse respiratoire aiguë (signes de détresse respiratoire) <p>CONVOCATION EN ACCORD AVEC VOTRE MÉDECIN</p> <p>2 Immédiatement</p> <ul style="list-style-type: none"> • Troubles asthmatiques / sifflement respiratoire • Respiration rapide, respirations forcées <p>3 La nuit, entre un week-end, les jours</p> <ul style="list-style-type: none"> • Symptômes de faux croup (premier épisode / parents inquiets) • Impression d'interlocution de la maladie avec fièvre et souffle court • Âge de moins de six mois <p>4 La semaine ou dans les jours à venir</p> <ul style="list-style-type: none"> • Toux persistante sans symptômes complémentaires <p>5 Conseil téléphonique en accord avec votre médecin</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bronches chaudes en cas de toux d'origine infectieuse • Bronches froides en cas de faux croup • Légèrement sans fumée, non surchauffé • Apport d'air frais et humidité de l'extérieur en ouvrant la fenêtre • Toux levée d'humidité dans l'air, p. ex. en vaporisant de l'eau dans la salle de bain (p. ex. en cas de symptômes de faux croup) 	

(Avec l'aimable autorisation de Kinderärzte Schweiz, Manuel de tri pédiatrique).

(orange), dans les 24 heures (jaune), dans les jours à venir (vert) ou alors un simple conseil téléphonique (bleu) (tableau 2). Le code couleur dépend des symptômes, des antécédents et aussi de l'âge des enfants. Le guide prend ensuite des plaintes spécifiques pédiatriques par ordre alphabétique et détaille le tri avec des informations primordiales sur les sujets, les questions à poser et le code couleur pour fixer le rendez-vous (figure 1). Finalement, le guide décrit les maladies les plus fréquentes en pédiatrie, leur temps d'incubation, leur contagiosité et leur obligation ou non de déclaration. La gestion des vaccinations, les constantes en fonction de l'âge, l'alimentation des nourrissons et la posologie des antalgiques usuels sont aussi détaillées dans le manuel.

Dans notre pôle pédiatrique à la Cité générations à Onex, nous avons la chance de pouvoir compter sur des infirmières, des assistantes médicales et des secrétaires pour répondre au téléphone. Il en résulte une multitude d'expériences et un partage interprofessionnel riche. Jusqu'à ce jour, c'est la collaboration et le partage des connaissances qui a permis d'optimiser le tri téléphonique. Malheureusement, il s'avère que la qualité de la réponse est variable, c'est pourquoi nous avons introduit le manuel de tri téléphonique pédiatrique afin de standardiser les réponses. Toute l'équipe a reçu son manuel et nous avons demandé de s'y référer, de relever les incohérences ou l'inadéquation à notre contexte. Nous sommes encore actuellement dans cette phase. Les retours en équipe sont déjà très intéressants et cela suscite des discussions que nous n'avions jamais eues jusqu'à ce jour. Ce travail de réflexivité nous amène à entrevoir des changements de pratique en cabinet.

CONCLUSION

Il est clair que l'efficacité et la sécurité du triage téléphonique par les assistantes médicales est une priorité pour les patients et les professionnels.

Différentes méthodes d'amélioration de ce triage en cabinet peuvent être ajustées actuellement: une formation ciblée pour les assistantes médicales, un cadre propice à cette activité, la disponibilité des médecins pour des consultations le jour même, un feedback régulier en équipe et l'usage d'un algorithme par symptômes pour évaluer au mieux le degré d'urgence, comme le font déjà les pédiatres.

Des technologies récentes, telles que le dossier partagé, les supports informatisés à la décision pour les soignants, les applications à l'usage des patients, la télémédecine et/ou prise de paramètres à domicile, la messagerie soignants-patients, continuent de se développer et peuvent ou pourront aussi être intégrées dans le processus de triage mais sans pour autant négliger le contact humain via nos assistantes médicales.

Des projets de recherche clinique pourraient évaluer l'apport de ces différentes méthodes dans la qualité du triage en cabinet de médecine générale.

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

Remerciement: Les auteurs remercient la Pre Dagmar Haller-Hester, directrice de l'UMFE/Faculté de médecine, Université de Genève, pour la lecture de cet article et la suggestion d'interrogation de ChatGPT, et Anne-Sylvie Lovato, assistante médicale à la maison de santé de Meinier, pour la lecture de cet article.

IMPLICATIONS PRATIQUES

- Le triage téléphonique en cabinet de médecine de famille étant une tâche lourde de conséquences pour la sécurité des patients, une formation ciblée des assistantes médicales s'avère indispensable.
- L'intégration de séances de discussion en équipe sur les cas de triage téléphonique rencontrés est un outil nécessaire pour l'amélioration de la qualité du tri téléphonique par nos assistantes médicales.
- Un manuel de tri téléphonique utilisé pour le triage pédiatrique en Suisse pourrait servir de modèle pour la médecine adulte.
- Des avancées technologiques récentes utilisant l'intelligence artificielle sont à considérer dans le processus de triage téléphonique.

1 Nørøxe KB, Huibers L, Moth G, Vedsted P. Medical appropriateness of adult calls to Danish out-of-hours primary care: a questionnaire-based survey. *BMC Fam Pract*. 2017 Mar 14;18(1):34

2 *Gehring K, Schwappach D. Le tri téléphonique sous la loupe. *Sécurité Patients Suisse* 2015;6:1-32.

3 Gehring K, Schwappach DLB, Battaglia M, et al. Safety climate and its association with office type and team

involvement in primary care. *Int J Qual Health Care*. 2013 Sep;25(4):394-402.

4 Schwappach DLB, Gehring K, Battaglia M, et al. Threats to patient safety in the primary care office: concerns of physicians and nurses. *Swiss Med Wkly*. 2012 Jun 6;142:w13601.

5 Graversen DS, Christensen MB, Pedersen AF, et al. Safety, efficiency and health-related quality of telephone triage conducted by general practitio-

ners, nurses, or physicians in out-of-hours primary care: a quasi-experimental study using the Assessment of Quality in Telephone Triage (AQTT) to assess audio-recorded telephone calls. *BMC Fam Pract*. 2020 May 9;21(1):84.

6 *Smits M, Hanssen S, Huibers L, Giesen P. Telephone triage in general practices: A written case scenario study in the Netherlands. *Scand J Prim Health Care*. 2016;34(1):28-36.

7 Derkx HP, Rethans JJE, Muijtjens AM, et al. Quality of clinical aspects of call handling at Dutch out of hours centres: cross sectional national study. *BMJ*. 2008 Sep 12;337:a1264.

8 Kinderärzte Schweiz. Commande en ligne du manuel de tri téléphonique destiné aux assistantes médicales [En ligne]. Disponible sur: www.kis.ch/Manuel-de-tri-téléphonique-destiné-aux-assistantes-médicales

9 Brasseur E, Servotte JC, Donneau AF, et al. Triage for out-of-hours primary care calls: a reliability study of a new French-language algorithm, the SALOMON rule. *Scan J Prim Health Care*. 2019 Jun;37(2):227-232.

10 Le Conseil d'État de la république et canton de Genève. Article 43 du règlement sur les professions de la santé (RPS) (rsGE K 3 02.01) [En ligne]. Disponible sur: <https://silgeneve.ch/legis/index.aspx>

11 Thierrin C, Augsburger A, Dami F,

et al. Impact of a telephone triage service for non-critical emergencies in Switzerland: A cross-sectional study. *PLoS One*. 2021 Apr 2;16(4):e0249287.

12 Poole S, Ambardekar E, Gablehouse B, et al. Office "Phone First" Systems Reduce Emergency Department/Urgent Care Utilization by Medicaid-Enrolled Children. *Acad Pediatr*. 2022 May-Jun;22(4):606-13.

13 Bajwa NM, Junod Perron N, Braillard O, et al. Has telemedicine come to fruition? Parents' and pediatricians' perceptions and preferences regarding telemedicine. *Pediatr Res*. 2024 Mar 30.

14 Islam F, Sabbe M, Heeren P, Milisen K. Consistency of decision support software-integrated telephone triage and associated factors: a systematic review. *BMC Med Inform Decis Mak*. 2021 Mar 21;21(1):107.

15 Riboli-Sasco E, El-Osta A, Alaa A, et al. Triage and Diagnostic Accuracy of Online Symptom Checkers: Systematic Review. *J Med Internet Res*. 2023 Jun 2;25:e43803.

16 Ayers JW, Poliak A, Dredze M, et al. Comparing Physician and Artificial Intelligence Chatbot Responses to Patient Questions Posted to a Public Social Media Forum. *JAMA Intern Med*. 2023 Jun 1;183(6):589-96.

* à lire

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):

Dre Béatrice

ANDENMATTEN-TRIGONA

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

Née en 1980, nationalité suisse

Diplôme de médecin en 2005 en Suisse

Titre postgrade de spécialiste en

Dermatologie et Vénérologie en 2015
en Suisse

Après avoir suivi ses études à l'université de Genève et obtenu son diplôme de médecin en 2005 et son doctorat en 2010, elle a effectué sa formation de Dermatologie et Vénérologie aux Hôpitaux Universitaires de Genève. En 2015, elle obtient le titre de spécialité en Dermatologie et Vénérologie. Elle oriente par la suite sa formation et

pratique vers la Dermatochirurgie aux soins des Hôpitaux Universitaires de Genève où elle pratique actuellement en tant que médecin adjointe.

Dre Lorena BASSINI

Fondation Pôle Autisme, place du Cirque 2, 1204 Genève

Née en 1977, nationalité italienne

Diplôme de médecin en 2003 en Italie

Reconnaissance en 2012

Titre postgrade de médecin praticien en

2006 en Italie, Reconnaissance en 2012

Titre postgrade de spécialiste en

Psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents en 2020 en Suisse.

Après avoir suivi ses études en Italie et obtenu son diplôme de médecin en 2003, elle a suivi une formation aux Hôpitaux Universitaires de Bologne et a travaillé en tant que médecin praticien. Arrivée en Suisse en 2011, elle a suivi une formation aux HUG. Actuellement spécialiste en Psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents, elle travaille au sein de la Fondation Pôle Autisme depuis janvier 2021.

Dre Maria Lucia CEDIEL CANALS

Les Psy Réunis, Rue Muzy 10, 1207 Genève

Née en 1980, nationalité suisse

Diplôme de médecin en 2014 en Suisse

Titre postgrade de spécialiste en

Psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents en 2023 en Suisse

Après avoir terminé ses études de médecine à l'université de Genève en 2014, elle a commencé sa carrière médicale par une année de pratique de la médecine interne à l'Hôpital

des Trois-Chêne. Elle a ensuite commencé sa spécialisation en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent à l'OMP. Elle a travaillé une année avec la population tout venant en tant que médecin interne et a été promue en deuxième année au poste de cheffe de clinique au Centre de Consultation Spécialisé en Autisme, où elle a travaillé pendant 5 ans. Elle a complété sa formation post-graduée en travaillant un an en génétique et un an en psychiatrie adulte. Dre Cediel a obtenu son titre postgrade de Psychiatre et psychothérapeute d'enfants et d'adolescents en 2023. Elle est actuellement installée à Genève où elle est particulièrement passionnée par l'accompagnement des patients présentant des troubles neurodéveloppementaux.

Dre Anouche GEMAYEL

HUG, Service d'Anesthésiologie, rue Gabrielle-Perret-Gentil 4, 1205 Genève

Née en 1987, nationalité suisse

Diplôme de médecin en 2013 en Suisse

Titre postgrade de spécialiste en

Anesthésiologie en 2021 en Suisse

Après avoir suivi ses études à Genève et obtenu son diplôme de médecin en 2013, elle s'est formée en anesthésiologie aux HUG. Elle obtient son titre de spécialiste FMH en 2021 et travaille depuis en tant que cheffe de clinique.

 **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

36 av. du Cardinal-Mermillod, 1227 Carouge

www.gemed.ch

info@gemed.ch

fax 022 734 25 91

Dre Yassaman GÖTTI

HUG, Service de Dermatologie, rue Gabrielle-Perret-Genfil 4, 1205 Genève
Née en 1985, nationalité suisse
Diplôme de médecin en 2012 en Suisse
Titre postgrade de spécialiste en Médecine interne générale en 2018 en Suisse
Titre postgrade de spécialiste en Dermatologie et Vénérologie en 2023 en Suisse

Après avoir suivi ses études à l'Université de Genève et obtenu son diplôme de médecin en 2012, elle a entrepris une formation en médecine interne générale aux Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), où elle a obtenu son FMH en médecine interne générale en 2018. Par la suite, elle a poursuivi sa formation en dermatologie aux HUG et à l'Hôpital de Sainte-Justine à Montréal. Elle a obtenu son FMH en dermatologie et vénérologie en 2023. Actuellement, elle occupe le poste de cheffe de clinique au service de dermatologie des HUG.

Dre Jessica SARKISIAN

Installation prévue automne/hiver 2024 à Genève

Née en 1993, nationalité suisse
Diplôme de médecin en 2018 en Suisse
Titre postgrade de spécialiste en Pédiatrie en 2024 en Suisse

Après avoir effectué ses études à l'Université de Genève, elle obtient son diplôme de médecin en 2018. Elle débute sa formation post graduée hospitalière aux HUG puis à l'Hôpital de Morges pour la finaliser, en ambulatoire, au sein de centres médicaux dans le canton de Genève. Actuellement spécialiste en pédiatrie, elle prévoit de s'installer dans le canton de Genève fin 2024.

Dre Laure THOUVENIN

Clinique Générale-Beaulieu, Centre d'Oncologie, chemin de Beau-Soleil 20, 1206 Genève
Née en 1988, nationalité française
Diplôme de médecin en 2012 en Suisse
Titre postgrade de spécialiste en Oncologie médicale en 2021 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 à Genève en 2012, elle a débuté sa formation de médecine interne à l'Hôpital de la Tour, pendant deux ans. Elle revient ensuite aux Hôpitaux Universitaires de Genève pour compléter sa formation en médecine interne. Depuis 2016, elle se consacre à l'oncologie médicale et obtient son titre de spécialiste en 2021. Médecin cheffe de clinique en oncologie aux Hôpitaux Universitaires de Genève depuis 2021, elle prévoit de s'installer dès mai 2024 dans le centre d'oncologie de la Clinique Générale Beaulieu.

Membres probatoires devenant membre actif à titre définitif

au terme de la période probatoire de 2 ans:

Dr Raphaël ANDRÉ, Dre Dessislava ANGUELOVA, Dre Ana Maria ARAMBURU DEL BOZ, Dre Juliette BAPTISTA, Dr Stéphane BERNARD, Dr Christophe BONNET, Dre Rebecca BOTBOL, Dre Julie BOTFIELD, Dre Liz CORONADO, Dr Mathieu FAVRE, Dr Giacomo GASTALDI,

Dr Grégoire GENDRE, Dr Vincent GENOUD, Dr Kévin GILLMANN, Dr Thierry GRANDJEAN, Dr Christian GREINER, Dr Arthur HAMMER, Dr Adrien MAZZOLARI, Dre Marie MULLER, Dr Alessio NATALI, Dre Diana OLLO, Dr Zoltan PATAKY, Dr Alexandre PERRIN, Dr Daniel PIRES MARTINS, Dre Yasma REBAINE HAMMOUDA, Dre Julie VANOY LUQUE, Dre Olivia VEIT, Dre Réchana VONGTHILATH et Dr Tilman YUE depuis le 11 mars 2022.

Dr Marcela del Soco ANCHANTE, Dr Yann DEGUINES, Dre Sarah DUNAND, Dre Marion HAMARD, Dr Christian JONESCU-CUYPERS, Dr Julien LE BRETON, Dr René NKOULOLO, Dre Alexia PADAYACHY depuis le 4 avril 2022.

Nouveaux membres probatoires

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

Dre Yasha ARAEPOUR-TEHRANI, Dre Natacha BARROS-MAGNIN, Dr Antonin BOUROUMEAU, Dre Claire BRIDEL, Dre Aurélie HSIEH, Dre Pauline JAGGI, Dr Thanh Nam LÊ, Dr Sean Timothy O'CONNOR, Dre Louise PENZENSTADLER, Dre Belén PONTE, Dr Giacomo PUPPA, Dre Lucie SCIOTTO, Dre Caroline STEPHAN, Dre Katarzyna TARASIUK-STANISLAWEK, Dr Antonio TUMMINELLO, Dr Duolun ZHANG depuis le 16 avril 2024.



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

Rue Jacques Grosselin 8 – 1227 Carouge – Tél 058 822 07 00 – Fax 058 822 07 09 – fiduciaire@gespower.ch – www.gespower.ch

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):

Dr Elise BAKELANTS au 30 juin 2024
Dr Yves JACOT 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):

Dr Michael FEUSIER, Médecin praticien, médecin-conseil pour la Commune de Veyrier.

Changement d'adresse et ouverture de cabinet

Dr Leen AERTS (Gynécologie et obstétrique) consultera désormais au sein de Geneva Sexual Medicine Center, rue Le-Corbusier 10, 1208 Genève

Dr Candy AUBRY (Psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescent) consulte désormais route de Chêne 11, 1207 Genève

Dr Marieme BA (Médecine interne générale) consulte désormais au sein du Cabinet médical de la Croix-d'Or, rue de la Croix-d'Or 7, 1204 Genève, ainsi qu'au sein de la Permanence médico-chirurgicale Rond-point de Plainpalais, rue de Carouge 17-19, 1205 Genève

Dr François CERRUTI (Médecine interne générale) consulte désormais au sein du Centre Médical Meyrin Village, chemin Antoine-Verchère 6, 1217 Meyrin

Dr Oury CHOCHRON (Psychiatrie et psychothérapie) consulte désormais, avenue de Champel 35, 1206 Genève

Dr Jose Bernardo ESCRIBANO PAREDES (Neurologie) annonce l'ouverture de son cabinet dès le 17 juin 2024, rue de Candolle 14, 1205 Genève

Prof. Alain GOLAY (Endocrinologie/ Diabétologie) consulte désormais rue de Contamines 26, 1206 Genève

Dr Antonin MASEK (Gynécologie et Obstétrique) consulte désormais rue de Coutance 10, 1201 Genève

Dr Emmanuelle THORNTON-BOLLE (Ophtalmologie) consulte désormais au sein du Centre Ophtalmologique, Gare Cornavin, place de Cornavin 7, 1201 Genève

Dr Marina WALTER-MENZINGER (Psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescent) consulte désormais au sein du Centre Médical Helveticare, route de Malagnou 8, 1208 Genève

Décès

Nous avons le profond regret d'annoncer le décès du **Dr Olivier JEANNERET-GROSJEAN** survenu le 5 novembre 2023.



CLINIQUE DE CRANS-MONTANA

MÉDECINE INTERNE DE RÉHABILITATION

Nos pôles d'excellence:

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

Admissions

➔ Rendez-vous sur hug.ch/crans-montana/admissions
La clinique se charge des démarches administratives auprès des assurances maladies et/ou accidents.

☎ 027 485 61 22 - admissions.cgm@hug.ch



CLINIQUE DE CRANS-MONTANA



1010219

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