

BULLETIN DES MÉDECINS SUISSES & SWISS MEDICAL FORUM

Numéro 24
14 juin 2023



32 Données probantes
La médecine complément-
taire en oncologie

12 L'humain avant tout
L'art de diriger un hôpital
avec succès

16 Sécurité des patients
«L'objectif zéro erreur
est une illusion»

44 Allergies à la pénicilline
Évaluation du risque et
approche pratique

Un numéro riche en thèmes en guise d'adieu



Eva Mell

Rédactrice en chef adjointe du Bulletin des médecins suisses
eva.mell[at]emh.ch

Pour ce numéro, j'ai réussi à convaincre Adrian Schmitter d'écrire un essai. Le directeur général de l'Hôpital cantonal de Baden explique à la page 12 pourquoi la médecine est un domaine qui repose sur l'humain, comment il valorise ses collaboratrices et collaborateurs et leur donne les moyens de développer des solutions. J'ai également discuté avec notre journaliste Adrian Ritter du sujet qu'il aborde cette semaine: il a interviewé Thomas Steffen de la fondation Sécurité des patients, qui fête cette année ses 20 ans d'existence. Le président du conseil de fondation parle à la page 16 de ce que la fondation a réalisé jusqu'ici, de la manière dont les médecins peuvent gérer les erreurs et des raisons pour lesquelles une culture du «zéro erreur» n'est pas souhaitable.

J'ai réceptionné et produit l'article de la FMH sur le thème de la médecine complémentaire, que vous lirez à la page 32. Sous le titre «Preuves de la médecine complémentaire en oncologie intégrative», Florian Strasser décrit dans la partie FMH de ce numéro «comment combiner efficacement la médecine complémentaire et intégrative avec la médecine conventionnelle».

Et j'ai également échangé avec ma collègue Magdalena Mühlemann du Swiss Medical Forum. Cette semaine encore, son équipe a réuni pour vous de nombreux sujets captivants.

Il y a par exemple l'article «Approche pratique en cas d'allergies à la pénicilline» à la page 44. Isabel Morales et al. y expliquent pourquoi le taux élevé d'allergies présumées à la pénicilline dans la population est problématique et comment les médecins peuvent y faire face.

Comme chaque semaine, tout le monde a travaillé avec beaucoup d'engagement à la production du magazine. Pour moi, c'était la dernière fois.

Certains articles sont arrivés plus tard que prévu, tandis que d'autres ont pu être bouclés très tôt. En somme, une semaine de production tout à fait normale. Comme chaque semaine, toutes les personnes impliquées ont travaillé avec beaucoup d'engagement à produire le magazine. Pour moi, c'était la dernière fois. Je profite de cette occasion pour vous dire au revoir, chères lectrices et chers lecteurs, car je m'en vais relever un nouveau défi professionnel. Une chose me réjouit: je sais que le Bulletin des médecins suisses sera entre de bonnes mains et que l'équipe continuera à veiller à ce que vous ayez des numéros aussi variés que celui-ci.

Zoom sur



12

Il faut aimer les gens

Leadership La médecine repose sur l'humain. La proximité, l'empathie et une communication transparente sont essentielles pour diriger avec succès un hôpital. C'est l'avis de notre essayiste, Adrian Schmitter, CEO de l'Hôpital cantonal de Baden.

Adrian Schmitter



16

«L'objectif zéro erreur est une illusion»

Anniversaire La fondation Sécurité des patients Suisse a été créée il y a vingt ans. Entretien avec son président Thomas Steffen, qui évoque la culture de l'erreur et la nécessité d'un système national de déclaration.

Interview: Adrian Ritter



88

Sur le plan juridique, la pandémie n'est pas finie

Droit Si la pandémie de COVID-19 n'est plus une urgence de santé publique, elle continue d'avoir des répercussions juridiques. En Suisse, la jurisprudence du Tribunal fédéral encadrera les mesures étatiques lors de futures crises. Deux décisions importantes ont été rendues récemment, au sujet du dépistage obligatoire et de l'obligation vaccinale.

Mélanie Levy

Annonce

medArt
basel.23

19. – 23. Juni 2023

Zentrum für Lehre
und Forschung, Basel

Published under the copyright license "Attribution – Non-Commercial – NoDerivatives 4.0". No commercial reuse without permission.

 An advertisement for SWISS HEALTH WEB. It features a central image of a smartphone displaying a medical professional icon. Surrounding the phone are various medical icons like a heart, a microscope, and a calendar. The background is dark blue with glowing circles and lines.

Besuchen Sie uns
am **19. oder 20. Juni** –
Wir freuen uns auf Sie

SWISS
HEALTH
WEB

Powered by:
EMHMedia
SCHWEIZERISCHER ARZTEVERLAG
FEDERATION MEDICAL PUBLISHERS

See: <http://emh.ch/en/services/permissions.html>

Sommaire

3	Éditorial d'Eva Mell Un numéro riche en thèmes en guise d'adieu
8	CONTENU ÉDITORIAL
8	Actualités
8	À la page L'art de parler clairement
12	Essai Il faut aimer les gens
16	Interview «L'objectif zéro erreur est une illusion»
22	Forum À la remorque de la médecine?
24	Forum Mieux soigner les enfants
26	Forum In memoriam: Bernhard Nachbur (1928-2023)
27	Forum Courier à la rédaction
28	Communications
86	Savoir Médecine complémentaire: où en est la recherche?
88	Cabinet malin Sur le plan juridique, la pandémie n'est pas finie
90	Le mot de la fin de Sven Streit Sortir de sa zone de confort
29	FMH
30	Analyse de la semaine du Comité central La médecine intégrative en Suisse

Impressum

Bulletin des médecins suisses

Organe officiel de la FMH, l'association professionnelle des médecins suisses

Contact: +41 (0)61 467 85 72, redaktion.saez@emh.ch, bullmed.ch/

Rédaction: Eva Mell, Julia Rippstein, Rahel Gutmann, Sarah Bourdely, Gabriele Hellwig, Bahador Saberi, Christelle Grisnaux, Caroline Murphy (assistante de rédaction), Tamy Markowitsch (rédaction Point fort).

Vous trouverez les membres de l'Advisory Board en ligne sur bullmed.ch/

ISSN: version imprimée: 1661-5948 / version électronique: 1424-4012. Paraît le mercredi.

© FMH Le Bulletin des médecins suisses est une publication en libre accès (open access). Sur la base de la licence Creative Commons «Attribution – Pas d'Utilisation commerciale – Pas de Modification 4.0 International», les utilisateurs ont le droit de reproduire, de distribuer et de communiquer cette œuvre au public. Le nom de l'auteur doit toujours être clairement indiqué. L'utilisation à des fins commerciales n'est autorisée qu'avec l'accord explicite et préalable des EMH et sur la base d'un accord écrit.

Swiss Medical Forum – Forum Médical Suisse

Le Forum Médical Suisse est l'organe officiel de formation postgraduée et continue de la FMH et une revue officielle de formation postgraduée et continue de la SSMIG. Il est membre du «Committee on Publication Ethics» (COPE) et est répertorié dans le «Directory of Open Access Journals» (DOAJ), ce qui lui permet de répondre aux exigences de l'ISFM concernant les revues à comité de lecture (peer review). Contact: +41 (0)61 467 85 58, office@medicalforum.ch, https://medicalforum.ch/fr. Soumission de manuscrits en ligne: www.manuscriptmanager.net/smf

Rédaction interne à la maison d'édition: Magdalena Mühlemann (responsable de la rédaction), Dre méd. Ana M. Cettuzzi-Grozaj (responsable du lectorat médical), Dre méd. Susanne Redle (responsable du peer review), Maria João Brooks (assistante de rédaction).

Rédaction scientifique: Prof. Dr méd. Nicolas Rodondi (rédacteur en chef), Prof. Dr méd. Martin Krause (rédacteur en chef adjoint), PD Dre méd. Carole Elodie Aubert, Prof. Dr méd. Stefano Bassetti, Prof. Dr méd. Idris Geussous, Prof. Dr méd. Lars C. Huber, Prof. Dr méd. Gérard Waeber, Prof. Dr. med. et phil. Maria M. Werthli.



32	À la une Preuves de la médecine complémentaire en oncologie intégrative
35	Nouvelles du corps médical
38	ORGANISATIONS
38	SSAM Incertitude juridique pour les consommateurs d'anabolisants
41	SWISS MEDICAL FORUM
42	Sans détour de Lars C. Huber et Martin Krause
44	Article de revue MIG Approche pratique en cas d'allergies à la pénicilline
50	Highlight Constataion de la mort et examen du cadavre
53	Le cas particulier Insuffisance rénale aiguë après des piqûres d'abeilles
56	Quel est votre diagnostic? Tremblement chez un patient polymédiqué
75	POINT FORT: MÉDECINE INTERNE
75	Les maisons de santé interprofessionnelles
78	L'hépatite C au cabinet de médecine de famille
80	Dialogue avec les adolescents
83	Diagnostic précoce au cabinet
59	SERVICES
59	Offres et demandes d'emploi
68	FMH Services
91	Séminaires et événements

Vous trouverez les membres de l'Advisory Board en ligne sur www.medicalforum.ch/fr

ISSN: version imprimée: 1424-4977 / version électronique: 1424-4985. Paraît le mercredi.

© EMH Éditions médicales suisses SA (EMH), 2022. Le Forum Médical Suisse est une publication en accès libre (open access) des EMH sous la licence CC BY-NC-ND 4.0, qui accorde aux utilisateurs le droit illimité de reproduire, distribuer et communiquer l'œuvre au public sous les conditions suivantes: (1) le nom de l'auteur doit être mentionné, (2) l'œuvre ne doit pas être utilisée à des fins commerciales et (3) l'œuvre ne doit en aucun cas être adaptée ou modifiée. L'utilisation commerciale n'est permise qu'avec l'autorisation explicite et préalable des EMH et sur la base d'un accord écrit.

Maison d'édition: EMH Éditions médicales suisses SA, Farnsburgerstrasse 8, 4132 Muttenz, tél. +41 (0)61 467 85 55, www.emh.ch/fr

Annonces: Markus Will, tél. +41 (0)61 467 85 97, markus.will@emh.ch, et Philipp Lutzer, tél. +41 (0)61 467 85 05, philipp.lutzer@emh.ch

Marché de l'emploi et annonces par rubrique: Régie des annonces, tél. +41 (0)61 467 85 71, stellenmarkt@emh.ch

Rubrique FMH Services: FMH Consulting Services, Office de placement, case postale 246, 6208 Oberkirch, tél. +41 (0)41 925 00 77, fax +41 (0)41 921 05 86, mail@fmhjob.ch, www.fmhjob.ch

Abonnements membres FMH: FMH Fédération des médecins suisses, Elfenstrasse 18, 3000 Berne 15, tél. +41 (0)31 359 11 11, fax +41 (0)31 359 11 12, dml@fmh.ch

Autres abonnements: Service à la clientèle EMH, case postale, 4601 Olten, tél. +41 (0)58 510 29 73, emh@asmq.ch

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

Concept créatif: Agence Guido Von Deschwanden

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

Photos: toutes les photos sont mises à disposition, sauf indication contraire. Photo de couverture: Hans / Pixabay





© Volodymyr Hryshchenko / Unsplash

Aux oubliettes le jargon médical: les formations aux médias aident les chercheuses et chercheurs à mieux communiquer.

À la page

L'art de parler clairement

Relations publiques Le Fonds national suisse finance des formations aux médias pour les scientifiques. C'est que les médecins ratent souvent le coche lorsqu'ils s'adressent aux médias, d'après Urs Kern, responsable de cours. Il en explique les raisons.

Interview: Adrian Ritter

Urs Kern, vous donnez depuis huit ans des cours de médias pour les chercheuses et chercheurs sur mandat du Fonds national suisse. Pourquoi est-ce nécessaire?

La science est en grande partie financée par l'argent des contribuables. Le public a donc le droit d'être informé sur la recherche et ses résultats. Il est particulièrement important d'entendre davantage la voix de la science à l'heure de la désinformation, du populisme et des théories du complot. Dans le cas des médecins, il est de plus fondamental que leurs patients les comprennent bien. Cependant, la faculté de communiquer de manière claire et compréhensible n'est pas innée chez tous les scientifiques.

Les professionnels de santé savent-ils communiquer selon vous?

En tant que patient, j'ai fait de bonnes expériences. Mais quand je regarde les interventions dans les médias, je vois

dans 80% des cas des occasions manquées et je me dis: dommage que cette personne n'argumente pas plus clairement. Trop souvent, les scientifiques ont un discours trop abstrait et ne parviennent pas à faire passer leur message. Ou ils n'expliquent pas clairement pourquoi leur recherche est importante pour nous.

Pourquoi?

La recherche utilise son propre langage et cela vaut pour toutes les disciplines. En médecine, il faut davantage prendre en compte l'histoire même de la discipline. Les médecins



Urs Kern
Journaliste et cofondateur de tv-medientrainer.ch

Formations aux médias pour les chercheuses et chercheurs

Comment communiquer pour un large public? Le Fonds national suisse propose différents cours: média training, cours intensif de rédaction, atelier sur les médias sociaux et atelier vidéo sur les médias sociaux. Dates et informations complémentaires: <https://bit.ly/43mjGCE>

utilisaient autrefois le latin et les termes techniques comme une sorte de langage secret. Il s'agissait également de ne pas appeler par leur nom des aspects tels que le sang, la douleur et la mort afin de ne pas effrayer les malades.

Mais les choses ont évolué depuis.

Cet aspect joue peut-être encore un rôle, de manière inconsciente. Mais oui, les temps ont changé. La patientèle est bien informée et pose des questions existentielles: qu'est-ce que j'ai? Ma maladie est-elle dangereuse? En médecine, il est particulièrement important de communiquer clairement, y compris pour le processus de guérison. Les médecins disposent pourtant des meilleurs atouts pour bien communiquer.

Dans quelle mesure?

Contrairement aux mathématiques ou à d'autres disciplines, la médecine est proche des gens: il est question de choses concrètes telles que la vie, la souffrance et la mort. Les gens se sont toujours intéressés à leur santé. Il s'agit d'exploiter cet avantage. Mais ce n'est possible que si l'on parle de manière intelligible.

En quoi le training média est-il utile?

Dans nos cours, nous apprenons à transmettre des messages clairs, compréhensibles pour un large public et convaincants. Les médecins doivent devenir leurs propres traducteurs, simplifier les choses, mais de manière à ce qu'elles restent exactes. C'est une question d'entraînement. Pendant le cours, les participants peuvent s'exercer avec nous, les journalistes. Mais il ne faut pas oublier que je ne peux jamais dire tout ce que je sais. Je dois décider de ce qui est particulièrement important. Et en parler clairement. Par exemple de la nécessité d'allouer des fonds aux recherches sur de nouveaux antibiotiques et des conséquences mortelles qui peuvent en découler si nous ne le faisons pas.

Les scientifiques ont-ils parfois peur d'être sous les feux de la rampe?

Oui, c'est souvent le cas. Nous constatons que ce n'est pas la peur d'apparaître dans les médias qui les préoccupe en premier lieu. Un grand nombre d'entre eux sont surtout gênés de parler de manière générale. Ils craignent que d'autres chercheurs et leurs supérieurs ne les prennent alors plus au sérieux. Or, lors d'une apparition médiatique, il ne s'agit pas de briller devant d'autres scientifiques, mais de convaincre le grand public. Les médecins devraient saisir cette chance – en employant un langage simple et clair, facile à apprendre.

Quoi de neuf?

Nomination d'un co-médecin-chef en gynécologie



Dr méd. univ. (A)
Kaweh Aghai

LUKS Dr méd. univ. (A) Kaweh Aghai est co-médecin-chef de la clinique de gynécologie et d'obstétrique sur le site de Wolhusen de l'Hôpital cantonal de Lucerne (LUKS) depuis le 1^{er} juin. Kaweh Aghai travaille en tant que médecin-adjoint au sein de la clinique depuis 2019 et dirige notamment la consultation d'incontinence. Ce spécialiste en gynécologie et obstétrique a fait ses études de médecine à Innsbruck (A), où il a obtenu son doctorat en 2010. Il a travaillé jusqu'en 2019 comme chef de clinique et chef de clinique adjoint à la clinique communautaire du Rhin moyen sur le site de Mayen. Kaweh Aghai s'est alors notamment spécialisé dans le diagnostic de l'incontinence ainsi que dans son traitement chirurgical et conservateur.

Une nouvelle cheffe des soins à Thoune



Ursula
Brönnimann

© Spital STS AG

Spital STS AG Ursula Brönnimann dirige depuis juin le service des soins de Spital STS AG sur le site de Thoune. Elle est arrivée à Thoune en 2019 en tant que directrice adjointe du service des soins et a pris sa direction ad interim en octobre 2022. Elle avait déjà travaillé à l'hôpital de 1995 à 2017, avant de rejoindre la fondation Alpbach Meiringen. Cette infirmière diplômée a étudié les soins infirmiers à la Haute école spécialisée bernoise et possède un CAS en leadership. De 2021 à 2022, elle a suivi un CAS sur le management systémique dans les institutions de santé à l'Université de Saint-Gall. Elle succède à son poste à Carla Jordi.

Claude-François Robert prend sa retraite



Dr méd.
Claude-François
Robert

Neuchâtel Dr méd. Claude-François Robert a pris le 31 mai sa retraite de médecin cantonal à Neuchâtel après 15 ans d'activité. Il a piloté des dossiers tels que la réorganisation des centrales d'alarme et d'engagement 144. Il a aussi soutenu le développement de la prévention et de la promotion de la santé dans son canton et en Suisse latine, notamment le dossier de la santé mentale. Il a par ailleurs exercé la fonction de directeur adjoint à la direction générale de la santé à Genève. Spécialiste en santé publique, il continuera de réaliser des mandats et de la formation en accord avec sa devise «Conjuguer la lettre et l'esprit au service de la communauté». Claude-François Robert est remplacé par Dr méd. Laurent Kaufmann au poste de médecin cantonal.

Au cœur de la science

Mécanisme d'une protéine instable décrypté

Neurodégénérescence Une équipe de l'EPFL a reproduit les propriétés des agrégats anormaux de protéines détectés dans le cerveau de personnes atteintes de maladies neurologiques comme Alzheimer et Parkinson. L'étude, parue dans Nature Neuroscience, permet de mieux comprendre comment les agrégats deviennent pathologiques et s'étendent à différentes aires cérébrales. La protéine très instable appelée TDP-43 est suspectée d'être la principale responsable. «Nos résultats montrent que l'inhibition des enzymes responsables du clivage du filament de TDP-43 représente une stratégie thérapeutique viable pour ralentir la formation des agrégats de TDP-43 et empêcher leur propagation dans le cerveau, freinant ainsi la progression de la maladie», explique Hilal Lashuel, responsable du laboratoire qui a mené l'étude. Ces résultats ont également un impact sur le développement de nouveaux outils et méthodes de diagnostic précoce de la sclérose latérale amyotrophique (SLA) et d'autres maladies neurodégénératives.

doi: 10.1038/s41593-023-01341-4

Combattre les bactéries résistantes

Infections Chaque année, plus de cinq millions de personnes meurent dans le monde à cause de bactéries résistantes aux antibiotiques disponibles. Une équipe de l'Université de Zurich (UZH) a développé des substances actives qui s'attaquent à un nouveau point d'entrée dans le métabolisme des bactéries. Les scientifiques ont essayé d'optimiser la thanatine, une protéine naturelle. Celle-ci sert aux insectes à se défendre contre les infections, mais son effet est trop faible pour qu'elle puisse être utilisée comme antibiotique. La structure chimique de la thanatine a donc été modifiée afin d'améliorer ses propriétés. Les substances synthétisées ont déjà été testées sur des souris atteintes d'infections bactériennes, avec des résultats positifs. «C'est surtout dans les infections pulmonaires que ces nouveaux antibiotiques se sont révélés très efficaces», explique Oliver Zerbe, directeur du laboratoire Nuclear Magnetic Resonance de l'UZH. D'autres tests précliniques sont prévus.

doi: 10.1126/sciadv.adg3683

Divers

Un centre novateur pour vaincre le mal-être des jeunes



Le bâtiment veut déstigmatiser la psychiatrie.

Santé mentale Une maison dédiée aux soins psychiatriques et de médecine pour les 0 à 25 ans au cœur de Genève: les Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) ont récemment inauguré la Maison de l'enfance et de l'adolescence (MEA). Ce centre réunit les soins actuellement dispensés dans onze lieux différents dans le canton, allant de l'hospitalier aux consultations ambulatoires en passant par l'hôpital de jour. Ce concept a pour but de fluidifier les parcours de soins et de créer des synergies, mais aussi de décloisonner la psychiatrie, expliquent les HUG sur leur site. Dre Nathalie Nanzer, méde-

cin-chef ad interim du Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, et Prof. Klara Posfay-Barbe, médecin-chef du Service de pédiatrie générale, dirigeront les activités cliniques et de recherche. Dotée de 25 lits, la Maison accueillera ses premiers patients début juillet et sera pleinement opérationnelle fin août. Elle est le fruit d'un partenariat entre les HUG, la Fondation Hans Wilsdorf et la Fondation Children Action. Le budget de construction, d'aménagement et des droits de superficie s'est monté à 82 millions de francs. Comprenant six étages, le bâtiment a une superficie totale de 14 600 m².

Citation de la semaine

«Il est important que les hôpitaux s'impliquent dans le débat public. Nous voulons agir et prendre notre destin en main.»

lic. iur. Adrian Schmitter
CEO de l'Hôpital cantonal de Baden,
dans son essai à la page 12



Personnalité de la semaine

Vieillir, oui, mais en bonne santé



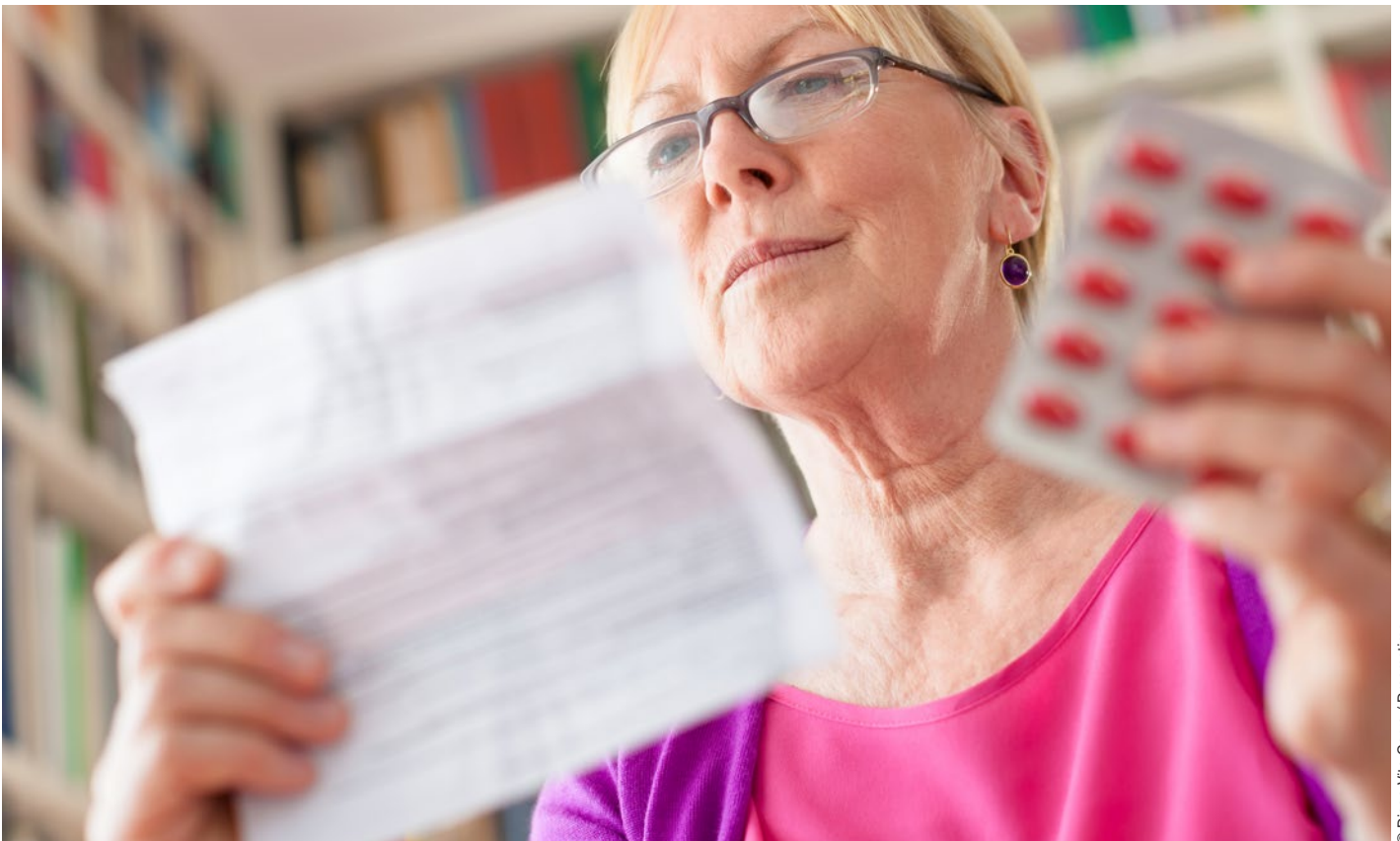
**Prof. Dre Dre méd.
Heike A.
Bischoff-Ferrari**

USZ/UZH En 2050, une personne sur trois en Europe aura plus de 65 ans. Les changements démographiques entraînent de nombreux défis pour la médecine et les systèmes de santé du monde entier, notamment sur le plan financier. «Prolonger l'espérance de vie en bonne santé, et pas seulement l'espérance de vie totale, est une priorité pour la société», dit Heike A. Bischoff-Ferrari. La directrice de la clinique universitaire de médecine gériatrique de l'Hôpital universitaire de Zurich et de l'Hôpital Waid de la ville de Zurich, professeure de gériatrie et de recherche sur le vieillissement à l'Université de Zurich, a reçu du gouvernement français un financement initial d'un montant de dix millions de francs pour le programme de recherche HealthAge. «Lors de l'annonce, le président français Emmanuel Macron était présent en personne, ce qui montre que ce projet est soutenu au plus haut niveau», raconte la professeure. Au total, Health Age réunira l'équivalent de plus de 300 millions de francs en fonds de recherche, plateformes analytiques, biobanques et partenariats industriels. En collaboration avec la recherche en médecine gériatrique de Zurich, ces fonds permettront de mettre en place à Toulouse le principal centre européen de recherche translationnelle sur la longévité en bonne santé, la prévention et la gérosience.

Jusqu'à présent, la médecine s'est concentrée sur le traitement de maladies individuelles, ce qui a permis de prolonger l'espérance de vie, explique la chercheuse. HealthAge va plus loin: il veut aussi permettre aux personnes âgées de rester plus longtemps en bonne santé et actives. «Dans le cadre d'un programme de recherche sur dix ans, de nouveaux traitements seront développés pour renforcer les fonctions physiques et cognitives et ralentir le processus biologique du vieillissement», affirme Heike A. Bischoff-Ferrari.

HealthAge réunit le programme toulousain INSPIRE Geroscience sur la biologie du vieillissement, le programme Integrated Care for Older People (ICOPE) de l'OMS et DO HEALTH, la plus grande étude européenne sur le vieillissement. «Les données HealthAge seront rendues accessibles dans le cadre d'un concept de science ouverte, ce qui permettra d'accroître et d'accélérer encore l'acquisition de connaissances.» Heike A. Bischoff-Ferrari est convaincue que cette collaboration renforcera également le pôle de recherche suisse en médecine gériatrique et en gérosience.

Repéré



© Diego Vito Cervo / Dreamstime

Nocebo Lire la liste des possibles effets secondaires des médicaments sur la notice d'emballage peut conduire à ce qu'on en souffre effectivement. Cet effet placebo négatif est appelé nocebo. Une communication positive, qui se focalise sur les objectifs thérapeutiques plutôt que sur les effets secondaires, peut y remédier. C'est la conclusion des chercheurs présents au plus grand congrès international sur le placebo, qui a eu lieu à Duisburg (D).

Il faut aimer les gens

Leadership La médecine repose sur l'humain. La proximité, l'empathie et une communication transparente sont essentielles pour diriger avec succès un hôpital. C'est l'avis de notre essayiste, Adrian Schmitter, CEO de l'Hôpital cantonal de Baden.

Adrian Schmitter

L'erreur est humaine. Et comme la médecine repose sur l'humain, le taux d'erreur est relativement élevé. De même, un hôpital n'est pas à l'abri des mauvaises décisions, même si un grand nombre de têtes pensantes ont été impliquées dans le processus. À l'Hôpital cantonal de Baden (KSB), nous en avons fait l'expérience pendant la pandémie. Afin de protéger la patientèle et le personnel, notre «commission pandémie» a décrété une interdiction générale des visiteurs et accompagnateurs. Nous avons immédiatement annoncé cette décision sur Beekeeper, notre intranet social – et suscité l'incompréhension de nombreux collaborateurs et collaboratrices.

«Mais comment allons-nous faire avec les patients souffrant de démence?» – «Nous ne pouvons tout de même pas empêcher les papas d'assister à la naissance de leur enfant!» – «Qu'en est-il des patients en fauteuil roulant qui sont conduits à l'hôpital par leurs proches?» Notre commission pandémie, bien que composée de plus d'une douzaine d'experts de domaines très variés, n'a pas pu répondre à ces questions. Nous n'avions tout simplement pas réfléchi à toutes les conséquences de notre décision. Nous avons donc réagi et organisé immédiatement une nouvelle réunion, au cours de laquelle nous avons adapté la directive à la réalité quotidienne de l'hôpital.

Privilégier des hiérarchies horizontales

Cet exemple est on ne peut plus parlant. Tout d'abord, il montre à quel point le fonctionnement d'un hôpital est complexe. La moindre décision a des répercussions sur l'ensemble de la structure. En tant que CEO, je suis à la tête d'une organisation d'experts. De nombreux collaborateurs et collaboratrices, y compris à des niveaux hiérarchiques bien inférieurs, en savent beaucoup plus dans leur domaine que

moi ou tout autre membre de la direction. Il est donc impossible de diriger un hôpital tel que le KSB, qui compte plus de 3300 collaborateurs, en adoptant une approche descendante. Il faut privilégier des hiérarchies horizontales, dans lesquelles les équipes élaborent des propositions de solutions, qui peuvent ensuite être présentées à la direction. Nous laissons à nos médecins-chefs une grande liberté dans la gestion de leurs services. Professionnellement, ils sont au top et, pour qu'ils puissent assumer leurs responsabilités de direction et de gestion, nous leur offrons si besoin le soutien nécessaire ainsi que des possibilités de formations initiale et continue idoines. Au sein de notre direction de sept personnes, nous ne pratiquons pas le micromanagement. Et pourtant, nous prenons un grand nombre de décisions. Nous nous réunissons une fois par semaine et notre conseil d'administration suit une cadence élevée avec une réunion par mois. Les décisions peuvent être bonnes ou mauvaises, mais il est important qu'elles soient prises en temps voulu. En tant que CEO, je suis prêt à prendre mes responsabilités. Comme dans l'exemple cité au début, personne ne perd la face lorsqu'il faut revenir sur une décision et prendre une nouvelle voie. Et comme le dit l'adage: «Errare humanum est, perseverare autem diabolicum» (ndlr: L'erreur est humaine, persévérer dans l'erreur est diabolique).

Le diable se cache dans les détails, on le sait bien. Une communication transparente, honnête, personnelle et en temps réel est donc fondamentale. Dissimuler des informations ou des événements fâcheux est rarement une bonne idée. C'est comme en cuisine: quand la pression monte dans la cocotte-minute, il faut l'évacuer – sinon la cocotte risque d'exploser. Avec la numérisation, les exigences en matière de communication ont sensiblement évolué. Il y a dix ans, les collaborateurs étaient informés une fois par semestre des



© Artyfranzi / Dreamstime

La médecine repose sur l'humain, est convaincu Adrian Schmitter, CEO de l'Hôpital cantonal de Baden.

«thèmes actuels» dans un magazine. Plusieurs mois s'écoulaient avant que le magazine ne soit produit, imprimé et envoyé. Le magazine des collaborateurs joue toujours un rôle important au sein du KSB. Nous le produisons avec une grande passion, car il sert à approfondir certains sujets et à transmettre des informations de fond. Mais nous couvrons l'actualité du jour en utilisant l'application interactive Beekeeper. Notre personnel publie plus de 20 000 posts et commentaires par an sur les différents canaux.

Une communication transparente, honnête, personnelle et en temps réel est fondamentale.

L'importance des marques d'estime

L'application Beekeeper a entraîné un changement dans notre culture. Nous pouvons communiquer rapidement, efficacement et atteindre l'ensemble du personnel (y compris celles et ceux qui ne sont pas en service). Cet outil étant interactif, les collaborateurs peuvent donner leur avis en «temps réel» via la fonction «commentaire» ou «like» et peuvent également rédiger eux-mêmes des posts quand ils le souhaitent. Pendant la pandémie, la direction de l'hôpital procédait à des évaluations quotidiennes de la situation et annonçait les mesures prises par la commission idoine. Les commentaires et les sondages nous permettaient de connaître les attentes, les préoccupations, les défis du personnel, et de réagir en conséquence. Lorsque, avec l'arrivée des sombres mois d'hiver, nous avons vu que l'ambiance menaçait de se dégrader, nous avons lancé une campagne interne pour chasser le «blues» naissant. Chaque semaine, nous avons surpris nos collaboratrices et collaborateurs avec de petites activités et de bonnes choses à déguster. C'est ainsi qu'est né, dans cette phase difficile, un état d'esprit de cohésion et de solidarité qui nous a permis de surmonter la crise. Nous avons constaté que ce sont souvent les petits gestes qui ont le plus d'impact. Depuis, nous surprenons régulièrement notre personnel avec de petites attentions. Sans vouloir surfaire ces marques d'estime, on peut dire qu'elles renforcent la motivation et la loyauté envers l'employeur. Alors que d'autres hôpitaux ont dû fermer des lits en 2022 en raison d'une pénurie de personnel, le KSB a enregistré la meilleure année de son histoire en termes de performances. 21 661 patients hospitalisés et 324 841 consultations ambulatoires représentent un record pour le KSB, tout comme les 123,9 millions de points générés ou les 121 157 journées de soins dispensées.

Avec un EBITDA (earnings before interest, taxes, depreciation and amortization) de 40,4 millions de francs, soit un taux d'EBITDA de 8,8%, nous n'avons toutefois pas atteint nos objectifs économiques. «Et alors?», diront beaucoup. Peu importe, d'autant plus que les indicateurs financiers du KSB sont très bons comparés à ceux d'autres hôpitaux. Eh bien si, c'est important! Une marge EBITDA de plus de 10% est essentielle à la survie d'un hôpital. Ce n'est qu'ainsi qu'il sera en mesure de façonner lui-même son avenir et d'investir dans son infrastructure et son personnel. Depuis que j'ai pris mes fonctions au KSB fin 2014, je ne cesse de répéter l'importance de la réussite économique. En tant que défenseur de valeurs

et d'idéaux civils, c'est à moi d'expliquer aux collaboratrices et collaborateurs, dont la plupart ont une vision sociale, l'importance de la réussite économique et de l'action entrepreneuriale pour l'avenir de l'hôpital. Le KSB est un employeur très social car nous pouvons nous le permettre. Mais pour cela, notre performance doit être à la hauteur.

Innover pour améliorer

Cette exigence implique une volonté d'innovation. Pour moi, l'innovation signifie l'amélioration constante des conditions de travail. Nous impliquons systématiquement le personnel dans ce processus. Rien que dans le cadre du Lean Management, des dizaines de propositions d'amélioration sont soumises chaque mois. Autre exemple: notre département de médecine interne s'est vu décerner en mai le «Prix Lumière» par la société de discipline médicale SSMIG pour son entraînement aux situations d'urgence dans les services stationnaires. Un projet développé en interne par le personnel infirmier et médical. Il s'agit là d'un exemple parfait d'innovation initiée par nos soins. Mais nous disposons également de plateformes institutionnalisées pour innover. Dans notre Health Innovation Hub, créé en 2018, nous testons des idées afin de vérifier si elles sont réalisables. Des collaborations et des partenariats ont ainsi vu le jour, par exemple avec l'EPFZ ou Siemens Healthineers, qui apportent une grande valeur ajoutée au KSB et nous permettent de nous rapprocher petit à petit de notre objectif: être le centre hospitalier numéro un.

Ce sont les petits gestes qui ont le plus d'impact. Nous surprenons régulièrement notre personnel avec des attentions.

Nous développons un grand nombre de ces idées dans la perspective du nouveau bâtiment dans lequel nous emménagerons à l'automne 2024. Au cours des cinq dernières années, nous avons soigneusement planifié ces nouveaux locaux et défini de nouveaux processus sur une planche à dessin – ou dans le Building Information Modeling (BIM). Mais nous savons d'ores et déjà que nous devons entamer des travaux de transformation dès le lendemain de la cérémonie d'inauguration. Cela ne signifie pas que nous avons mal planifié. Il s'agit plutôt d'optimiser la construction théorique dans la pratique. Comme nous l'avons fait pendant des dizaines d'années dans notre bâtiment actuel. Aujourd'hui, aucune salle n'est utilisée de la même manière qu'à l'ouverture en 1978. Cela témoigne de l'évolution rapide de la médecine, dont la seule constante est le changement.

En tant que CEO, l'une de mes principales missions est d'encourager les collaboratrices et collaborateurs à participer activement au changement. Mon atout est de pouvoir donner l'exemple de façon crédible compte tenu de mon parcours personnel, qui a pris des virages importants. Après avoir fait des études d'ingénieur agronome, puis de droit, j'ai commencé ma carrière professionnelle chez Suisseporcs, l'organisation faitière des producteurs de porcs suisses, que j'ai dirigée, avant de rejoindre le secteur de la santé en 2001 en tant que secrétaire général du département de la santé et

des affaires sociales du canton d'Argovie. Depuis douze ans, je suis CEO d'un hôpital, à Berthoud tout d'abord puis à Baden depuis 2014.

En tant que CEO, l'une de mes principales missions est d'encourager le personnel à participer activement au changement.

Façonner son destin

Le poste de CEO d'un hôpital est sans doute celui qui me correspond le mieux. Car pour diriger une organisation d'experts, il faut être un généraliste. Et être capable de penser et d'agir dans une perspective politique. Car ce sont les responsables politiques qui déterminent les conditions-cadres de notre travail. Or leur connaissance des dossiers de notre secteur n'est pas toujours – pour employer un euphémisme – irréprochable. Il est donc important que les hôpitaux s'impliquent dans le débat public. Nous ne voulons pas nous retrouver comme «la souris devant le serpent», mais plutôt agir comme les mangoustes et prendre notre destin en main (ce n'est pas un hasard si les mangoustes sont les protecteurs de l'humanité dans les fables indiennes).

Qu'il s'agisse de discuter avec les responsables politiques, d'élaborer des solutions avec les collaborateurs ou de traiter les patients, une règle s'applique pour toute personne travaillant dans un hôpital: il faut aimer les gens. Appliquer ce principe au quotidien permet de faire la différence. Car la médecine repose et reposera toujours sur l'humain.



lic. iur. Adrian Schmitter

CEO de l'Hôpital cantonal de Baden et lauréat du Viktor Award dans la catégorie «Directeur d'hôpital le plus apprécié».

«L'objectif zéro erreur est une illusion»

Anniversaire La fondation Sécurité des patients Suisse a été créée il y a vingt ans. Entretien avec son président Thomas Steffen, qui évoque la culture de l'erreur et la nécessité d'un système national de déclaration.

Interview: Adrian Ritter

Thomas Steffen, votre fondation s'engage depuis vingt ans pour la sécurité des patients. Cette sécurité est-elle bien réelle aujourd'hui en Suisse?

La Suisse possède un système de santé de qualité, mais le nombre d'erreurs médicales est trop élevé. Il manque un système de déclaration national. Notre fondation a créé le CIRNET [1], un réseau qui connecte les différents systèmes locaux de déclaration des erreurs. Il repose toutefois sur une base volontaire et ne concerne que les erreurs qui n'entraînent pas de préjudice. Pour les événements indésirables entraînant un préjudice, nous ne disposons que des estimations. D'après celles-ci, les erreurs en Suisse concernent environ 5 à 10% de tous les traitements, hospitaliers ou ambulatoires. La moitié d'entre elles pourraient être évitées.

«Notre plus grand succès est que la médecine et la société ont pris conscience de l'importance du sujet.»

Et qu'en est-il en comparaison internationale?

La Suisse est dans la moyenne, sachant que les systèmes de déclaration fiables manquent également à l'échelle interna-

tionale, à l'exception de quelques pays. Il n'est donc pas possible de dire avec certitude comment ces chiffres vont évoluer et si nous allons dans la bonne direction. Ce qui est sûr: depuis une vingtaine d'années, la sécurité des patients est une préoccupation croissante dans le domaine médical. Les principaux défis sont la prévention des infections, la sécurité de la médication, les confusions et la communication.

Qu'a pu réaliser la fondation Sécurité des patients Suisse depuis ses débuts?

Notre plus grand succès est que la médecine et la société ont pris conscience de l'importance du sujet. Nous avons pu poser les bases pour de nombreuses améliorations. Elles englobent nos analyses, les Quick-Alerts [2], qui proposent des recommandations et des mises en garde, et notre «chambre des erreurs» [3], qui sont des espaces de formation dédiés à la sécurité des patients.

Quelles sont les évolutions qui contribuent à une meilleure sécurité des patients?

Globalement, le renforcement de la collaboration interprofessionnelle a eu des effets positifs. Des initiatives telles que les cercles de qualité et les conférences sur la morbidité et la mortalité contribuent également à améliorer la sécurité des patients. Beaucoup de choses ont été faites ces vingt der-



Thomas Steffen, MD MPH, est le président de la fondation Sécurité des patients Suisse depuis juin 2022. Il préside également Santé publique Suisse et travaille en parallèle comme consultant indépendant. Il a étudié la médecine humaine à l'Université de Bâle.



© David Siggg

Du point de vue de la sécurité des patients, les hiérarchies devraient être plus horizontales, estime Thomas Steffen.

nières années. Les nouvelles technologies peuvent également être utiles, bien qu'il existe encore un important potentiel inexploité.

Pouvez-vous donner un exemple?

Le méthotrexate est un médicament utilisé pour traiter les cancers et les maladies inflammatoires. Dans le cas des cancers, il est utilisé quotidiennement, mais une seule fois par semaine pour les inflammations, ce qui est un dosage inhabituel. C'est pourquoi il arrive que le médicament soit pris quotidiennement par erreur. Les conséquences peuvent être graves. Dans le cadre d'un projet [4], nous avons étudié ce que les pharmacies mettent en place pour éviter les erreurs de dosage. Il a révélé qu'une mesure technique simple mais particulièrement efficace faisait défaut dans 96% des pharmacies publiques et 71% des pharmacies d'hôpital. Lorsqu'un dosage quotidien est saisi, un logiciel peut servir d'aide en forçant le personnel à le vérifier et à le confirmer.

La technique sert donc la sécurité des patients?

Oui, c'est exact dans ce cas. C'était pour nous une belle réussite, car le projet a permis d'adapter le processus dans plusieurs institutions. Inversement, les nouvelles technologies peuvent aussi être complexes et sources de recoupements.

Toute nouvelle technologie médicale, aussi bénéfique soit-elle, comporte donc de nouvelles sources d'erreurs potentielles. Mais nous devrions utiliser les technologies partout où c'est possible et judicieux. Ce n'est pas un hasard si notre fondation s'est toujours inspirée de l'aviation pour parler de la sécurité des patients. D'immenses progrès ont été réalisés dans ce secteur en matière de sécurité. Le risque de mourir dans un crash d'avion a sensiblement diminué depuis les années 1960.

«Toute nouvelle technologie médicale, aussi bénéfique soit-elle, comporte également de nouvelles sources d'erreurs potentielles.»

Comment l'aviation y est-elle parvenue?

En recourant à des systèmes techniques et en adoptant une nouvelle culture de l'erreur. Si nous voulons éviter les erreurs, nous devons agir à la fois sur l'humain et sur le système. Nous devons sensibiliser et former le premier. Mais l'échelle des processus, comme les listes de contrôle, et de la

culture est encore plus importante. L'aviation est parvenue à passer d'une culture de la faute (*blame culture*) à une culture de l'erreur (*just culture*).

Qu'entendez-vous par là?

En cas d'erreurs, nous cherchons immédiatement un coupable. Ce faisant, nous négligeons souvent les interdépendances et les processus, nous contentant d'accuser certaines personnes. C'est la culture de la faute. En revanche, la culture de l'erreur se développe dans un environnement de confiance. Les collaborateurs sont traités avec équité et soutenus en cas d'erreur. Les valeurs communes doivent empêcher que des reproches soient faits aux personnes concernées. En conséquence, ces personnes se sentent tellement en sécurité qu'elles signalent leurs erreurs et leurs doutes. On crée ainsi une culture du «speak-up». L'aviation y est parvenue. La médecine a progressé en ce sens ces dernières années, mais il lui reste encore un long chemin à parcourir.

«Chaque hôpital a probablement des normes de sécurité pour ses patients. Mais nous n'avons aucune vue d'ensemble à ce sujet.»

Dans quelle mesure?

La médecine a toujours été très hiérarchisée. Cela rend le speak-up difficile. C'est pourquoi, du point de vue de la sécurité des patients, les hiérarchies devraient être plus horizontales. Il est indispensable que les chefs assument leurs erreurs. Ce n'est qu'à cette condition que leurs collaborateurs en feront autant et qu'ils oseront signaler une erreur à leurs supérieurs. Les systèmes complexes comme la médecine contiennent de nombreux recoupements. Nous sommes souvent confrontés à des chaînes d'erreurs, et non à l'erreur d'une seule personne. Il y a souvent plusieurs possibilités d'éviter une erreur donnée au cours d'un processus. À condition de saisir l'occasion. Une expérience que j'ai vécue en tant que jeune médecin l'illustre de manière frappante.

Pouvez-vous détailler cette expérience?

Je travaillais en gériatrie. Un jour, une patiente est décédée et j'étais chargé d'en informer ses proches. Le soignant m'a donné la fiche avec le numéro de téléphone. Je ne l'ai pas contrôlée et ai appelé afin d'annoncer la triste nouvelle. Quand j'ai raccroché, j'ai réalisé que je n'avais pas informé les bonnes personnes. Je les ai immédiatement rappelées pour m'excuser; elles ont heureusement été compréhensives.

Quelle est l'importance du fait de s'excuser auprès des patients et de leurs proches en cas d'erreur? On entend souvent parler d'obstacles juridiques, dans la mesure où des excuses équivaldraient à un aveu de culpabilité.

Lorsque les patients et leurs proches sentent qu'un événement indésirable affecte également les professionnels de la santé, ils ont beaucoup moins de mal à l'affronter. Dans un tel moment, dire qu'on est désolé de ce qui s'est passé et que l'on va s'en occuper ne signifie pas reconnaître sa culpabilité. Le volet juridique peut, et doit

Colloque 20^e anniversaire

Le colloque «Après l'incident, c'est avant l'incident» de la fondation Sécurité des patients Suisse se tiendra le 7 décembre prochain à Zurich et est ouvert au public. <https://patientensicherheit.ch/fr/a-propos/save-the-date-le-7-decembre-2023/>

peut-être, encore suivre. Une bonne culture de l'erreur ne doit pas être comprise comme le fait que toutes les erreurs sont acceptables. Dans le cas d'une violation grave du devoir de diligence, il peut y avoir des poursuites pénales.

Comment les médecins vivent-ils des cas d'erreurs?

Des études [5] montrent qu'ils en souffrent souvent beaucoup. On parle aussi de «seconde victime» pour de tels traumatismes. Ce phénomène est toutefois peu connu, même au sein du corps médical.

En 2010, la fondation Sécurité des patients Suisse a publié à ce sujet «À la fois auteur et victime» [6]. On peut y lire: «En règle générale, les établissements ne proposent pas de soutien.» Les choses ont-elles évolué?

Il existe des différences notables. Dans le domaine du sauvetage, par exemple, les débriefings sont depuis longtemps devenu la norme. De manière générale, les choses ont davantage évolué dans le secteur hospitalier que dans l'ambulance. En ce sens, il est très utile que la FMH ait créé l'offre ReMed. De manière générale, il est important qu'un soutien à bas seuil soit systématiquement intégré dans les institutions médicales et qu'il soit accessible aussi bien aux patients, à leurs proches qu'aux professionnels de santé.

Dans quelle mesure la pénurie de personnel menace-t-elle la sécurité des patients?

Elle peut l'affecter dans certains cas. Mais globalement, je crains surtout que la pénurie de personnel qualifié ne réduise l'offre médicale, par exemple en allongeant les délais d'attente. Inversement, le thème de la sécurité des patients peut contribuer à rendre les professions de la santé plus attractives. Il s'agit de pratiquer une culture de l'estime et de placer l'être humain au centre des préoccupations.

«Il est indispensable que les chefs assument leurs erreurs. Ce n'est qu'à cette condition que leurs collaborateurs en feront autant.»

L'objectif est-il de parvenir à une culture du zéro erreur?

Non, ce serait illusoire et même dangereux. Et cela conduirait à ce que des erreurs soient passées sous silence. Là aussi, la situation est la même que dans l'aviation: tant qu'il y aura des avions, des crashes pourront se produire malgré toutes les précautions prises. L'être humain fait des erreurs et la technique

peut faillir. Nous pouvons uniquement faire de notre mieux pour réduire ce risque.

Que faut-il pour continuer à améliorer la sécurité des patients?

Nous sommes en pleine transition vers une nouvelle culture de l'erreur et devons continuer sur cette voie. Il s'agit aussi d'intégrer la sécurité des patients de manière durable et généralisée dans les institutions médicales. Cela peut constituer un défi au vu des ressources à disposition. Mais n'oublions pas que, selon une étude de l'OCDE [7], 5% des coûts hospitaliers sont liés à une sécurité lacunaire des patients.

«L'être humain fait des erreurs. Nous pouvons uniquement faire de notre mieux pour réduire les risques.»

Où en est l'intégration de la sécurité des patients dans les institutions médicales?

Chaque hôpital a probablement des normes de qualité pour la sécurité de ses patients. Mais nous n'avons aucune vue d'ensemble à ce sujet. Les choses évoluent dans le sens où les associations des prestataires de soins et celles des assureurs doivent conclure des contrats de qualité conformément à la LAMal révisée. La Commission fédérale pour la qualité souhaite mandater une étude de faisabilité pour un système national de notification des erreurs. Il s'agit d'une étape très importante qui fournira enfin des chiffres fiables.

Quel est l'avenir de la fondation Sécurité des patients Suisse?

Nous souhaitons continuer à être le centre de compétence en Suisse pour l'analyse, le conseil et les prestations de services sur le thème de la sécurité des patients. Notre objectif est d'implémenter les connaissances. Notre plus grand défi est que nous dépendons d'un financement de base solide. Si nous ne pouvons nous financer que par le biais de projets, nous n'avons pas l'indépendance et la marge de manœuvre nécessaires pour innover. Nous en discutons avec les autorités fédérales et gardons l'espoir de trouver une solution.



Références

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



La psychanalyse se base sur les théories fondamentales de Freud.

À la remorque de la médecine?

Psychothérapie Laisser de côté l'inconscient revient à amputer le psychisme de sa part la plus importante. Le psychanalyste Alexander Wildbolz en est convaincu. Il est donc grand temps que la psychothérapie et la psychologie reviennent aux fondamentaux.

La presse se fait dernièrement souvent l'écho d'un malaise dans la psychiatrie et la psychologie. Dans les centres psychiatriques de Münsingen et de Meiringen, on aurait ainsi glissé, en violation de toute neutralité thérapeutique, dans des théories du complot satanistes de malades délirants, avec investigations policières et abscones mesures de protection des présumés harcelés [1]. Et il existe visiblement des groupes psychothérapeutiques non abstinents, comme ladite communauté de Kirschblütli, qui juge pertinent de sexualiser les thérapies [2]. Qu'est-ce qui a mal tourné dans la formation de ces psychothérapeutes?

Un appui unilatéral sur la médecine

Une cause de l'indigence psychothérapeutique des professionnels de la psychiatrie et de la psychologie pourrait être l'appui quasi unilatéral de leurs domaines sur la médecine, alors qu'ils n'ont pas le même éventail de possibilités diagnostiques et thérapeutiques. En médecine, on est au niveau de l'action, du conscient. Le moi est maître en sa demeure, ou espère du moins l'être de plus en plus grâce aux avancées de la recherche, ce dont nous profitons tous. Une dynamique à la remorque de laquelle s'inscrivent

la psychiatrie et la psychologie faite d'une dynamique qui leur soit propre?

Ne pas négliger l'inconscient

À contrario, la psychanalyse part du postulat que le moi n'est pas maître en sa demeure, ce qu'elle décrit comme la troisième blessure narcissique – d'ordre psychologique – de l'humanité. Elle reconnaît bien sûr le rôle du conscient, mais elle lui adjoint l'inconscient, qui détermine nos actions bien plus qu'on ne le voudrait. Adosser la psychiatrie et la psychologie à la médecine a conduit à négliger la psychanalyse et l'importance de l'inconscient. C'est, dans les faits, l'amputation d'une part essentielle du psychisme.

Freud attribue la première blessure narcissique infligée à l'humanité à Copernic (la terre n'est pas le centre de l'univers) et la deuxième à Darwin (la filiation animale de l'humain).

La psychanalyse se base sur les théories fondamentales de Freud. Des théories qu'il a lui-même souvent abandonnées ou révisées, au fil des enseignements qu'il tirait de sa pratique. Et malgré cette autocritique, certains éléments sont aujourd'hui obsolètes, Freud étant lui aussi le fruit de son époque. La psychanalyse freudienne a toutefois de nombreux disciples à travers le monde, qui échangent en continu et s'or-

ganisent en de multiples sociétés nationales de psychanalyse réunies au sein de l'Association Psychanalytique Internationale.

L'amputation de l'inconscient

L'amputation de l'inconscient et la mise de côté de nombreuses autres découvertes de la psychanalyse ont, à mon sens, appauvri la psychiatrie et la psychologie. L'humain ne peut pas être compris et moins encore faire l'objet d'une psychothérapie au seul niveau du conscient.

Le monde s'expliquerait par une illusion, ce qui complique la thérapie – mais embrasser une illusion en tant que réalité est, dans le monde réel, une tentative de fuite de psychothérapeutes mal formés. Abstinence (pas seulement sexuelle) et neutralité (ne pas influencer le sujet en thérapie) sont indispensables. La thérapie devient sinon maltraitance. Tout dévoilement de soi du thérapeute n'induit qu'une pseudo-proximité. Il prive le sujet en thérapie de possibilités de transfert, restreint ses chances de transmettre son vécu émotionnel de relations préalables au thérapeute, de les actualiser et donc de les rendre traitables.

Le thérapeute doit identifier les possibles contretransferts, sans jamais les extérioriser. La méconnaissance de ce type d'évidences psychanalytiques conduit à l'arbitraire psychothérapeutique. Cela va des diagnostics de mode et rituels naïfs jusqu'à des monstruosité telles qu'évoquées plus haut.

J'espère, avec ces pensées critiques, non seulement inciter les thérapeutes honnêtes à réagir au sein de leurs instituts de psychothérapie, mais aussi déclencher une réflexion qui conduise à libérer la psychiatrie et la psychologie du malaise actuel. Je plaide, pour ce faire, pour une formation intégrant plus largement les aspects du soutien psychanalytique, et donc pour une compétence renforcée dans la pratique de la psychothérapie.

Dr méd. Alexander Wildbolz, médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, analyste formateur de la Société Suisse de Psychanalyse



Références

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



Le Pocket Book de l'OMS offre une vision holistique des soins pédiatriques.

Mieux soigner les enfants

Critique de livre Améliorer le diagnostic et la prise en charge des affections courantes de l'enfant et de l'adolescent: c'est l'objectif d'un guide de l'OMS. L'accent est mis sur les pratiques basées sur des preuves et sur la prévention afin d'éviter des traitements inutiles.

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS), via la PCIME (Prise en Charge Intégrée des Maladies des Enfants), a mis en place dès 2001 une approche systématique de soins visant à diminuer la mortalité des enfants dans les pays du Sud, efforts ciblés sur les principales causes des décès pédiatriques. La PCIME a permis d'infléchir de manière significative les courbes de morbi-mortalité infantile, exception faite des nouveaux-nés malheureusement. De nombreux domaines n'y sont cependant pas traités, en particulier les maladies chroniques, la santé des adolescents, les soins palliatifs et l'enseignement systématique. De même, le suivi «sur le terrain» de ces recommandations fait encore bien souvent défaut. De ces constats sont nées deux idées-forces:

- effectuer le même travail dans les pays du Nord,
- élargir le périmètre des soins de santé primaires à tous les domaines de santé, quel que soit l'âge des enfants.

Un guide consacré à la pédiatrie

C'est ainsi qu'a été publié «The WHO Pocket Book of Primary health care for children and adolescents for the European region». Une équipe emmenée par Dr Martin Weber et Dre

Suzanne Carai a mobilisé, pendant plus de cinq ans, une cinquantaine d'éditeurs de haute compétence, de nombreux auteurs ainsi que des institutions pédiatriques cruciales.

Afin d'offrir une vision holistique des soins pédiatriques, le Pocket Book traite aussi bien de la promotion de la santé et du suivi du développement que de la prise en charge des maladies pédiatriques les plus courantes. Un accent particulier est mis sur les maladies chroniques et les cancers, permettant au médecin de premier recours de disposer de connaissances suffisantes pour accompagner l'enfant et sa famille dans ces situations, et sans qu'il ne se substitue au(x) spécialiste(s) pédiatrique(s) concerné(s). Des sections importantes sont dédiées à la santé mentale, essentiellement des adolescents – mais pas uniquement – ainsi qu'à une nutrition saine. Pour finir, une section est dédiée aux médicaments essentiels en pratique de premier recours. Le Pocket Book se base sur de la médecine fondée sur les faits (EBM) et s'appuie sur l'épidémiologie globale des états morbides de l'enfant dans les pays du Nord. Chaque pays pourra au besoin adapter ces recommandations à ses propres données. Le Pocket Book s'est également inquiété de rendre ces recommandations praticables pour les médecins de premier

recours, ne proposant pas de moyens paracliniques extensifs qui nécessiteraient de référer l'enfant à d'autres structures.

Destiné à tout soignant de premier recours prenant en charge des enfants, le Pocket Book devrait également pouvoir servir de base à l'enseignement de la pédiatrie dans les facultés de médecine et de soins infirmiers; il représente en effet le «socle» qu'est la pédiatrie générale.

Développer les soins de santé primaire pédiatriques renforce le système de santé en général et permet de diminuer les trop nombreux recours inappropriés vers des services d'urgences déjà surchargés. Un rééquilibrage des moyens financiers au profit des structures communautaires s'avérera par ailleurs également nécessaire, comme le réclament déjà de nombreuses institutions en Suisse.

Voici donc une publication essentielle qu'il faut diffuser et faire connaître. À l'heure où des bouleversements majeurs (politiques, climatiques, militaires, économiques) et leurs conséquences en termes de précarité et de migrations de populations vulnérables secouent notre monde, le Pocket Book arrive «à point nommé»!

*Prof. Dr méd. Nicolas von der Weid
Chef du service d'oncologie/hématologie
Médecin-chef adjoint en pédiatrie
Hôpital pédiatrique universitaire des deux Bâle*

Le Pocket Book est disponible en téléchargement gratuit sur le site de l'OMS ou à la librairie de l'OMS à Genève (40 francs).



Pocket Book of Primary health care for children and adolescents
World Health Organization, 2022



Bernhard Nachbur nous a quittés peu après son 95^e anniversaire.

In memoriam: Bernhard Nachbur (1928–2023)

Nécrologie Bernhard Nachbur faisait partie des plus grands spécialistes de la chirurgie cardiaque et vasculaire thoracique. Il incarnait l'idéal du médecin conscient de ses responsabilités. Il a succombé à une courte et grave maladie le 23 avril 2023, à l'âge de 95 ans.

Prof. Dr méd. Bernhard Nachbur a travaillé comme chirurgien à l'Hôpital de l'Île de Berne pendant près de 40 ans. En tant que médecin-chef de la clinique de chirurgie cardiaque et vasculaire thoracique, il a donné un élan décisif au traitement des maladies vasculaires. Il a atteint un niveau d'excellence dans cette spécialité, comme en témoigne sa longue activité en tant que président de l'Association of International Vascular Surgeons.

Bernhard Nachbur était un homme d'une grande éthique. Toute forme de «prééminence» et de volonté d'être «plus» lui répugnait. C'était une personnalité capable de conserver le meilleur des traditions sans se fermer au meilleur

du présent. Son travail consciencieux et ses compétences médicales spécialisées furent l'un des piliers de son succès. Il incarnait ainsi l'image idéale du médecin responsable, qui se distingue par son engagement personnel sans faille, son attitude claire et sa modestie.

Disponibilité et bonté paternelle

Soucieux de sa propre formation continue, il faisait preuve d'un esprit de sacrifice propre à ceux qui répondent à une véritable vocation. Lorsque la situation l'exigeait, il ne connaissait pas le repos nocturne et ne s'en tenait pas au rythme quotidien bien rodé. Il était immédiatement sur place pour aider sans faire de grands

discours. Il exigeait de ses assistantes et assistants la même discipline et la rigueur sans compromis auxquelles il s'astreignait lui-même. Il était sévère et intransigeant quant à la perception et à la responsabilité du jeune médecin vis-à-vis des patients qui lui étaient confiés. Sa rigueur éducative dissimulait une compréhension patiente à l'égard de ses collègues moins expérimentés, une disponibilité constante et une bonté paternelle. Ce fut donc une chance pour de nombreux collaborateurs et collaboratrices, patientes et patients qu'après avoir refusé de partir à Neuchâtel, il ait accepté sa nomination au poste de médecin-chef et vice-directeur de la clinique de chirurgie cardiaque et vasculaire thoracique à l'Hôpital universitaire de Berne.

Des liens familiaux aux États-Unis

On pourrait se demander d'où Bernhard Nachbur puisait l'énergie pour toutes ses activités. En premier lieu, c'était sa famille qui lui apportait un soutien inébranlable. Son intérêt pour la musique et pour les questions d'actualité politique et culturelle lui ont également donné la force de surmonter les coups durs qui ne lui ont pas été épargnés, ni à lui ni à ses proches. Sans oublier le sport dans lequel il s'investissait toujours pleinement, comme dans sa profession, qu'il s'agisse de la course Morat-Fribourg ou du marathon de ski de l'Engadine.

Le fait d'avoir passé une partie de sa jeunesse dans l'espace anglo-saxon et d'avoir conservé des liens familiaux étroits avec les États-Unis a peut-être favorisé l'heureux mariage d'un esprit pionnier ouvert sur le monde et d'un enracinement dans les traditions, et encouragé son sens aigu du fair-play. Ses relations avec les étudiants et ses jeunes collègues étaient caractérisées par l'équité et l'esprit d'ouverture. Dévoué sans compromis à la bonne cause et ne cherchant jamais son propre avantage, authentique, combatif et parfois même dérangeant lorsque c'était nécessaire, il a laissé de nombreuses traces et a mérité l'admiration de ses innombrables patients, élèves et amis reconnaissants.

Prof. ém. Dr méd. Ulrich Althaus, ancien directeur et médecin-chef de la clinique de chirurgie thoracique et cardiovasculaire, Hôpital de l'Île, Berne

Ceci est votre page!

Vous pouvez nous soumettre vos textes pour la rubrique «Forum». Pour plus d'informations, veuillez consulter la page bullmed.ch/publier

Courrier à la rédaction

Aufruf zu einem überfälligen Paradigmenwechsel

ME/CFS (Myalgische Enzephalomyelitis/Chronisches Erschöpfungssyndrom) ist gleich häufig wie Multiple Sklerose. Falls Sie noch nie bewusst einen ME/CFS-Betroffenen gesehen haben, sind Sie in guter Gesellschaft: Postvirale Erschöpfungssyndrome sind nämlich Stiefkinder der Medizin. Viele erhalten nie eine korrekte Diagnose, es gibt ausser Physiotherapie keine Behandlung sowie kaum Forschung oder finanzielle Unterstützung: Obwohl 40% vollständig und 20% teilweise arbeitsunfähig sind, werden dreiviertel der IV-Anträge abgelehnt.

Durch die Pandemie gibt es in der Schweiz circa 300 000 Long-Covid-Betroffene, ein beträchtlicher Teil davon entwickelt ME/CFS. Die Standarddiagnostik ist meist unauffällig. So konnte bei Long-Covid-Patientinnen und Patienten mit Dyspnoe erst mit 129Xe-MRT ein gestörter pulmonaler Gasaustausch nachgewiesen werden. Entsprechend sind die häufigsten Fehldiagnosen Depressionen, eine psychosomatische Ursache oder bei Kindern Münchhausen by proxy.

Zentral ist ein Cluster aus Fatigue, Belastungsintoleranz, Post-Exertional Malaise, orthostatischer Intoleranz und kognitiver Dysfunktion. Die Frage nach der Post-Exertional Malaise und deren Auswirkungen im Alltag gehört imperativ zur Anamnese, denn sie manifestiert sich erst nach der Untersuchung oder Begutachtung. In der Untersuchung werden die Patientinnen und Patienten oft enorm überschätzt.

Grundversorgende müssten mit postviralen Syndromen umgehen wie mit Migräne oder Pneumonie und die unkomplizierten Fälle selber kompetent abklären und therapieren: Differenzialdiagnosen ausschliessen, ein posturales orthostatisches Tachykardiesyndrom oder eine orthostatische Hypotonie proaktiv suchen und behandeln, Physiotherapie und Ergotherapie für Pacing verordnen (Training unterhalb der individuellen Belastungsschwelle, um eine Post-Exertional

Malaise zu vermeiden), Antihistaminika und Ernährungsberatung zur Behandlung des Mastzellenaktivierungssyndroms sowie Nahrungsergänzungsmittel einsetzen.

Postvirale Syndrome müssen in Aus-, Fort- und Weiterbildung und Forschung als häufige Multisystemerkrankung eine hohe Priorität erhalten, damit die vielen Betroffenen evidenzbasiert abgeklärt, therapiert und angemessen unterstützt werden.

Dr. med. Maja Strasser, Neurologin, Solothurn

Versorgung beeinflusst Long COVID

Brief zu: News der Woche. Psyche beeinflusst Long COVID. Schweiz Ärztezg. 2023;104(19):9-10

Unter «Aus der Wissenschaft» findet sich ein Artikel aus JAMA Psychiatry: Psyche beeinflusst Long COVID. Die Frage nach Risikofaktoren für eine Post-COVID-Erkrankung ist ausser Frage berechtigt. Was hier jedoch dringend stehen müsste, wären endlich einmal Interventionsstudien und eine in der Schweiz sehr dringliche Aufarbeitung der Versorgungslage von Post-COVID-Betroffenen. Es kann doch nicht sein, dass (auch durch die Auswahl einer solchen Studie an dieser Stelle in der Schweizerischen Ärztezitung) immer wieder der Fingerzeig auf die Patientinnen und Patienten stattfindet, statt sich ernsthaft zu fragen, was den Abertausenden geboten werden kann.

Die Wartezeiten für spezialisierte Sprechstunden sind teilweise unerträglich hoch. Die Betreuung dort wird zunehmend zeitlich limitiert, offensichtlich wegen einer Ressourcenproblematik. Grundversorgende haben jedoch immer noch keine Behandlungsleitlinie. Patientinnen und Patienten sind daher zum Teil massiv unterversorgt – und dies mit einer Erkrankung, die absolut schwerst einschränkend sein kann. Die Spezialsprechstunden bieten in der Schweiz therapeutisch kaum etwas an. Individuelle Therapieversuche, Off-Label-Anwendungen international sehr wohl diskutierter Pharmakotherapie, werden unter dem Hinweis auf fehlende Evidenz abgewehrt. Auf der anderen Seite fehlt offensichtlich (politisch?) der Wille, eben jene Evidenzen zu schaffen.

Ein wahrscheinlich relevanter Anteil von Betroffenen scheinen sich durch Rehabilita-

tionsprogramme zu verschlechtern. Bei einer meines Wissens völlig fehlenden Aufarbeitung des Outcomes diesbezüglich und dessen prognostischer Faktoren wird das Grundprinzip der Malefizenz verletzt. Und dann eben wieder zurück auf die Betroffenen den Finger zu zeigen wegen allfälliger psychischer Labilität kommt angesichts der Versorgungsmisere einem Hohn gleich.

Dr. med. Anke Mols, Burgstein

Envoyer un courrier

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

bullmed.ch/publier/remettre-un-courrier-des-lecteurs-remettre

Communications

Examen de spécialiste

Examen en vue de l'obtention de la formation approfondie en pédiatrie de développement à adjoindre au titre de spécialiste en pédiatrie

Date

Vendredi 3 novembre 2023

Lieu

Universitäts-Kinderspital Zürich

Délai d'inscription

Vendredi 1^{er} septembre 2023

Vous trouverez de plus amples informations sur le site web de l'ISFM www.siwf.ch → Formation postgraduée → Titres de spécialiste et formations approfondies → Pédiatrie

Examen de spécialiste pour l'obtention du titre de spécialiste en chirurgie pédiatrique

Date

Mercredi 6 décembre 2023 et jeudi 7 décembre 2023

Lieu

Hôpital universitaire pédiatrique, Bâle

Taxe d'examen

La Société de discipline médicale prélève une participation aux frais de 1000 francs.

Critères de validation

Seuls les titulaires d'un diplôme fédéral de médecin ou d'un diplôme de médecin étranger reconnu par l'OFSP sont admis à l'examen de spécialiste (art. 23 RFP). Les dispositions

transitoires correspondantes figurent à l'art. 69, al. 3 de la RFP.

Date limite d'inscription: 10 juillet 2023

Inscription

Via le formulaire téléchargeable sur le site de la SSCP (www.swiss-pediatricsurgery.org/fr/agenda-fr/examen) adressé à:

PD Dr. Ulrike Subotic
Stv. Chefärztin
Kinderchirurgie
Universitätskinderspital beider Basel
Spitalstrasse 33
4056 Basel

Ulrike.subotic[at]ukbb.ch
Tél. standard: 0617041212

Information

La réussite de l'examen de spécialiste est la condition pour l'obtention d'un titre en chirurgie pédiatrique (pour les éventuelles dispositions transitoires applicables et les exceptions, voir l'article «Quels critères pour l'examen de spécialiste?»: www.fmh.ch/files/pdf22/art_fap_2019_f.pdf).

Annnonce



LIBRAIRIE
Éditions médicales suisses EMH

Nous nous réjouissons
de votre visite!

Lire ce qui est digne d'être lu!

- Vaste sélection d'ouvrages spécialisés
- Romans policiers passionnants
- Livres pour enfants, BD ... et plus!

shop.emh.ch



FMH

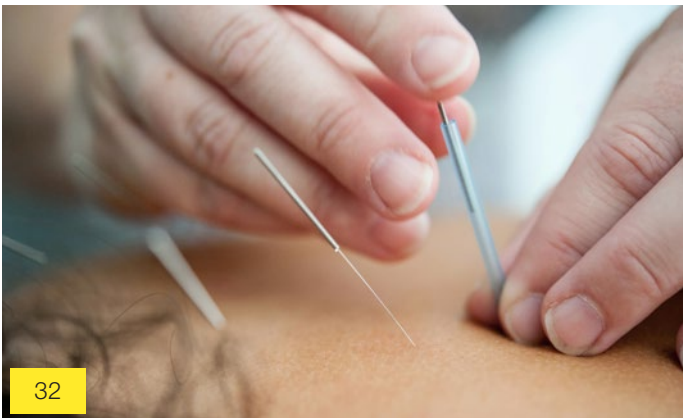


30

La médecine intégrative en Suisse

Coopération transversale Ces dernières années, la médecine complémentaire a gagné en importance. Où en sommes-nous aujourd'hui et quelle est la position de la FMH face à ce développement?

Jana Siroka



32

Preuves de la médecine complémentaire en oncologie intégrative

Médecine fondée sur les preuves L'exemple de l'oncologie intégrative montre comment combiner efficacement la médecine complémentaire et intégrative avec la médecine conventionnelle et comment la médecine fondée sur les preuves pourrait permettre d'évaluer l'évidence scientifique dans la pratique clinique quotidienne avec intégrité et transparence, sans préjuger des résultats.

Florian Strasser



© charlesdelivrio / Unsplash

La mutualisation des connaissances en médecine complémentaire et conventionnelle profite aux patientes et patients.

La médecine intégrative en Suisse

Coopération transversale Ces dernières années, la médecine complémentaire a gagné en importance. Où en sommes-nous aujourd'hui et quelle est la position de la FMH face à ce développement?



Jana Siroka

Dre méd., membre du Comité central de la FMH et responsable du département Médecine et tarifs hospitaliers

En cette année 2023, notre système de santé montre une tendance propice à la mutualisation des connaissances des médecins et des scientifiques au profit des patientes et patients, notamment dans le domaine de la médecine conventionnelle et celui de la médecine complémentaire. La médecine intégrative est la combinaison de ces deux approches. Selon la dernière enquête de l'Office fédéral de la statistique, un tiers environ de la population a recours à la médecine complémentaire. Et la tendance est clairement à la hausse. En 2019, une enquête représentative auprès des pédiatres suisses a quant à elle montré que près de la totalité des pédiatres ont répondu à des

demandes de parents sur la médecine complémentaire. La population a déjà témoigné de son profond soutien en 2009, lorsque le contre-projet direct à l'initiative populaire «Oui aux médecines complémentaires» a été accepté à 67%. Cela a permis d'ancrer la médecine complémentaire dans la Constitution (art. 118a Cst.). L'homéopathie classique, la phytothérapie, l'acupuncture, la médecine anthroposophique et la pharmacothérapie de la médecine traditionnelle chinoise sont depuis lors prises en charge par l'assurance-maladie obligatoire, dans la mesure où elles sont pratiquées par des médecins spécialistes titulaires d'une attestation de formation complémentaire de l'ISFM.

Position de la FMH

La FMH s'engage pour la **qualité des traitements et la sécurité des patients**. Dans le domaine de la médecine complémentaire, elle travaille en collaboration avec l'Union, l'organisation faitière des sociétés suisses de médecine complémentaire. Dotée du droit d'intervenir auprès de la FMH, cette dernière représente environ 1000 médecins spécialistes exerçant en Suisse et titulaires d'une attestation de formation complémentaire de l'ISFM dans le domaine de la médecine intégrative. En 2016, l'Union a signé – avec de nombreuses autres organisations médicales – la Charte qualité de la FMH et a publié un standard de traitement

La FMH met en avant la scientificité ou plus exactement l'efficacité de la médecine complémentaire.

sur son site internet, dans lequel elle préconise une application intégrative de la médecine complémentaire et une collaboration interdisciplinaire. Les attestations de formation complémentaire, mises sur pied en collaboration avec l'ISFM, jettent les bases idéales d'une bonne démarche qualité. La FMH met en avant la scientificité ou plus exactement l'efficacité de la médecine complémentaire, qui est évaluée selon les termes de l'art. 35a de l'ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal). Les trois critères qui y sont décrits (tradition de recherche, preuves scientifiques/expérience médicale et formation postgraduée) font écho aux orientations de la médecine complémentaire évoquées ici. La médecine empirique ou les preuves empiriques sont une réalité dans le quotidien des médecins et, dans le domaine des essais randomisés contrôlés (ERC), la mesurabilité ne doit pas être confondue avec l'efficacité. Les études de haut niveau de preuve comprennent des populations de patients sélectionnées. Les données de nature «quotidienne» (real-world Evidence) sont donc de plus en plus assimilées à des ERC. À ce sujet, je recommande vivement la lecture de l'article du Prof. Florian Strasser à la page 32 de ce numéro.

Les études sur la médecine complémentaire et intégrative sont bien plus avancées qu'on ne le pense souvent. Une simple recherche dans Pubmed et Embase donne déjà des dizaines de milliers de résultats. Les études sur le sujet comprennent – conformément aux modèles d'étude acceptés par l'OFSP – des études randomisées contrôlées en double aveugle, des études contrôlées, des études de cohorte, des études d'observation et des séries de cas, et s'étendent aux domaines de la

recherche fondamentale, translationnelle et clinique. Pour toutes les disciplines bénéficiant d'une attestation de formation complémentaire, il existe suffisamment de preuves issues d'études de bonne qualité permettant de démontrer le bénéfice de la médecine intégrative.

L'**économicit**é est un autre point important pour la FMH. D'une manière générale, on peut dire que l'évaluation de l'économicit

é montre un avantage significatif de la médecine intégrative, surtout pour les traitements de longue durée englobant des éléments de médecine préventive. En d'autres termes: les coûts peuvent être plus importants lors de la première année de traitement, par exemple en cas de dépression. Cependant, au cours de la deuxième et de la troisième année, les coûts de santé de la personne traitée sont inférieurs à ceux d'une personne ne bénéficiant pas d'un traitement de médecine intégrative. Le remboursement des prestations de médecine complémentaire par l'assurance de base remplit les conditions d'économicit

é selon l'art. 32 LAMal (critères EAE). Le fait que le Conseil fédéral ait soumis celles dispensées par les médecins au principe de confiance est en accord avec le mandat constitutionnel (Cst. 118a), la volonté du législateur et la jurisprudence du Tribunal fédéral.

Les études sur la médecine complémentaire et intégrative sont bien plus avancées qu'on ne le pense souvent.

Recherche et enseignement

La médecine complémentaire et intégrative est incluse dans le cursus d'études médicales des universités. À l'Université de Berne, les quatre disciplines avec attestation de formation complémentaire font même partie du cursus obligatoire. Lors de la dernière révision des «profils» de la formation universitaire, les objectifs d'apprentissage concernant la médecine complémentaire ont été en toute logique renommés «médecine intégrative». Il existe à l'Université de Bâle un poste de professeur assistant en médecine complémentaire translationnelle, occupé par le Prof. Carsten Gründemann. L'Institut de médecine intégrative et complémentaire de l'Université de Berne est dirigé par la Prof. Ursula Wolf et celui de l'Université de Zurich par la Prof. Claudia Witt. Au CHUV, le Centre de médecine intégrative et complémentaire est sous la houlette de la Prof. Chantal Berna Renella. Toutes ces institutions font avancer la recherche et l'enseignement dans le domaine de la médecine complémentaire et intégrative. Le principal

facteur de limitation est le manque de fonds alloués à la recherche dans ce domaine. En ce qui concerne la diversité des produits thérapeutiques, nous sommes également confrontés à d'importants défis, car la réglementation croissante rend la production de moins en moins rentable pour les petites et moyennes entreprises. Nous le constatons non seulement pour les analgésiques et les antibiotiques, mais aussi dans le domaine des produits thérapeutiques de la médecine complémentaire.

La médecine complémentaire et intégrative est incluse dans le cursus d'études médicales des universités.

Conclusion

En résumé, nous pouvons dire que les médecins en Suisse pratiquent bien évidemment la médecine complémentaire pendant leur formation de spécialiste. De plus en plus de services et de centres de médecine intégrative existent dans le secteur hospitalier. Huit d'entre eux ont créé une association qui s'intitule «cliniques-integratives.ch» et regroupe la clinique Arlesheim, le centre de santé de Fricktal, la clinique Schützen, la clinique curative de Scuol et l'Hôpital cantonal de Fribourg qui tous proposent en permanence des soins hospitaliers de médecine intégrative. À ceux-ci s'ajoutent les centres ambulatoires et hospitaliers de l'Hôpital cantonal de Saint-Gall, de l'hôpital Bethanien de Zurich et du CHUV. La vision de l'association est de rendre les traitements hospitaliers intégratifs accessibles à tous les patients en Suisse. Pour cela, d'importants efforts sont encore nécessaires, notamment en matière de tarification hospitalière. Malgré le nombre d'offres globalement en hausse, la demande croissante de la population en matière de traitements de médecine complémentaire dépasse de loin la couverture médicale. En ma qualité de médecin interniste et de spécialiste en médecine intégrative, je remarque régulièrement avec inquiétude que les patientes et patients se tournent vers des voies alternatives lorsqu'ils ont l'impression que la médecine conventionnelle ne répond pas suffisamment à leurs besoins et à leurs questions. L'approche de la médecine de plus en plus centrée sur le patient devrait nous inciter à continuer d'investir dans la recherche et dans la formation prégraduée et postgraduée en médecine intégrative. Pour que les médecins participent aussi au façonnement de ce domaine, dans l'intérêt de nos patientes et patients.



© Katherine Hanlon / Unsplash

Des études randomisées contrôlées existent par exemple dans le domaine de l'acupuncture.

Preuves de la médecine complémentaire en oncologie intégrative

Médecine fondée sur les preuves L'exemple de l'oncologie intégrative montre comment combiner efficacement la médecine complémentaire et intégrative avec la médecine conventionnelle et comment la médecine fondée sur les preuves pourrait permettre d'évaluer l'évidence scientifique dans la pratique clinique quotidienne avec intégrité et transparence, sans préjuger des résultats.

Florian Strasser

Dr méd., p.-d., spécialiste en médecine interne générale et en oncologie médicale, FAI médecine palliative, AFC psychothérapie déléguée, AFC médecine élargie par l'anthroposophie, AFC homéopathie, Senior Research Consultant, Centre de médecine intégrative, Hôpital cantonal de St-Gall; Cancer Fatigue Clinic (sites Oncologie Schaffhouse, Oncologie Münsterlingen, Centre de radiothérapie Rütli)

La médecine centrée sur le patient, qui tient compte des aspects biopsychosociaux, mais aussi existentiels ou spirituels, joue un rôle essentiel pour les personnes touchées par la maladie. En plus du désir de se soigner par des méthodes naturelles ou de se faire du bien [2,3], ce besoin d'une prise en charge globale [1] peut expliquer pourquoi les patients ont recours aux méthodes de la médecine

complémentaire et intégrative (MCI) [4,5].

Les sociétés de discipline sont de plus en plus nombreuses à prendre conscience de l'importance de la médecine centrée sur le patient [6-8]. En oncologie [9], une discipline dans laquelle les malades sont souvent confrontés à des questions existentielles [10], une communication adaptée [11], un traitement respectueux de l'individu [12] et les processus décisionnels [13]

gagnent en importance. L'influence du «naturel» et du «faire soi-même» – notamment par l'activité physique [14], l'alimentation saine [15] ou la prise en charge (émotionnelle) de soi [16-18] – est davantage prise en compte. À la conception «mécaniste» de la maladie, à laquelle est associé le développement de (nombreux) nouveaux médicaments [19] sur la base de la médecine moléculaire [20], viennent s'ajouter [21], par exemple,

l'impact des processus rythmiques [22,23] dans le microbiome [24] ou les effets du jeûne [25]. Certains de ces thèmes sont et ont été développés dans le cadre de méthodes de la MCI sur la base de l'expérience pratique appliquée dans une approche multidimensionnelle de la médecine, et sont étudiés avec une méthodologie adaptée à la question de recherche, par exemple dans le cadre d'études d'évaluation globales [26]. À titre d'exemple de thèmes issus de la médecine complémentaire et intégrative, on citera l'importance du rythme dans la médecine anthroposophique depuis sa création vers 1920 en tant qu'aspect majeur de la salutogenèse et des mesures thérapeutiques [27] (massage rythmique [28], eurhythmie thérapeutique [29,30]) et, environ 100 ans plus tard, la découverte de l'horloge moléculaire (prix Nobel 2017 pour les rythmes circadiens [31]), une structure intracellulaire cristalline [32] avec une importance croissante en oncologie [33,34]. Il s'agit là d'un concept de médecine complémentaire et intégrative appliqué en clinique qui n'a pas pu être expliqué par les méthodes conventionnelles pendant des décennies. Les plantes médicinales contenant des substances amères en sont un autre exemple. Elles sont utilisées depuis longtemps dans différents systèmes de la médecine complémentaire et intégrative, tout comme leurs récepteurs qui ont été récemment découverts [35] et auxquels on attribue un possible rôle en oncologie [36]. Mentionnons également des phénomènes épigénétiques [37,38] ainsi que le rôle du microbiome [39], tous deux considérés comme de nouveaux marqueurs du cancer [21].

La médecine dite conventionnelle peut donc élargir sa propre approche de la maladie et du traitement en recherchant et en intégrant, sur le plan clinique, les résultats, les méthodes et les concepts de la médecine complémentaire et intégrative. En même temps, cette dernière peut (et doit) approfondir ses propres concepts et traitements de manière ouverte et transparente en utilisant la meilleure méthodologie de recherche possible. On citera ici les études randomisées contrôlées (ERC) de la musicothérapie et de l'aromathérapie [40], de la thérapie par le gui [41,42], de l'acupuncture [43] ou d'une intervention multimodale contre le cancer et la fatigue [44,45], ainsi que les études d'évaluation globale du système [46]. La compréhension mutuelle des preuves constitue une base importante pour stimuler le développement scientifique.

Evidence et evidence based medicine

Selon le Larousse, l'évidence (du latin *evidentia*) est le «caractère de ce qui est évident, immédiatement perçu comme vrai». L'accent est mis sur la «compréhension cognitive immédiate d'un lien» pour lequel, par ailleurs, le processus de découverte est primordial. Ce dernier, englobant

les concepts (matériels et réducteurs) des sciences naturelles et les concepts (immatériels) des sciences humaines, peut être développé en vue d'une «intégration conceptuelle» [47]. La médecine fondée sur les preuves (EBM, *evidence based medicine*) est un concept développé dans les années 1980 et 1990. En 1996, David Sackett et al. l'ont défini comme «la capacité de combiner l'évaluation clinique et les meilleures preuves issues de la recherche clinique, ainsi que les préférences et les valeurs du patient, dans le processus de prise de décision clinique» [48]. Ces points sont aussi désignés comme les «trois piliers de la médecine fondée sur les preuves» [49,50]. Parmi les cinq étapes de la médecine fondée sur les preuves [51] (traduction du problème clinique en une question; recherche systématique dans la littérature; évaluation critique des preuves; application des connaissances acquises en tenant compte de la situation clinique concrète; évaluation autocritique et, le cas échéant, adaptation de la procédure actuelle), l'enseignement et la mise en pratique se limitent généralement aux trois premières étapes («question», «recherche» et «évaluation»), et plus rarement à l'«application clinique» et à l'«évaluation de l'effet» [52]. D'ailleurs, les compétences en matière de prise de décision partagée (Shared Decision Making), qui seraient importantes pour la communication avec les patients afin d'identifier leurs préférences, ne sont que peu enseignées dans le cadre de la médecine fondée sur les preuves [53].

L'EBM en oncologie intégrative

La question suivante se pose: comment la médecine fondée sur les preuves appliquée en oncologie intégrative permet d'évaluer l'évidence scientifique dans la pratique clinique quotidienne avec intégrité et transparence, sans préjuger des résultats? Une formation pré- et postgraduée clinique solide ainsi qu'une formation continue dans la discipline dans laquelle une décision clinique doit être prise constituent la base de l'évaluation clinique (premier pilier de la médecine fondée sur les preuves). À cela est liée la question de savoir quels professionnels doivent être impliqués dans quelles décisions. En oncologie, les décisions importantes en matière de traitement sont prises dans le cadre de tumor boards interdisciplinaires [54,55]. Les care boards interdisciplinaires et interprofessionnels [56] ainsi que les reha boards oncologiques [57] et les rapports interprofessionnels dans la médecine palliative sont des outils de plus en plus répandus. Il serait souhaitable d'y intégrer de manière systématique et transparente les spécialistes de la médecine complémentaire et intégrative. L'exemple de l'oncologie intégrative et de la médecine palliative montre quelles étapes pourraient être mises en œuvre

pour une intégration mutuelle de l'oncologie conventionnelle et de la médecine complémentaire et intégrative. En 1967, la médecine palliative correspondait à un besoin [58]. Il a fallu la placer dans un cadre protégé (hospices) pour qu'elle puisse se développer [59]. Plus tard, l'unité dans la diversité a été établie par des prises de position [60], des études cliniques décisives [61], suivies d'une analyse des éléments de l'intervention complexe [62], d'une évaluation des preuves [63,64] et finalement d'une recherche systématique sur le concept général de l'oncologie intégrative et de la médecine palliative [65-72]. Les oncologues doivent obligatoirement suivre un cours de base en médecine palliative dans le cadre de la formation postgraduée. La médecine palliative peut d'ailleurs être validée dans le cadre d'un autre titre de spécialiste [73]. Au niveau international, des centres d'oncologie intégrative et de médecine palliative ont été développés [74] et validés [75]. De plus, le concept de médecins spécialistes avec double certification a été développé [76]. À l'inverse, les spécialistes de la médecine palliative qui s'occupent majoritairement des patients cancéreux n'ont pas l'obligation d'effectuer une rotation en oncologie [77]. Les patients ayant recours à la médecine complémentaire et intégrative se trouvent face à un large éventail de fournisseurs de prestations qui va de spécialistes avec double certification (oncologie FMH et formation postgraduée dans une discipline de la médecine complémentaire et intégrative [78]) jusqu'aux fournisseurs de prestations non médecins. Du point de vue de l'oncologie et compte tenu des expériences relatées par les patients, les différences de qualité sont manifestes, mais n'ont pas fait l'objet d'une recherche systématique.

Les fondements de l'évaluation clinique doivent faire l'objet d'un accord collectif, concret et contraignant.

Pour ce qui concerne les meilleures preuves possibles (deuxième pilier de la médecine fondée sur les preuves), il faut tout d'abord remettre en question l'importance des preuves disponibles ou des guides de pratique clinique. Les études de haut niveau de preuve (niveau I [79] et niveau II [80]) comprennent des populations de patients sélectionnées [81]. Il ne s'agit donc généralement pas de patients présentant des diagnostics cliniques identiques (biais de sélection) [82]. De plus, peu de patients participent aux études (oncologie aux États-Unis: 5%) et ils sont souvent plus jeunes et moins gravement atteints [83]. Des données de nature «quoti-

dienne» (real-world Evidence) sont donc assimilées aux ERC [84]. Les recommandations dans les guides de pratique ne se fondent que partiellement sur ces études (niveau I: cardiologie 11% [85], oncologie 6% [86], inférieur dans les autres disciplines). C'est pourquoi les guides de pratique contiennent souvent des recommandations fortes pour lesquelles les preuves sont faibles («recommandations discordantes»). Ces dernières sont appliquées pour des guides de pratique fondés sur un consensus (exemple: Cancer Cachexia [87]), où l'on peut à juste titre exiger une explication convaincante (justification convaincante) [88]. Pour finir, une modification des critères de résultats et du concept d'évaluation (spin, biais de déclaration) [89,90] ainsi que l'absence de publication d'études négatives (biais de publication) [91] ou la citation sélective d'études positives (biais de citation) [92], éventuellement sous l'influence de l'industrie [93,94], figurent parmi les autres risques. De plus, il s'agit d'appliquer la meilleure méthodologie possible afin de répondre à une question de recherche, sur la base des preuves disponibles [95]. Cela doit se faire de manière ouverte, transparente et interdisciplinaire [96] en veillant à ce que les procédures de l'étude ne modifient que de façon minimale les contenus principaux de la mesure médicale (par exemple, effets de contamination lors de la randomisation [97, 98], équilibre [anglais: equipose] insuffisant [99], effet placebo [100]). Dans la médecine palliative, on développe des interventions complexes [101] ou applique l'observation participante en fin de vie [102]. Dans la médecine complémentaire et intégrative, la recherche «Whole Medical System» [103, 104] est développée, y compris les médicaments complexes [105]. De plus, la combinaison des connaissances en sciences naturelles et humaines dans la recherche est évaluée [106], ou la préférence des patients est prise en compte dans les ERC [44,45].

Les meilleures preuves possibles nécessitent une méthodologie de recherche spécifique à la discipline.

Les patients atteints d'un cancer dont la «solvabilité» est connue anglais: willingness-to-pay [107] sont hélas souvent confrontés à des offres médicales qui a) rejettent d'une manière générale la recherche parce qu'elles critiquent (voir ci-dessus) la recherche conventionnelle ou b) affirment que l'utilisation (non vérifiée) d'un oligo-élément ou d'autres substances médicinales conventionnelles est une méthode de la médecine complémentaire et intégrative ou

c) propagent une «efficacité manifeste» sans réflexion personnelle transparente.

La préférence du patient (troisième pilier de la médecine fondée sur les preuves) n'est jamais indépendante des médecins ou d'autres professionnels de la santé et dépend de leurs compétences en matière de communication [108]. La prise en compte formelle de la préférence du patient dans les décisions cliniques est possible [109], mais n'est que rarement documentée. De plus, les outils d'évaluation dans ce sens sont rares [110]. Parfois, les représentants de la médecine complémentaire et intégrative arguent que le troisième pilier constitue une source de preuves suffisante et que les premier et deuxième piliers ne sont pas nécessaires pour se justifier d'une réflexion insuffisamment consciencieuse et transparente sur les meilleures preuves disponibles et leurs réelles compétences cliniques.

Le processus décisionnel doit se fonder sur l'information des patients et la saisie de leurs préférences.

Conclusion

À l'heure actuelle, l'évolution semble aller en direction d'une intégration conceptuelle et synergique de la médecine conventionnelle et de la médecine complémentaire et intégrative dans le cadre d'une conception commune de la médecine centrée sur le patient, ouverte aux résultats et donc orientée vers l'avenir. L'oncologie combinée à la médecine complémentaire et intégrative doit s'appuyer sur des normes scientifiques incluant des critères rigoureux pour les trois piliers de la médecine fondée sur les preuves et s'accompagner d'efforts dans le domaine de la meilleure pratique et de l'attitude du «choosing wisely» pour la mise en œuvre clinique.

Remerciements

Je remercie le Dr méd. Marc Schläppi et la Dre méd. Natalie Kalbermatten pour leurs suggestions et commentaires.

Correspondance

flo.strasser[at]bluewin.ch



Références

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

Nouvelles du corps médical

Todesfälle / Décès / Decessi

Edouard van Leckwyck (1938), † 25.3.2023, Spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, 1197 Prangins

André Vuillomenet (1951), † 13.4.2023, Facharzt für Kardiologie und Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, 8005 Zürich

Christian de Saussure (1950), † 7.5.2023, Spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, 1204 Genève

Praxiseröffnung / Nouveaux cabinets médicaux / Nuovi studi medici

GE

Julie Magnin, Spécialiste en angiologie, membre FMH, Rue de Lausanne 42, 1201 Genève

VD

Dorra Khoudi, Spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, membre FMH, Rue des Moulins 4, 1800 Vevey

Ärztegesellschaft des Kantons Bern Ärztlicher Bezirksverein Bern Regio

Zur Aufnahme als ordentliche Mitglieder haben sich angemeldet:

Roland Bozalka, Facharzt für Chirurgie und Facharzt für Gefässchirurgie, Lindenhofspital, Bremgartenstrasse 117, 3012 Bern

Christoph Heidt, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Mitglied FMH, Orthopädie Sonnenhof, Salvisbergstrasse 4, 3006 Bern

Christian Kehl, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungs-

apparates, Mitglied FMH, Inselspital, Freiburgstrasse, 3010 Bern

Agnieszka Anna Slezak, Fachärztin für Neurologie, Thunstrasse 95, 3006 Bern

Sebastian Wiedmer, Facharzt für Angiologie und Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Mitglied FMH, Gefässpraxis Bern, Bubenbergplatz 11, 3011 Bern

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

Ärztegesellschaft des Kantons Luzern

Zur Aufnahme in unsere Gesellschaft Sektion Stadt haben sich gemeldet:

Corina Christmann, Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe, Mitglied FMH, Frauenklinik Luzerner Kantonsspital, Spitalstrasse, 6000 Luzern

Alexandra Cottin, Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe, Mitglied FMH, Praxis Steiner AG, Mühleplatz 6, 6004 Luzern

Zur Aufnahme in unsere Gesellschaft haben sich gemeldet:

Susanne Stierli, Fachärztin für Intensivmedizin und Fachärztin für Anästhesiologie, Mitglied FMH, Luzerner Kantonsspital Sursee, Spitalstrasse 16A, 6210 Sursee

Mirjam Ulmi, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, Mitglied FMH, Medarium

Sursee AG, Christoph-Schnyder-Strasse 2a, 6210 Sursee

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

Ärztegesellschaft des Kantons Zug

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

Kamila Vlachos, Fachärztin für Ophthalmologie, Augenarztpraxis, Bahnhofstrasse 14, 6340 Baar

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

Annonce



Berner Fachhochschule
Gesundheit

CAS Qualität im Gesundheitswesen für die patienten- nahe Arbeitspraxis

interprofessionell und
sektorenübergreifend

Werden Sie zu Spezialistinnen und Spezialisten im Qualitätsmanagement! Sie lernen, eigenständig Projekte in den Bereichen Qualitätsentwicklung und Patientensicherheit zu erarbeiten und umzusetzen.

Kursdauer

November 2023
bis Juni 2024

Anmeldung

bis 01.09.2023 unter
[bfh.ch/gesundheit/
weiterbildung/cas/
qualitaet-im-
gesundheitswesen](http://bfh.ch/gesundheit/weiterbildung/cas/qualitaet-im-gesundheitswesen)



L'utilisation d'anabolisants et d'autres substances favorisant la forme et la performance est un phénomène croissant dans le monde.

Incertitude juridique pour les consommateurs d'anabolisants

Prise de position de la SSAM La législation suisse en matière de lutte contre le dopage porte involontairement atteinte à la prise en charge médicale des personnes ayant une consommation problématique d'anabolisants en dehors du sport de compétition. La SSAM s'engage pour une adaptation de la base légale afin d'atteindre ce groupe à risque croissant avec des offres de soins et d'éviter ainsi une charge considérable pour le système de santé en raison de séquelles non traitées.

Ingo Butzke^a, Philip Bruggmann^b, Thilo Beck^c

^a Dr méd., membre du comité SSAM, Klinik für Psychose und Abhängigkeit, PZM Psychiatriezentrum Münsingen AG, Münsingen; ^b Prof. Dr méd., Arud Zentrum für Suchtmedizin, Zurich, et Institut für Hausarztmedizin, Université Zurich; ^c Dr méd., membre du comité SSAM, Arud Zentrum für Suchtmedizin, Zurich

L'utilisation d'anabolisants et d'autres substances favorisant la forme et la performance (appelées IPED, image and performance enhancing drugs) représente un phénomène croissant en termes de prévalence dans le monde entier. En Suisse, on estime que plus de 200 000 personnes consomment des IPED. Ces substances sont souvent utilisées pour correspondre à une certaine image corporelle ou pour atteindre des objectifs de performance sportive personnelle. Elles sont également fréquemment consommées pour leur effet psychotrope positif à moyen terme, en particulier pour améliorer la motivation et l'affect, l'estime de soi et pour augmenter les sensations sexuelles. La consommation d'IPED est nettement plus fréquente chez les personnes qui ne pratiquent pas de sport en compétition que leur utilisation comme produits dopants dans le sport de compétition. Les IPED sont encouragés par les réseaux sociaux, les idéaux de beauté et de performance. Ils sont devenus un phénomène de masse dans le sport populaire, où les jeunes consomment déjà de telles substances, avec des conséquences parfois irréversibles.

Risque important de dépendance

Les lois antidopage suisses visent à garantir un sport propre et le droit à un environnement sportif sans dopage. Dans le cadre du développement de la loi, la perspective de la médecine des addictions a toutefois été négligée. Dans le domaine du sport de loisir et d'autres domaines d'application, cela a des conséquences indésirables sur le plan éthique. Jusqu'à 30% des consommateurs de substances anabolisantes en dehors du sport de compétition répondent aux critères de dépendance et ont besoin d'un soutien médical spécialisé pour pouvoir se défaire de leur mode de consommation. Une prise en charge médicale adéquate et urgente des nombreuses personnes qui consomment des anabolisants de manière problématique dans le pays n'est actuellement possible que dans une situation juridique peu claire. Il est nécessaire d'adapter rapidement la base légale afin d'éviter une charge considérable pour le système de santé et la santé individuelle en raison de séquelles non traitées.

Les anabolisants ont un immense potentiel de dégâts somatiques et psychiques et les conséquences de leur consommation sont très complexes, étendues et durables. Il n'est pas rare que les consommateurs aient de grandes difficultés à arrêter leur consommation et un utilisateur sur trois développe une dépendance physique et psychique. La dépendance aux anabolisants remplit tous les critères diagnostiques d'un trouble lié à la consommation de substances selon les classifications internationales CIM-10

ou DSM-5, bien qu'aucun effet psychotrope immédiat ne soit constaté. Celui-ci n'apparaît qu'à moyen et long terme. Les tentatives d'arrêt échouent souvent en raison du développement de symptômes de sevrage psychiques et somatiques prononcés ou de l'apparition de phénomènes de sevrage. Les causes ou les facteurs prédisposant à une consommation problématique ou au développement d'un syndrome de dépendance peuvent être des vulnérabilités psychiques ou des maladies telles que des troubles post-traumatiques, des accentuations de la personnalité ou un trouble dysmorphique corporel. La consommation problématique comorbide de substances psychoactives n'est pas rare dans ce groupe. Une prise en charge médico-psychiatrique adaptée est donc urgente, tant pour la protection des personnes concernées que du point de vue de la santé publique.

Des soins dans l'incertitude juridique

Les dispositions juridiques relatives à la lutte contre le dopage en Suisse (loi sur l'encouragement du sport [1] et, en particulier, l'annexe 5 du code de déontologie de la FMH [2] et son interprétation [3]) sont rédigées de telle sorte qu'elles confrontent la prise en charge médicale des personnes ayant une consommation problématique d'anabolisants à une insécurité juridique, même si celles-ci ne pratiquent pas de sport de compétition. Compte tenu du nombre croissant de consommateurs, la base juridique échoue non seulement à endiguer la consommation, mais empêche également une prise en charge médicale urgente et nécessaire des personnes concernées.

Seuls des soins médicaux et la création des bases juridiques correspondantes permettent d'établir une relation thérapeutique avec ces personnes, ce qui constitue le fondement des mesures de prévention, de réduction des risques et de traitement des addictions. Dans le domaine de la consommation d'autres substances illégales (héroïne, cocaïne, etc.), cette prise en charge médico-addictive s'est établie, bénéficie d'un large soutien scientifique et est devenue incontournable. Il n'existe ici pas d'obstacles juridiques comparables. Des études ont montré qu'une approche similaire, évidente et éprouvée en médecine de l'addiction, basée sur l'utilisation de l'entretien motivationnel, serait également indiquée pour les consommateurs d'anabolisants et d'autres IPED dans une optique de prévention secondaire et de réduction des risques.

Le cadre légal actuel va à l'encontre d'un traitement adéquat de ces sportifs amateurs et pousse les consommateurs dans l'illégalité, ce qui favorise encore davantage le marché noir, le conseil et le traitement de pair à pair, médicalement insuffisants. Même si les anabolisants n'ont pas d'effet psychotrope immédiat, leur mode

d'action neurobiologique et les conséquences psychosomatiques d'une consommation chronique peuvent être comparés aux substances psychoactives connues présentant un potentiel de dépendance. La médecine de l'addiction devrait donc pouvoir prendre en charge les personnes ayant une consommation problématique d'anabolisants en dehors du sport de compétition de la même manière qu'elle le fait pour d'autres troubles liés à l'utilisation de substances, comme le recommande la profession et comme le permet la loi.

La Société Suisse de Médecine de l'Addiction SSAM demande une adaptation urgente de la législation antidopage, en particulier en ce qui concerne les personnes qui ne pratiquent pas de sport de compétition. La situation juridique actuelle empêche une prise en charge préventive et addictologique urgente et nécessaire d'un groupe de population relativement important et croissant. Les personnes souffrant d'un trouble de l'usage des IPED doivent être traitées de la même manière que les personnes souffrant d'autres troubles de la dépendance, sur le plan légal, social et médical.

Correspondance

p.bruggmann[at]arud.ch



Références

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

SWISS MEDICAL FORUM

Depuis 2001, le SMF publie des articles axés sur la pratique couvrant tout le spectre de la médecine. Il est l'organe officiel de formation postgraduée et continue de la FMH et une revue officielle de formation postgraduée et continue de la SSMIG. En tant que membre de la COPE, le SMF remplit les critères de l'ISFM pour une revue d'évaluation par les pairs.



1122

Approche pratique en cas d'allergies à la pénicilline

Mise à jour L'étiquette «allergie à la pénicilline» est très répandue dans la population. Souvent, ce terme ne recouvre pourtant pas une véritable allergie. Il n'est pas rare que de prétendues allergies à la pénicilline et aux bêta-lactamines conduisent à des traitements moins efficaces.

Isabel Morales, Michael Fricke, et al.



1128

Constatation de la mort et examen du cadavre dans la pratique

Médecine légale L'expérience de la médecine légale montre qu'il existe souvent un manque de clarté parmi les collègues travaillant dans le domaine clinique en ce qui concerne la façon de procéder avec les personnes décédées. Cet article apporte des réponses aux questions concernant la constatation du décès et l'examen médical du corps.

Christian Jackowski, Marc Bollmann, et al.



1131

Insuffisance rénale aiguë après de multiples piqûres d'abeilles

Toxicité Un apiculteur de 73 ans a fait une chute dans son rucher et a perdu sa prothèse de cuisse, ce qui l'a empêché de se mobiliser seul. Un essaim d'abeilles l'a attaqué, provoquant d'innombrables piqûres sur l'ensemble du tégument, y compris dans la bouche, le nez et les oreilles.

Isabel M. Hofer, Thomas Künzi, Grischa Marti

Sans détour

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

Rédaction scientifique Forum Médical Suisse

Zoom sur...

Vaccination contre le papillomavirus humain (HPV) [1]

- Les infections génitales à HPV font partie des infections sexuellement transmissibles les plus fréquentes. Elles revêtent une importance particulière en raison de leur association causale avec les cancers génitaux et les verrues génitales.
- Les infections se produisent le plus souvent au début de l'activité sexuelle, c'est-à-dire à l'adolescence. Elles passent le plus souvent inaperçues et guérissent complètement en l'espace de 1–2 ans.
- Dans une faible proportion de cas, le virus persiste dans l'épithélium génital et peut alors déclencher un cancer du col de l'utérus ou un autre cancer anogénital après plusieurs années ou décennies.
- Les HPV16 et HPV18 sont les types ayant le plus fort potentiel oncogène, suivis d'au moins dix autres types. Les HPV6 et HPV11 ne sont pas oncogènes, mais ils provoquent la plupart des cas de verrues anogénitales.
- Il est possible de se faire vacciner pour prévenir à la fois la survenue d'un cancer et les verrues. La vaccination est basée sur des particules de type viral qui conféraient initialement une immunité contre respectivement deux et quatre types de HPV (Cervarix®, Gardasil®). Entre-temps, un vaccin 9-valent a été développé (Gardasil 9®).
- D'après les études menées jusqu'à présent, le vaccin confère une protection certaine contre le cancer pendant cinq ans, mais très vraisemblablement pendant dix ans ou plus. Après la vaccination, les titres d'anticorps diminuent légèrement pour se stabiliser à un plateau plus bas.
- La vaccination présente une bonne sécurité. Cette affirmation se fonde sur 15 années de surveillance des effets indésirables. En particulier, il n'y a pas de préoccupations concernant un risque accru de décès, de phénomènes auto-immuns et d'effets indésirables neurologiques.
- En Suisse, la vaccination avec un vaccin 9-valent (Gardasil 9®) est recommandée, protégeant non seulement contre les quatre types mentionnés ci-dessus (16, 18, 6 et 11), mais aussi contre cinq autres types de HPV oncogènes (31, 33, 45, 52, 58) [2].
- L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) et la Commission fédérale pour les vaccinations (CFV) recommandent de compléter les vaccinations commencées avec le vaccin bivalent ou quadrivalent mais qui ne sont pas encore terminées avec le vaccin 9-valent, mais de ne pas recommencer de zéro avec le vaccin 9-valent.
- Jusqu'à l'âge de 15 ans, seules deux vaccinations sont nécessaires pour obtenir une bonne immunité, à partir de l'âge de 15 ans, trois vaccinations sont nécessaires.
- En Suisse, la vaccination est gratuite pour les personnes de tous les sexes âgées de 11–26 ans. La condition est qu'elle soit effectuée dans le cadre des programmes cantonaux de vaccination [2].

1 N Engl J Med. 2023, doi.org/10.1056/NEJMcp2108502.

2 OFSP-Bulletin. 2018;43. <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/das-bag/publikationen/periodika/bag-bulletin.html>

Rédigé le 18.5.23_MK.

Pertinent pour la pratique

Antidépresseurs en cas de douleurs chroniques

Le traitement des douleurs chroniques est souvent complété par des antidépresseurs afin d'obtenir une réduction de la douleur par un mécanisme différent supplémentaire. De nombreuses études ont jusqu'à présent démontré un tel effet.

Dans une grande méta-analyse basée sur 176 études impliquant >28 000 patientes et patients, 25 antidépresseurs différents administrés à différentes doses ont été analysés dans le cadre de diverses douleurs chroniques. Les céphalées chroniques ont été exclues. La plupart des études se focalisaient sur la fibromyalgie, les douleurs neuropathiques ou les douleurs musculo-squelettiques. Les patientes et patients souffrant de dépression concomitante ont généralement été exclus. La durée moyenne des études était de dix semaines.

Le résultat était décevant: une réduction significative de la douleur a uniquement été démontrée pour la duloxétine à la dose de 60 mg par jour. Une augmentation de la dose de duloxétine n'a pas apporté de bénéfice supplémentaire. Pour toutes les autres substances, l'effet analgésique était incertain, car les données disponibles étaient insuffisantes. De même, des données sur les effets indésirables et des données à long terme faisaient globalement défaut.

Pour la pratique, cela signifie: en cas de douleurs chroniques, il est judicieux de faire un essai initial avec 60 mg de duloxétine avant d'essayer un autre antidépresseur.

Cochrane Database Syst Rev. 2023, doi.org/10.1002/14651858.CD014682.pub2.
Rédigé le 19.5.23_MK.

Pour les médecins hospitaliers

«Hospital Physics»: Quel est l'intérêt d'une heure de sortie fixe?

Il est communément avancé qu'une heure de sortie fixe – généralement le matin – permet d'optimiser le flux des patientes et patients dans les hôpitaux et de réduire ainsi la pénurie de lits, la durée des séjours et les coûts. Une première étude interventionnelle prospective est désor-

mais disponible à ce sujet. Concrètement, 60 médecins de trois grands établissements universitaires américains ont été randomisés en deux groupes: le groupe 1 a visité en priorité les patientes et patients dont la sortie était prévue, tandis que le groupe 2 a effectué une visite régulière. Au cours de la période d'étude, 4437 patientes et patients ont été autorisés à quitter l'hôpital: 2118 dans le groupe prioritaire et 2319 dans le groupe régulier. Les résultats sont décevants: aucune différence significative n'a été constatée entre les deux groupes en ce qui concerne l'heure de sortie effective et, donc sans grande surprise, la durée de séjour et les autres critères d'évaluation secondaires. Les raisons en sont multiples. Sont notamment citées dans l'étude: problèmes de transfert vers d'autres institutions, résultats de tests en attente, préférences des patientes et patients et de leurs proches, facteurs structurels (dotation en personnel soignant et médical, premier jour dans le service, etc.).

L'étude ne montre donc certes pas qu'une heure de sortie prédéfinie n'a pas d'influence sur les processus hospitaliers et la pénurie de lits. Elle démontre cependant de manière saisissante qu'une heure de sortie fixe est difficilement applicable dans un contexte hospitalier réel, malgré l'insistance exercée.

J Hosp Med. 2023. doi.org/10.1002/jhm.13060.
Rédigé le 18.5.23_HU.

Cela nous a également interpellés Coup de projecteur épidémiologique sur les maladies auto-immunes

Cette gigantesque étude de population (130 millions de personnes-années!) montre ce qui suit: un individu sur dix est atteint d'une maladie auto-immune, dont la majorité sont des femmes (exceptions: spondylarthrite ankylosante, diabète sucré de type 1, myasthénie grave). Au cours des 20 dernières années, le nombre de maladies auto-immunes nouvellement diagnostiquées a augmenté, cette augmentation étant principalement due au nouveau diagnostic de maladies secondaires chez des individus souffrant déjà d'une maladie auto-immune. L'augmentation la plus importante de l'incidence a été observée pour la maladie coéliqua, la maladie de Basedow et le syndrome de Sjögren, tandis que la thyroïdite de Hashimoto et l'anémie pernicieuse ont connu une diminution. Le risque de développer une deuxième maladie auto-immune était en principe accru (exception: sclérose en plaques) et il était le plus élevé pour les collagénoses. La pose du diagnostic est répartie uniformément sur toute l'année, mais plutôt durant les mois d'hiver pour le diabète (déclencheurs viraux?) et plutôt durant les mois d'été pour le vitiligo (meilleure démarcation en cas d'exposition au soleil?). Un gradient socio-économique

Pertinent pour la pratique



Image: CDC/ Brian W.J. Mahy, BSc, MA, PhD, ScD, DSc; 1997.

Diverses lésions de variole du singe sur le bras et le tronc d'un patient.

Variole du singe

Un brillant article de revue fournit un aperçu de la situation actuelle de la pandémie de variole du singe [1]. Cette maladie infectieuse, qui survenait de manière sporadique dans différents pays africains depuis 1970, se propage de manière épidémique en Europe et aux États-Unis depuis 2022. En octobre 2022, >70 000 cas avaient déjà été enregistrés à travers le monde. Chez l'être humain, la transmission se fait par contact cutané, en particulier lors de rapports sexuels. La maladie est le plus souvent diagnostiquée chez les hommes homosexuels, le VIH étant un facteur de risque majeur. Après une période d'incubation de 1–2 semaines, quelques vésicules (la plupart du temps 1–20) apparaissent aux sites de contact cutanés, accompagnées de symptômes généraux. En outre, le rectum et le pharynx peuvent être touchés. Le diagnostic repose sur la mise en évidence du virus par PCR («polymerase chain reaction») à partir du contenu des vésicules et de frottis simultanés du rectum et du pharynx. Alternativement, les anticorps IgM et IgG dirigés contre le virus de la variole du singe peuvent être déterminés à partir du sang par ELISA («enzyme-linked immunosorbent assay»). L'évolution de la maladie est le plus souvent légère et auto-limitante, et le traitement est donc symptomatique: analgésiques et soins locaux des lésions cutanées. Un traitement antiviral par técovirimat n'est indiqué qu'en cas de maladies cutanées préexistantes ou d'immunosuppression. Il existe un vaccin (Jynneos®) qui peut être utilisé aussi bien en prévention qu'en prophylaxie post-exposition. En Suisse, il n'existe actuellement pas de recommandation de vaccination pour la population générale. De plus, le vaccin n'y est pas autorisé et doit donc être utilisé en tant que «no-label» lorsqu'il existe des indications spécifiques [2].

1 Am J Med. 2023. doi.org/10.1016/j.amjmed.2022.10.023.

2 OFSP et DFI. Variole du singe: cadre analytique et recommandations de vaccination [Internet].

C2022 [cited 2023 May]. <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/krankheiten/krankheiten-im-ueberblick/mpox.html>

Rédigé le 20.5.23_MK.

a été observé entre autres dans l'anémie pernicieuse, la polyarthrite rhumatoïde et le lupus érythémateux – ce qui suggère que des facteurs environnementaux tels que l'alimentation, l'obésité ou la pollution atmosphérique jouent ici un rôle pathogénique. Malgré la baisse de la prévalence du tabagisme, les maladies auto-immunes pour lesquelles le tabagisme est considéré comme un facteur de risque (polyarthrite rhumatoïde, psoriasis, sclérose en plaques) n'ont pas

diminué. Il semble ici que d'autres facteurs (par exemple obésité) soient devenus plus prévalents.

L'étude présente une coupe transversale épidémiologique de 19 maladies auto-immunes et émet de nombreuses hypothèses intéressantes. La question de leurs causes reste en revanche ouverte.

Lancet. 2023. doi.org/10.1016/S0140-6736(23)00457-9.
Rédigé le 18.5.23_HU.

Mise à jour

Approche pratique en cas d'allergies à la pénicilline

L'étiquette «allergie à la pénicilline» est très répandue dans la population. Souvent, ce terme ne recouvre pourtant pas une véritable allergie. Il n'est pas rare que de prétendues allergies à la pénicilline et aux bêta-lactamines conduisent à des traitements moins efficaces. De plus, l'utilisation d'antibiotiques alternatifs est associée à une augmentation de la résistance aux antibiotiques et à des coûts de santé plus élevés.

Dr méd. Isabel Morales^a, Dr méd. Michael Fricker^{a,b}, Prof. Dr méd. Barbara Ballmer-Weber^c, PD Dr méd. Kathrin Scherer Hofmeier^d, Prof. Dr méd. Peter Schmid-Grendelmeier^e, KD Dr méd. Alice Köhli^{f,g}, Prof. Dr méd. Karin Hartmann^h, PD Dr méd. Lukas Jörg^a

^a Poliklinik für Allergologie und klinische Immunologie, Universitätsklinik für Pneumologie und Allergologie, Inselspital, Universitätsspital Bern, Bern; ^b Praxisgemeinschaft Mörigen, Mörigen; ^c Allergieabteilung, Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie, Kantonsspital St. Gallen, St. Gallen; ^d Dermatologie und Allergologie, Kantonsspital Aarau, Aarau; ^e Allergiestation, Universitätsklinik für Dermatologie, Universitätsspital Zürich, Zürich; ^f Pédiatrique Allergologie, Klinik für Kinder und Jugendliche, Kantonsspital Baden, Baden; ^g Allergologie, Kinderspital Luzern, Luzern; ^h Allergologische Poliklinik, Universitätsklinik für Dermatologie, Universitätsspital Basel, Basel

Introduction

L'allergie à la pénicilline est l'allergie médicamenteuse la plus fréquemment notée dans les dossiers médicaux ou exprimée en consultation médicale. L'étiquette «allergie à la pénicilline» varie de 8 à 25% selon les pays et les régions [1]. Une grande partie de ces personnes ne sont toutefois pas allergiques et tolèrent les pénicillines: il s'agit souvent de réactions vagues ou légères (entre autres durant l'enfance) ainsi que d'effets indésirables qui sont classés à tort comme allergie. Il n'est pas rare que des symptômes non spécifiques, souvent para-infectieux, soient également classés comme allergie. Le pourcentage réel d'allergies à la pénicilline détectables par des tests cutanés, des analyses de laboratoire in vitro ou des tests de provocation est en revanche de l'ordre de 1–3% [2]. Avant tout les enfants – mais aussi les adultes ayant eu une réaction allergique présumée à une pénicilline pendant l'enfance – sont rarement allergiques.

Le taux élevé d'allergies présumées à la pénicilline dans la population est problématique et s'accompagne de complications: utilisation d'antibiotiques de deuxième ligne moins efficaces, évitement inutile d'autres bêta-lactamines ou développement de résistances, mais aussi effets indésirables des antibiotiques alternatifs choisis [3]. En situation aiguë, il n'y a souvent pas de bilan disponible, ce qui peut entraîner un retard dans le début du traitement ou avoir une influence négative sur l'issue d'un traitement. Enfin, cela peut être à l'origine d'une

durée prolongée du traitement intraveineux avec un antibiotique alternatif, d'une durée d'hospitalisation plus longue et de coûts de traitement plus élevés. La confirmation ou l'exclusion d'une allergie à la pénicilline, ce que l'on appelle le «désétiquetage», revêt donc une importance centrale [4].

Néanmoins, les pénicillines sont une cause fréquente de réactions allergiques médicamenteuses. Des anaphylaxies aux pénicillines surviennent environ toutes les 1/10 000 administrations par voie parentérale et plus rarement par voie orale (1/200 000) [5]. Les données épidémiologiques concernant les réactions de type retardé, qui sont plus fréquentes et qui comprennent entre autres les exanthèmes médicamenteux tels que l'exanthème maculo-papuleux, sont en revanche difficiles à collecter [6]. Après l'administration de bêta-lactamines, des exanthèmes bénins légers surviennent souvent,

en particulier chez les enfants [7]. Ici aussi, il ne s'agit d'allergies réelles que dans une bien moindre mesure. L'inscription «allergie à la pénicilline» dans un passeport d'allergie n'est souvent pas très utile dans ces situations. Selon la réaction et la complexité, une documentation précise par les médecins prescripteurs avec indication du traitement antibiotique, mention de la date et de l'évolution temporelle de l'administration d'antibiotique, mention d'un changement de l'antibiothérapie, description de l'atteinte organique (présentation de l'exanthème, dynamique des efflorescences cutanées, valeurs hépatiques et rénales, lymphadénopathie, résultats cardiopulmonaires) et mention des examens de laboratoire comme le dosage de la protéine C réactive, de la tryptase et des éosinophiles, mais aussi de la co-médication est précieuse pour l'évaluation.

Tableau 1: Signes de danger (adapté d'après [11])

Réaction de type immédiat

- Prurit palmo-plantaire, génital, au niveau de la tête et dans la région des oreilles
- Rougeur des conjonctives
- Vertiges, sensation d'évanouissement
- Respiration haletante
- Dyspnée
- Enrouement
- Difficultés de déglutition
- Toux/étternements

Réaction de type retardé

- Atteinte du visage (gonflement médio-facial)
- Formation de vésicules/de pustules/purpura
- Exanthème généralisé
- Signe de Nikolski
- Peau douloureuse
- Atteinte des muqueuses (érosive)
- Lymphadénopathie
- Fièvre (>38,5 °C)

Aspects cliniques

Les allergies médicamenteuses sont classées en réactions de type immédiat et en réactions de type retardé en fonction du temps de latence entre la prise du médicament et la réaction [8]. Environ un quart des allergies aux bêta-lactamines chez les adultes sont des réactions de type immédiat [9]. Celles-ci comprennent toutes les réactions qui surviennent dans l'heure suivant le début d'un traitement médicamenteux ou, rarement, après une heure. Les symptômes typiques sont le prurit (au début le plus souvent sur la paume des mains, la plante des pieds et le cuir chevelu), l'urticaire, l'angio-œdème et la dyspnée, l'obstruction bronchique et, plus rarement, des symptômes gastro-intestinaux. Des anaphylaxies sévères avec hypotension, arythmie, voire asystolie, troubles de la conscience et état de choc sont possibles, surtout en cas d'administration parentérale de bêta-lactamines, et peuvent survenir en l'espace de quelques secondes/minutes (tab. 1) [10].

Les réactions de type retardé se manifestent en grande partie au niveau cutané, par exemple sous forme d'exanthème maculo-papuleux, qui apparaît souvent sous traitement par bêta-lactamines, voire seulement après (fig. 1) [10]. Il présente typiquement une période de latence de 5–12 jours.

Les exanthèmes urticariens de survenue retardée ne sont également pas rares et ne sont le plus souvent pas l'expression d'une allergie, mais plutôt d'une origine para-infectieuse. Les réactions de type retardé sévères comprennent entre autres la pustulose exanthématique aiguë généralisée avec un temps de latence court de quelques jours, les réactions d'hypersensibilité avec formation de vésicules (par exemple syndrome de Stevens-Johnson / nécrolyse épidermique toxique) et le syndrome «drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms»



Figure 1: Exanthème maculo-papuleux.

(DRESS) [10]. En particulier ce dernier peut n'apparaître qu'après plusieurs semaines et être difficile à diagnostiquer, car les symptômes, incluant fièvre, lymphadénopathie et atteintes organiques (le plus souvent hépatiques et rénales), peuvent imiter une infection ou une maladie auto-immune. Les signes évocateurs d'une réaction de type retardé sévère avec évolution systémique ou préoccupante sont la fièvre, un malaise général, une peau douloureuse ou une atteinte étendue, la formation de vésicules, une atteinte des muqueuses, un gonflement du visage, une lymphadénopathie, ainsi que la persistance des symptômes malgré l'arrêt du médicament déclencheur (tab. 1) [11]. L'apparition ou l'augmentation d'une éosinophilie après le début d'un nouveau médicament est toujours suspecte d'une allergie médicamenteuse.

Anamnèse et documentation

Une anamnèse détaillée est décisive dans l'évaluation d'éventuelles allergies à la pénicilline et aux bêta-lactamines. Comme mentionné dans l'introduction, cela inclut une bonne documentation de la réaction par le médecin prescripteur et la mention des raisons pour lesquelles l'étiquette «allergie à la pénicilline» a été établie. Cependant, l'étiquette «allergie à la pénicilline» remonte fréquemment à l'enfance et les personnes concernées ne se souviennent souvent pas d'une réaction. Outre la date de la réaction, les médicaments impliqués et les symptômes cliniques, il est utile de connaître l'indication du traitement antibiotique, si un changement d'antibiotique a été effectué et s'il a été toléré, comment la réaction allergique a été traitée, si une consultation médicale, voire une hospitalisation, a été nécessaire et si des traitements antérieurs avec les médicaments incriminés ont déjà eu lieu. La différenciation entre réaction de type immédiat et réaction de type retardé ainsi que la sévérité de la réaction sont en outre essentielles pour le diagnostic et la marche à suivre ultérieure. Souvent, cela permet déjà de déterminer s'il y a une allergie, des effets indésirables pharmacologiques ou des symptômes non spécifiques.

Facteurs de risque

Il convient également de se renseigner sur les comorbidités et les circonstances du traitement antibiotique. Ainsi, l'âge (20–49 ans), les traitements fréquents ou répétitifs par des antibiotiques bêta-lactamines, l'administration parentérale, l'exposition professionnelle et les maladies virales (par exemple infections par le virus de l'immunodéficience humaine [VIH] ou le virus d'Epstein-Barr [EBV]) sont des facteurs de risque pour le développement d'une allergie à la pénicilline [12]. Bien que des

facteurs génétiques puissent également jouer un rôle, il n'est pas nécessaire d'éviter les bêta-lactamines chez les personnes dont des apparentés sont allergiques à la pénicilline. Les personnes ayant une prédisposition atopique, comme la rhinite allergique, l'asthme ou les allergies alimentaires, ne présentent pas un risque accru d'allergie à la pénicilline.

Marche à suivre en cas d'allergie à la pénicilline en situation aiguë

Compte tenu du taux élevé d'allergies présumées aux bêta-lactamines, il arrive régulièrement que l'on ne sache pas si des bêta-lactamines peuvent au juste être administrées dans les situations aiguës. Un bilan allergologique d'urgence n'est la plupart du temps pas possible. Dans de telles situations, une stratification du risque sur la base de l'anamnèse et de la clinique s'impose dès lors [11]. Dans de nombreux cas (par exemple en cas d'effets indésirables pharmacologiques), il est ainsi possible d'administrer directement des pénicillines ou au moins des céphalosporines (en cas de réactions légères). L'utilisation directe de carbapénèmes et d'aztréonam est également possible dans de nombreuses situations. La figure 2 illustre une stratégie de désétiquetage possible. Quoi qu'il en soit, il est recommandé de procéder à un bilan allergologique plus approfondi par la suite.

Bilan allergologique

L'évaluation d'une allergie présumée à la pénicilline se fait dans une consultation allergologique spécialisée et implique une procédure en plusieurs étapes avec les possibilités de tests suivantes: tests cutanés (prick-tests, tests intradermiques et épicutanés), analyses in vitro (IgE spécifiques, test d'activation des basophiles, test de transformation lymphocytaire) et tests de provocation [11]. Ces derniers sont surtout pertinents dans les réactions de type immédiat. Un bilan devrait être effectué au plus tôt 4–6 semaines après une réaction; un test effectué plus tôt peut conduire à des résultats faussement négatifs en cas de réactions de type immédiat et à des résultats faussement positifs en cas de réactions de type retardé. En revanche, il est préférable d'orienter les patientes et patients vers une consultation spécialisée en allergologie pour la réalisation de tests dans un délai d'un an, car la sensibilité des tests cutanés diminue au-delà de cette période [11].

Évaluation des réactions de type immédiat

Dans la plupart des cas de réactions de type immédiat, un test cutané est effectué [13]. À cet effet, il est possible de recourir à des prick-tests et à des tests intradermiques qui peuvent être lus au bout de 15–20 minutes. En règle générale, les produits parentéraux en dilution standardisée

Risque élevé		Faible risque	Désétiquetage
Réactions de type retardé sévères aux pénicillines ou aux céphalosporines	Réactions de type immédiat sévères aux pénicillines ou aux céphalosporines	Réactions de type retardé ou de type immédiat légères aux pénicillines ou aux céphalosporines	Réaction non typique d'une allergie aux pénicillines ou aux céphalosporines
Exanthème bulleux (entre autres syndrome de Stevens-Johnson, nécrolyse épidermique toxique) DRESS Exanthème pustuleux y compris PEAG EMP généralisé Vascularite d'hypersensibilité Manifestations organiques spécifiques Exanthème d'une durée >7 jours Maladie sérique	Anaphylaxie Hypotension Œdème laryngé Bronchospasme Urticaire généralisée Angioœdème Réaction sévère avec évolution prolongée ou biphasique (dans les premières 24 heures)	Prurit isolé sans nécessité de traitement Symptômes gastro-intestinaux isolés (nausées, vomissements) Urticaire localisée lors d'une administration parentérale Réactions locales lors d'une administration i.m. EMP léger sans atteinte systémique Urticaire retardée (apparition >6 heures après la prise) Exanthèmes palmaires Exanthèmes au niveau des faces de flexion (SDRIFE) Exanthèmes médicamenteux fixes Exanthèmes régressant en 7 jours	Inconfort gastro-intestinal, diarrhée par la suite, céphalées, palpitations Urticaire aiguë ≥2 jours après la fin du traitement antibiotique Exanthèmes légers survenant 1 semaine après l'arrêt du traitement
Marche à suivre	Marche à suivre	Marche à suivre	Marche à suivre
Éviter les pénicillines et les céphalosporines Utiliser des non bêta-lactamines Si les bêta-lactamines sont indiquées en urgence, consulter l'allergologie: utilisation à envisager après évaluation individuelle des risques	Le groupe de bêta-lactamines concerné doit être évité; en cas d'indication urgente: induction de tolérance après consultation de l'allergologie Utilisation de carbapénèmes ou d'aztréonam, uniquement par graded challenge* Si les pénicillines et les céphalosporines sont indiquées en urgence, consulter l'allergologie pour un test/une évaluation des risques	En cas de réaction aux pénicillines: la céfazoline, le céfuroxime, la ceftriaxone, la ceftazidime, le céfépime, le cefpodoxime et la ceftaroline peuvent être utilisés directement à dose entière En cas de réaction aux céphalosporines à partir de la 3 ^e génération ainsi qu'au céfuroxime ou à la céfazoline: les pénicillines peuvent être utilisées à dose entière Les carbapénèmes et l'aztréonam peuvent être utilisés directement Première administration toujours sous surveillance médicale	Les pénicillines et les céphalosporines peuvent être utilisées directement

Figure 2: Évaluation du risque et marche à suivre chez les personnes présentant des réactions aux pénicillines et aux céphalosporines (adapté d'après [11, 27–31]).

EMP sévère: généralisé, avec atteinte du visage ou durée >7 jours.

EMP léger: durée <7 jours, non généralisé.

* Schéma de «graded challenge» pour les carbapénèmes et l'aztréonam sous surveillance: administration de 1/1000 de la dose cible sur quelques minutes, après 30 min 1/100 de la dose cible, après 30 min 1/10 de la dose cible, puis le reste en perfusion courte régulière (augmentation uniquement en cas de bonne tolérance).

EMP: exanthème maculo-papuleux; DRESS: «drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms»; PEAG: pustulose exanthématique aiguë généralisée; SDRIFE: «symmetrical drug-related intertriginous and flexural exanthema».

sont utilisés pour les tests cutanés. La dilution doit garantir qu'aucune réaction cutanée irritative ne se produise [14] et, en même temps, la dilution choisie doit assurer une sensibilité suffisante de la substance testée. Sont testés l'agent déclencheur et les substances similaires ou présentant une réactivité croisée potentielle. Un test cutané standardisé à la pénicilline comprend le

plus souvent l'amoxicilline, l'amoxicilline/acide clavulanique, la pénicilline G et certaines céphalosporines. Lors de l'évaluation des réactions de type immédiat, les deux déterminants allergéniques de la pénicilline que sont le benzylpénilloate de sodium et la pénicilloyl-polylysine sont souvent testés en plus, dans le but d'augmenter encore la sensibilité des tests. En cas de réactions

générales sévères, un prick-test, éventuellement même titré, est indiqué en premier lieu (suivi d'un test intradermique en cas de résultat négatif), car le test intradermique, plus sensible, peut dans de rares cas déclencher des anaphylaxies [11]. La valeur prédictive positive du test cutané avec les substances susmentionnées est de 83%. Les patientes et patients qui présentent un test cutané positif doivent donc éviter les pénicillines [15]. La valeur prédictive négative se situe dans une fourchette très élevée.

Les tests in vitro ne peuvent pas remplacer les tests cutanés en cas de réactions de type immédiat aux pénicillines; ils sont néanmoins utiles dans certaines situations, par exemple en cas de réactions très sévères ou incertaines à plusieurs substances déclenchantes possibles, mais aussi lorsque les résultats des tests cutanés ne sont pas clairs ou pas exploitables [11, 16]. Les tests disponibles sont la détermination sérologique des IgE spécifiques (par exemple pénicilline V/G et amoxicilline) et le test d'activation des basophiles, un test cellulaire.

Si les tests sont négatifs et en fonction de la sévérité de la réaction, l'étape suivante consiste à discuter d'un test de provocation afin de déterminer si un traitement par bêta-lactamines peut être envisagé à l'avenir [11, 17]. En commençant par une dose faible (comme 1/1000 ou 1/100 d'une dose unique), l'antibiotique bêta-lactamine à tester est administré à des intervalles de 30–60 minutes jusqu'à la dose complète, sous surveillance médicale. Les tests de provocation comportent toujours un risque d'anaphylaxie et doivent donc être effectués sous surveillance étroite dans une consultation d'allergologie disposant de l'équipement nécessaire pour les soins d'urgence.

En cas de test cutané positif à une pénicilline, cette méthode permet de tester la tolérance aux bêta-lactamines à réactivité croisée potentielle qui ont été testées négatives, comme par exemple les céphalosporines. Toutefois, en cas de test cutané négatif, de réaction index légère à modérée et d'absence de contre-indications, on «provoque» souvent avec le médicament déclencheur afin de pouvoir juger si cette pénicilline, et donc toutes les autres, peuvent être réadministrées à l'avenir. Il convient de noter que certaines personnes peuvent développer une resensibilisation après des tests cutanés et des tests de provocation. C'est surtout le cas lors de réactions sévères, de sorte que dans de tels cas, il est recommandé de procéder à une réévaluation quelques semaines après avoir effectué le test [18]. Le test de provocation est également utile chez les personnes dont l'anamnèse n'est pas claire et vague, surtout si l'évènement s'est produit il y a longtemps. En cas de réactions de type immédiat, les IgE dirigées contre la pénicilline diminuent au fil du



Figure 3: Test intradermique positif (lecture tardive après 24 heures).



Figure 4: Test épicutané positif à l'amoxicilline et à l'ampicilline.

temps, si bien qu'après 5–10 ans, la sensibilisation n'est plus décelable chez une grande partie de ces patientes et patients [19] et qu'une réévaluation est éventuellement recommandée.

Évaluation des réactions de type retardé

Un test intradermique avec les solutions parentérales peut également être effectué en cas de réactions de type retardé (fig. 3). Dans ce cas, la lecture du test cutané se fait en plus après 24–48 heures [20].

Les prick-tests ne sont par contre pas utiles et peuvent uniquement aider à l'évaluation dans de rares cas isolés de réactions très sévères, comme dans le cas du syndrome DRESS, en effectuant une lecture tardive du test. Outre le test intradermique, il est possible de recourir au test épicutané (fig. 4), dont la lecture s'effectue après 48 et 72 heures, rarement plus tard (par exemple en cas d'allergie aux corticoïdes) [20].

La sensibilité des tests cutanés est de 10–40%, mais leur spécificité est élevée. Dans la mesure du possible, un test intradermique devrait également être effectué en cas de réactions de type retardé, car ce test est supérieur au test épicutané en termes de sensibilité [20].

Comme pour la réaction de type immédiat, la prudence est de mise en cas de test direct par test intradermique. Il convient d'y renoncer en cas de réactions de type retardé sévères, telles que le syndrome DRESS, le syndrome de Stevens-Johnson, etc., car cela peut déclencher une nouvelle réaction d'hypersensibilité [20]. Les tests épicutanés, en revanche, peuvent également être utilisés en cas de réactions sévères. En ce qui concerne le diagnostic *in vitro*, il existe des méthodes cellulaires, notamment le test de transformation lymphocytaire, qui mesure la prolifération, les marqueurs d'activité de surface ou la sécrétion de cytokines par les cellules T après incubation avec le médicament testé [16]. Celui-ci ne peut être effectué que par quelques laboratoires spécialisés. La sensibilité et la spécificité varient en fonction de la substance et de l'exécution technique, mais ce test peut être utile en cas de réactions sévères ou peu claires, en combinaison avec le test cutané.

Les tests de provocation sont aussi de plus en plus utilisés pour les réactions de type retardé, même s'ils sont moins standardisés que pour les réactions de type immédiat en ce qui concerne l'exécution, la dose cible et la durée [11]. Souvent, une réexposition directe à des bêta-lactamines alternatives est possible. Avant tout chez les enfants, on renonce souvent aux tests cutanés en cas de réactions de type retardé d'évolution légère et on procède directement à un test de provocation ou à une réexposition au médicament à tester [21]. Les exanthèmes chez les enfants peuvent être reproduits dans moins de 7% des cas par un test de provocation [22].

Des études correspondantes sont également en cours chez les adultes, même si les données sont actuellement moins univoques [4]. En cas de réactions de type retardé sévères, les tests de provocation avec l'agent déclencheur présumé sont contre-indiqués.

Pénicillines et autres bêta-lactamines

Les pénicillines, les céphalosporines, les carbapénèmes et les monobactames ont pour structure commune un anneau bêta-lactame, mais des chaînes latérales différentes [23]. En Europe, ce sont surtout les chaînes latérales qui sont pertinentes pour la réaction croisée entre les bêta-lactamines, alors que l'anneau bêta-lactame ne l'est que rarement. Bien que les données sur les réactions croisées proviennent principalement des réactions de type immédiat, des études récentes montrent que la constellation des réactions croisées est similaire pour les réactions de type retardé [24].

La question qui se pose le plus fréquemment est de savoir si les céphalosporines peuvent être utilisées chez une personne allergique à la pénicilline. Des études antérieures chiffrèrent le plus souvent le risque à un niveau bas à deux chiffres. Toutefois, le taux dépend de manière décisive de la céphalosporine utilisée. Les pénicillines et les céphalosporines ont toutes deux une chaîne latérale R1 qui peut être identique, similaire ou différente [23]. Ainsi, une partie des céphalosporines de première et de deuxième génération (par exemple céfaclor) peuvent potentiellement déclencher une réaction croisée. Les céphalosporines à partir de la troisième génération (par exemple ceftriaxone, ceftazidime, cefpodoxime, céfépime, ceftaroline) ainsi que le céfuroxime et la céfazoline présentent en revanche rarement des réactions croisées avec les pénicillines. L'inverse vaut également pour les allergies aux céphalosporines. Néanmoins, en cas de réactions de type immédiat, nous effectuons un test de provocation afin de pouvoir confirmer la tolérance d'une préparation de substitution. En cas de réaction de type retardé légère à une pénicilline, une exposition à une céphalosporine à partir de la troisième génération (ou céfuroxime/céfazoline) est acceptable dans la pratique clinique quotidienne sans test préalable (par exemple réaction localisée, exanthème maculo-papuleux léger, urticaire retardée, cf. stratification du risque selon la fig. 2). Cette pratique est également courante avec les carbapénèmes, car ceux-ci présentent une réaction croisée dans moins de 1% des cas en raison de chaînes latérales différentes [20]. Le monobactame aztréonam ne présente la plupart du temps aucune réaction croisée avec les pénicillines (seuls des cas isolés ont été décrits).

Cependant, la chaîne latérale de l'aztréonam est similaire à celle de la ceftazidime, ce

L'essentiel pour la pratique

- La plupart des patientes et patients ayant des antécédents d'allergie présumée à la pénicilline tolèrent bien les pénicillines.
- L'anamnèse avec distinction entre réaction de type immédiat et réaction de type retardé ainsi que la documentation du degré de sévérité de la réaction sont essentielles pour la planification du bilan allergologique.
- La réactivité croisée entre les antibiotiques bêta-lactamines repose en grande partie sur la similitude structurelle des chaînes latérales. C'est pourquoi les céphalosporines à partir de la troisième génération ainsi que certaines céphalosporines de première et deuxième génération comme le céfuroxime et la céfazoline présentent rarement une réactivité croisée avec les pénicillines.
- Le test de provocation orale permet de tester des antibiotiques alternatifs (par exemple des antibiotiques à réaction croisée potentielle). En cas de réactions de type retardé légères, il est également possible de traiter directement avec une céphalosporine sans réaction croisée.
- En cas d'allergie aux bêta-lactamines à médiation IgE, une désensibilisation peut, en cas d'indication urgente, permettre d'obtenir une tolérance temporaire.

qui rend possible des réactions croisées entre ces deux substances [23].

L'administration de pénicillines est-elle possible en cas d'allergie avérée?

Pour diverses raisons, il existe des situations dans lesquelles l'administration d'une pénicilline est absolument nécessaire malgré une allergie avérée. Dans ce cas, il est possible de recourir à une induction de tolérance par désensibilisation, qui s'applique en premier lieu aux réactions de type immédiat [25]. Pour ce faire, on procède à une lente augmentation de la dose sur 5–6 heures, en 12–16 étapes, en commençant par une dose de l'ordre du dix-millième, de manière à obtenir une tolérance temporaire. La désensibilisation doit être effectuée sous surveillance (monitoring, ligne intraveineuse), car il faut s'attendre à tout moment à des réactions. De plus, il faut tenir compte du fait que la tolérance obtenue ne dure que tant que le médicament continue d'être utilisé régulièrement chaque jour. Pour les réactions de type retardé également, il existe entre-temps des descriptions et des schémas de désensibilisation en cas d'exanthèmes médicamenteux légers, surtout lorsqu'il n'existe que des possibilités limitées de passer à une autre

substance (par exemple syphilis ou listériose chez les femmes enceintes) [26]. En cas de réactions de type retardé sévères, il ne faut pas procéder à une réexposition.

Perspectives

L'évaluation systématique des allergies présumées à la pénicilline et aux bêta-lactamines avec suppression de l'étiquette correspondante est de plus en plus au centre des discussions et revêt une importance capitale tant pour les patientes et patients que pour le système de santé. De plus en plus, une stratification standardisée du risque sur la base des informations anamnestiques sera pertinente et permettra, non seulement chez les enfants, mais aussi chez une plus grande partie des adultes avec une allergie peu probable ou une réaction légère, de procéder directement à un test de provocation avec une pénicilline ou d'utiliser directement d'autres antibiotiques bêta-lactamines (fig. 2). Cela permet de clarifier plus rapidement et plus efficacement si certains antibiotiques doivent vraiment être évités et quelles alternatives peuvent être utilisées. Les tests cutanés et in vitro continueront à être décisifs en cas de réactions de type immédiat et ainsi qu'en cas de réactions de type retardé modérées et sévères.

Correspondance

PD Dr méd. Lukas Jörg
 Poliklinik für Allergologie und klinische Immunologie
 Universitätsklinik für Pneumologie und Allergologie
 Universitätsspital Bern
 Haus 5/Inselspital
 Freiburgstrasse 16p
 CH-3010 Bern
[lukas.joerg\[at\]insel.ch](mailto:lukas.joerg[at]insel.ch)

Disclosure statement

Le PSG a déclaré avoir reçu une subvention (versée à l'institut) du Christine Kühne Center for Allergy Research and Education CK-CARE Davos et des honoraires de conférencier (versés à l'institut) de Thermo Fisher Diagnostics; il a en outre indiqué avoir reçu des kits de diagnostic de Thermo Fisher Diagnostics, de Bühlmann Laboratories et d'Euroimmun AG; PSG est par ailleurs membre du Comité de la Société suisse d'allergologie et d'immunologie et de aha! Centre d'Allergie Suisse et trésorier de l'International Society for Atopic Dermatitis. KH a déclaré avoir reçu des subventions (versées à l'institut) du Fonds national suisse et de Thermo Fisher, des honoraires de conférencier (versés à l'institut) de ALK, Allergopharma, Blueprint, Cogent, KalVista, Leo, Menarini, Novartis, Pfizer, Sanofi, Takeda et Thermo Fisher, ainsi que des subventions pour la participation à des manifestations ou pour des frais de voyage d'Allergopharma et de Blueprint; elle est en outre membre du Comité de l'European Competence Network on Mastocytosis et de aha! Centre d'Allergie Suisse. Les autres auteurs ont déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts potentiels.

Références recommandées

10 Brockow K, Arderon-Jones MR, Mockenhaupt M, Aberer W, Barbaud A, Caubet JC, et al. EAACI position paper on how to classify cutaneous manifestations of drug hypersensitivity. *Allergy*. 2019 Jan;74(1):14–27.
 11 Romano A, Atanaskovic-Markovic M, Barbaud A, Bircher AJ, Brockow K, Caubet JC, et al. Towards a

more precise diagnosis of hypersensitivity to beta-lactams - an EAACI position paper. *Allergy*. 2020 Jun;75(6):1300–15.



Références

La liste complète des références est disponible en ligne sur <https://doi.org/10.4414/fms.2023.09437>.



Dr méd. Isabel Morales

Poliklinik für Allergologie und klinische Immunologie, Universitätsklinik für Pneumologie und Allergologie, Inselspital, Universitätsspital Bern, Bern

Highlight: Médecine légale

Memento mori! Constatation de la mort et examen du cadavre dans la pratique

Un corps inanimé – et maintenant? Le présent article vous permet de vous familiariser avec les questions importantes relatives à la constatation du décès et à l'examen médical du cadavre.

Prof. Dr méd. Christian Jackowski^a, EMBA; Dr méd. Marc Bollmann^b; Dr méd. Daniel Eisenhart^c; Prof. Dr méd. Toni Fracasso^d; Prof. Dr méd. Roland Hausmann^e; Dr méd. Rosa Maria Martinez^f; Dr méd. Bettina Schrag^g; Dr méd. Wolf Schweitzer^h; Dr méd. Holger Wittigⁱ

^a Institut für Rechtsmedizin Bern, Universität Bern, Bern; ^b Institut für Rechtsmedizin, Kantonsspital Graubünden, Chur; ^c Institut für Rechtsmedizin, Kantonsspital Aarau, Aarau;

^d Centre universitaire romand de médecine légale (CURML), Genève; ^e Institut für Rechtsmedizin, Kantonsspital St. Gallen, St. Gallen; ^f Ufficio delle scienze forensi, Bellinzona;

^g Rechtsmedizin, Zentralinstitut der Spitäler, Hôpital du Valais, Sion; ^h Institut für Rechtsmedizin, Universität Zürich, Zürich; ⁱ Institut für Rechtsmedizin, Universität Basel, Basel

Contexte

La mort fait partie de la vie. Même si elle est omniprésente, notre société parvient assez bien à refouler très largement son omniprésence. Pourtant, la mort fait partie de la pratique médicale quotidienne, car chaque décès nécessite une intervention médicale. L'expérience quotidienne de la médecine légale montre qu'il règne souvent une grande incertitude parmi les collègues travaillant dans le domaine clinique en ce qui concerne les procédures médico-légales suite aux décès, voire l'installation de pratiques contraires aux directives en vigueur. Les paragraphes qui suivent ont pour but de répondre à des questions essentielles sur la gestion des décès.

Sauver la vie, oui ou non?

Avant d'aborder la constatation médicale de la mort, il convient de se pencher sur le devoir de réanimation, car dans la pratique, les médecins sont régulièrement sollicités après la découverte d'une personne inanimée «pour la constatation de la mort», bien que le décès n'ait pas encore été constaté avec certitude. C'est un peu le chat qui se mord la queue; tant que le décès n'a pas été constaté par un médecin, il ne faut pas présumer de la mort et des mesures appropriées et raisonnables pour sauver la vie doivent être prises et maintenues jusqu'à ce que le médecin soit sur place et prenne en charge la

réanimation ou, justement, constate et atteste que la mort est certaine. Dans le doute, il faut donc partir du principe que la personne inanimée peut être sauvée et des tentatives de réanimation doivent être entreprises. Le fait de ne pas tenter de réanimation exige des justifications évidentes, par exemple des directives anticipées allant en ce sens. Il existe également des cas particuliers (squelettes, blessures incompatibles avec la survie, etc.) qui peuvent être des motifs évidents pour justifier la non-initiation de tentatives de réanimation. Toutefois, les circonstances sont généralement telles que précisément les profanes en médecine ne sont pas en mesure de considérer la mort comme certaine. C'est pourquoi les médecins convoqués par exemple par la police ou par des proches ne doivent pas se fier au fait qu'il s'agit d'un décès simplement parce qu'ils ont été appelés pour un constat de décès. Sauver des vies est toujours une priorité!

Mort, oui ou non?

La constatation de la mort est une tâche *médicale* importante et elle ne doit pas être déléguée à du personnel non médical (infirmières/infirmiers, ambulancières/ambulanciers, etc.). L'attestation du décès doit également se référer aux constatations *propres* du médecin. Cette exigence se reflète dans le fait que certains certificats de décès cantonaux sont formulés comme

suit: «... suite à un examen effectué par ses soins, la mort ... a été constatée.»

La constatation de la mort doit toujours se baser sur au moins l'un des trois signes de mort certaine reconnaissables de l'extérieur (lividités cadavériques, rigidité cadavérique et putréfaction). Comme les lividités cadavériques apparaissent déjà après environ 20 minutes d'arrêt circulatoire, elles sont le premier signe de mort certaine qui permet de conclure à un arrêt irréversible des fonctions vitales. Par conséquent, après l'interruption d'une réanimation, par exemple, il faut attendre que les lividités cadavériques commencent à se former avant d'attester la mort. À l'hôpital, il est alternativement possible de procéder à un diagnostic direct de la mort cérébrale.

Déclarer, oui ou non?

L'obligation légale de déclarer un décès extraordinaire est ancrée dans les lois cantonales. Citons par exemple la formulation de l'art. 1, art. 28 de la loi sur la santé publique (LSP) du canton de Berne: «Les professionnels de la santé sont tenus de déclarer immédiatement aux autorités compétentes de poursuite pénale tout décès extraordinaire constaté dans l'exercice de leur profession.» Les formulations cantonales varient quelque peu dans le détail, mais indépendamment des différences de formulation, le sens est toujours le même. Tout décès

pour lequel une mort naturelle ne peut pas être confirmée avec suffisamment de certitude est soumis à l'obligation de déclaration. Cela rend également superflues les discussions sur le caractère «extraordinaire» que doit revêtir le décès pour être soumis à l'obligation de déclaration. Dans ce contexte, le caractère extraordinaire se réfère surtout à la prévisibilité du décès et pourrait également être décrit comme «soudain et inattendu», élargissant ainsi les cas de décès soumis à l'obligation de déclaration à d'autres circonstances qui méritent d'être clarifiées. Il n'y a donc pas que les homicides, les accidents et les suicides qui doivent être déclarés, mais aussi tous les décès qui sont considérés comme des décès d'origine indéterminée, par exemple lorsqu'on ne connaît pas de maladie de base pouvant expliquer le décès. À cet égard, le moment de sa survenue revêt également une importance particulière. La simple présence d'une hypertension artérielle ou d'une maladie coronarienne connue ne suffit donc pas pour supposer une mort naturelle. Si de telles maladies de base doivent être prises en compte comme cause de la mort naturelle supposée, il faut alors une anamnèse aiguë compatible (par exemple douleur thoracique peu avant le décès) ou des résultats d'examen compatibles (comme des élévations du segment ST à l'électrocardiogramme) pour attester d'une mort naturelle. Tous les décès qui ne sont pas survenus comme on pouvait s'y attendre sur la base d'une maladie de base connue doivent être déclarés comme des décès extraordinaires. Cela concernerait environ 10–20% de tous les décès.

Examen du cadavre, oui ou non?

Une fois le décès confirmé avec certitude, il convient de déterminer s'il s'agit d'un décès soumis à l'obligation de déclaration ou si une mort naturelle est envisageable à ce moment-là. Si, après la constatation de la mort, il est déjà clair que le cas doit être déclaré, un examen approfondi du cadavre n'est pas effectué, afin qu'aucune trace ne soit détruite ou qu'aucun élément ne soit modifié pour l'examen médico-légal effectué ensuite par une experte ou un expert. Les dispositifs médicaux doivent être laissés en place et le cadavre ne doit alors plus être déshabillé. Dans ce cas, les tâches médicales se limitent uniquement encore à l'établissement du certificat de décès et à l'appel téléphonique à la police cantonale.

En revanche, s'il n'y a pas d'indices d'un décès extraordinaire ni de connaissance d'une maladie de base expliquant le décès, il faut procéder à un examen médical approfondi du cadavre. Le but de cet examen est de détecter sur le corps de la personne décédée d'éventuels indices d'une mort non naturelle (signes de

strangulation, blessures, corps étrangers dans les orifices corporels, etc.), ce qui rendrait à nouveau le cas soumis à l'obligation de déclaration. La mort naturelle ne peut être attestée comme telle sur le certificat de décès qu'après que l'examen du cadavre effectué correctement n'a pas révélé de résultats qui s'opposeraient à l'hypothèse d'une mort naturelle.

Qu'est-ce qui fait partie de l'examen médical du cadavre?

L'examen médical du cadavre comprend l'inspection de toute la surface du corps. Pour ce faire, le corps doit être déshabillé et toutes les structures recouvrant la surface du corps (bandages, pansements, etc.) doivent être retirées. Pour l'inspection de l'ensemble de la face postérieure du corps, le cadavre doit être placé sur

le ventre ou retourné des deux côtés. Le corps doit être inspecté minutieusement, du cuir chevelu à la plante des pieds. Tous les orifices (oraux, génitaux et anaux) doivent également être examinés dans la mesure du possible, afin de déceler des blessures ou des corps étrangers. Si la rigidité cadavérique le permet, il faut vérifier que le squelette et l'appareil ligamentaire ne présentent pas de fausse mobilité (par exemple fractures). L'examen du cadavre doit être effectué sans délai.

Nouveau certificat de décès

Afin d'indiquer clairement sur le certificat de décès qu'une mort naturelle ne peut être attestée qu'après un examen médical du cadavre correctement effectué, un nouveau certificat de décès harmonisé au niveau suisse (fig. 1) a été

Attestation médicale de décès

Destinataires: - Office de l'état civil (original)
- Autres destinataires selon les directives cantonales

Le médecin soussigné (voir remarques*), suite à un examen effectué par ses soins en date du/...../..... (jj/mm/aaaa), àheures (00h01 – 24h00),

a constaté la mort de la personne indiquée ci-dessous :

1. Données d'identification

Le médecin soussigné ou les personnes présentes connaissent personnellement la personne décédée.
 L'identité de la personne décédée est inconnue (→ obligation de l'annoncer !).

2. Coordonnées du défunt

Nom de famille	Prénom(s)
Date de naissance	Lieu d'origine ou nationalité
Adresse du domicile	

3. Indications sur le lieu et le moment du décès

Lieu du décès (lieu où le décès est survenu)

Jour du décès (date)/...../..... (jj/mm/aaaa) àheures (00h01 – 24h00)
Si le moment du décès n'est pas certain (voir remarque**)

4. Indications sur l'examen du cadavre, la nature du décès et l'obligation d'annoncer (voir remarque *)**

<input type="checkbox"/> mort non naturelle (accident, homicide, suicide, erreur médicale, y compris ses séquelles) <input type="checkbox"/> mort d'origine indéterminée (mort subite et inattendue ; une mort non naturelle ne peut pas être exclue) <input type="checkbox"/> Le cas a été annoncé à la police ou au ministère public	OU	Après avoir procédé à l'examen soigneux du cadavre, le médecin soussigné atteste qu'il ne subsiste aucun doute fondé contre l'hypothèse d'une mort naturelle. <input type="checkbox"/> mort naturelle
--	----	---

Lieu et date : Le médecin (nom/adresse) : (tampon et signature)

Remarques

* Sont valables les motifs de récusation mentionnés à l'art. 89 de l'Ordonnance sur l'état civil (OEC).

** Si le jour du décès est connu, mais pas son moment précis : le (date)/...../..... (jj/mm/aaa) entreheures etheures (00h01 – 24h00)
Si le jour du décès n'est pas connu : cadavre découvert le (date)/...../..... (jj/mm/aaa) àheures (00h01 – 24h00)

*** L'obligation d'annoncer les cas de mort suspecte est ancrée dans les législations cantonales sur la santé.

Figure 1: Nouveau certificat de décès harmonisé au niveau suisse qui est actuellement introduit dans les cantons.

élaboré et est actuellement introduit dans les cantons.

Digression sur les établissements médico-sociaux

Toutes les dispositions susmentionnées s'appliquent de la même manière aux décès survenant dans les établissements médico-sociaux. Dans la pratique, des procédures différentes se sont malheureusement souvent établies. Il n'est pas rare que des personnes qui ne montrent plus de signes de vie le soir ou la nuit soient «déclarées mortes» par le personnel soignant, puis déshabillées, lavées, rhabillées et mises en bière avant que le médecin de l'établissement ou le médecin de famille ne se soit présenté pour la constatation de la mort et l'examen médical correct du cadavre.

Cette manière de procéder est une violation des règles précitées et contraire aux considérations éthiques relatives à une gestion correcte des décès. Tout d'abord, un corps inanimé ne doit pas être considéré comme un cadavre et traité comme tel avant que la mort n'ait été constatée par un médecin. Toutefois, l'aspect encore plus problématique de cette démarche est qu'elle sape le sens de l'examen médical du cadavre, voire le rend tout à fait impossible. Si un décès est soumis à l'obligation de déclarer est une décision qui doit être prise et assumée par le médecin en charge du cas. La réponse à cette question se base sur l'évaluation médicale du caractère naturel ou non de la mort. Tant que ce diagnostic n'a pas été établi par un médecin, une déclaration en tant que mort non naturelle ou d'origine indéterminée est encore envisageable. Non seulement les pratiques susmentionnées risquent d'éliminer tous les indices de mort non naturelle se trouvant éventuellement sur le corps avant que le médecin responsable n'ait pu se faire une idée personnelle, mais le nettoyage détruit également des traces qui pourraient être précieuses pour la police scientifique. Un corps qui a fait l'objet d'une toilette mortuaire et a été préparé pour la mise en bière prématurément doit à nouveau être déshabillé pour que l'examen médical du cadavre puisse se dérouler correctement, ce qui, l'expérience le montre, se heurte à une forte résistance dans les institutions concernées. Les médecins qui attestent malgré tout d'une mort naturelle sans avoir procédé à un examen médical du cadavre commettent une violation des règles de l'art et doivent en assumer la responsabilité personnelle en cas de procédure d'enquête du ministère public. Cela vaut également pour les décès survenant dans les établissements médico-sociaux. S'il n'est pas possible de procéder à un examen médical correct du cadavre dans l'établissement médico-social, il est recommandé de déclarer le décès comme étant d'origine indéterminée.

Correspondance

Prof. Dr méd. Christian Jackowski
Institut für Rechtsmedizin
Universität Bern
Murtenstrasse 26
CH-3008 Bern
[christian.jackowski\[at\]irm.unibe.ch](mailto:christian.jackowski[at]irm.unibe.ch)

Disclosure statement

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



Prof. Dr méd. Christian Jackowski
Institut für Rechtsmedizin Bern,
Universität Bern, Bern

«The Bee or not the bee»

Insuffisance rénale aiguë comme complication rare après de multiples piqûres d'abeilles

Isabel M. Hofer, médecin diplômée; Dr méd. Thomas Künzi; Dr méd. Grischa Marti

Innere Medizin, Spital Region Oberaargau SRO AG, Spital Langenthal, Langenthal

Contexte

Chaque année, environ 20 000 cas d'accidents dus à des piqûres d'insectes sont déclarés à la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (SUVA). Les piqûres de tiques en représentent la moitié. Les guêpes sont à l'origine de 3000 déclarations, les abeilles de 2300. C'est surtout à partir de juillet/août que les insectes deviennent actifs. En cas de piqûres d'hyménoptères, la distinction est faite entre les réactions locales normales et les réactions locales sévères, ainsi que les réactions systémiques allergiques et les réactions systémiques toxiques. Outre la rhabdomyolyse, la coagulation intravasculaire disséminée et la hémolyse intravasculaire, les réactions systémiques toxiques comprennent également l'insuffisance hépatique et rénale aiguë et elles sont généralement la conséquence directe du venin d'hyménoptère [1]. Après de multiples piqûres d'abeilles (en général de 50 à plusieurs centaines), une réaction toxique peut entraîner une défaillance multiviscérale, voire la mort. Environ 20 piqûres/kg de poids corporel sont considérées comme potentiellement mortelles [2], ce qui peut correspondre à moins de 50 piqûres chez les jeunes enfants. Dans cet article, nous présentons le cas d'un patient qui a développé des symptômes induits par la toxine suite à plus de 1500 piqûres d'abeilles.

Présentation du cas

Anamnèse

Nous rapportons le cas d'un apiculteur de 73 ans qui a fait une chute dans son rucher. Le patient avait été victime dans les années 1970 d'un polytraumatisme avec de graves brûlures aux extrémités, suite à quoi il avait été amputé d'une cuisse; il était au demeurant en bonne santé. Au cours de cette chute dans le rucher, le patient a perdu sa prothèse de cuisse et ne pouvait plus se mobiliser seul. L'essaim d'abeilles l'a attaqué, provoquant d'innombrables piqûres d'abeilles sur l'ensemble du tégument, y compris dans la bouche, le nez et les oreilles. Le patient a réussi à prévenir l'ambulance en urgence. Les secours l'ont trouvé éveillé, hypotendu (pression artérielle 95/64 mm Hg) et normocarde (92/min), avec une saturation en oxygène normale (97%). Aucune perte de conscience, dyspnée ou nausée n'a été signalée, mais un gonflement massif a été observé, en particulier dans toute la région du visage.

Face à une suspicion préclinique de réaction allergique, 0,5 mg d'adrénaline intramusculaire (i.m.), 125 mg de méthylprednisolone intraveineuse (i.v.), 2 mg de clémastine i.v., 1000 ml cumulés de Ringerfundin® i.v., ainsi que 3 mg d'adrénaline et 2,5 mg de bromure d'ipratropium par inhalation ont été administrés.

Examen clinique

En salle de réanimation, le patient était toujours éveillé, complètement orienté, avec des tremblements musculaires involontaires modérés. Il était normotendu (119/84 mm Hg) et légèrement tachycarde (112/min), sa saturation en oxygène était de 95% sous oxygène à 5 l/min.

Au niveau du visage, les paupières et les lèvres présentaient un gonflement massif (fig. 1). Des dards ont également été trouvés dans la bouche (environ dix sur la luette et la voûte palatine), certains sur la langue avec un gonflement correspondant. Des dards ont aussi été retirés dans le nez et sur/dans les oreilles.

L'auscultation pulmonaire et cardiaque était normale, l'électrocardiogramme montrait une tachycardie sinusale avec un bloc connu.

Résultats

Sur l'ensemble du tégument, 1574 piqûres ont été dénombrées.

Les analyses de laboratoire ont révélé une insuffisance rénale aiguë en l'espace de 48 heures, avec une augmentation de la créatinine de 62 à 209 µmol/l (fig. 2). De plus, une nette augmentation des transaminases (aspartate aminotransférase [ASAT] 578 U/l, norme: <51 U/l) ainsi qu'une forte augmentation de la créatine kinase (CK), qui s'élevait à 26 492 U/l (norme: 38–174 U/l), ont été constatées.



Figure 1: Les nombreuses piqûres d'abeilles ont notamment entraîné un gonflement des tissus mous au niveau du visage et de la bouche, ce qui a nécessité une surveillance en soins intensifs. Un consentement éclairé écrit est disponible pour la publication.

L'analyse urinaire a révélé la constellation typique d'une myoglobulinurie (hémoglobine quatre fois positive, mais microscopiquement relativement peu d'érythrocytes).

L'échographie n'a révélé aucune pathologie hépatique ou rénale explicative.

Sur le plan hématologique, une anémie normocytaire normochrome hypoproliférative s'est développée, elle aussi le plus vraisemblablement induite par la toxine. Une carence en substrat causale a été exclue en présence de taux normaux de vitamine B₁₂ et d'acide folique ainsi que d'une teneur en hémoglobine des réticulocytes (RET-He) normale. Avec une tryptase sérique de 11,1 µg/l en phase aiguë, une activation massive des mastocytes (comme par exemple lors d'une réaction anaphylactique) était improbable.

Évolution

En raison du gonflement prononcé des parties molles sur le visage et dans la bouche, le patient a été admis à l'unité de soins intensifs pour y être surveillé et a reçu initialement une nouvelle dose d'adrénaline i.m., puis de l'adrénaline par inhalation pendant trois jours. Il n'a pas été nécessaire de recourir à une intubation protectrice. Des corticoïdes et un antihistaminique ont en outre été administrés pour traiter les gonflements. Nous avons traité la rhabdomyolyse par thérapie liquidienne au moyen de

quantités élevées de Ringerfundin® et d'une solution de bicarbonate de sodium à 1,4% pour l'alcalinisation urinaire. La fonction rénale s'est

progressivement normalisée, de sorte qu'une hémodialyse, initialement discutée, n'a pas été nécessaire. Des paramètres de rétention rénale normaux ont pu être mesurés à la sortie. Par ailleurs, le patient a développé un délire hyperactif au bout de quelques jours. Un traitement symptomatique a été mis en place avec initialement de la quétiapine. En raison de l'absence de réponse, le traitement a été modifié après quatre jours et remplacé par de l'halopéridol et de la pipampérone. Une infection urinaire intercurrente associée à la sonde à demeure a d'abord été traitée empiriquement par ceftriaxone, puis par triméthoprime-sulfaméthoxazole conformément à la situation de résistance.

Discussion

À notre connaissance, il n'y a guère de cas publiés portant sur autant de piqûres par l'abeille mellifère indigène (*Apis mellifera ligustica*). Les rapports de cas concernant les abeilles mellifères africaines, réputées plus agressives, sont un peu plus fréquents, principalement en dehors de l'Europe.

Les lésions rénales médiées par la toxine sont une conséquence possible et grave d'une exposition élevée à la toxine. La toxine du venin d'abeille est constituée de plusieurs composants, dont surtout la mélittine, qui endommage les membranes cellulaires et représente la majeure partie de la toxine. La mélittine n'est pas seulement responsable de la douleur res-

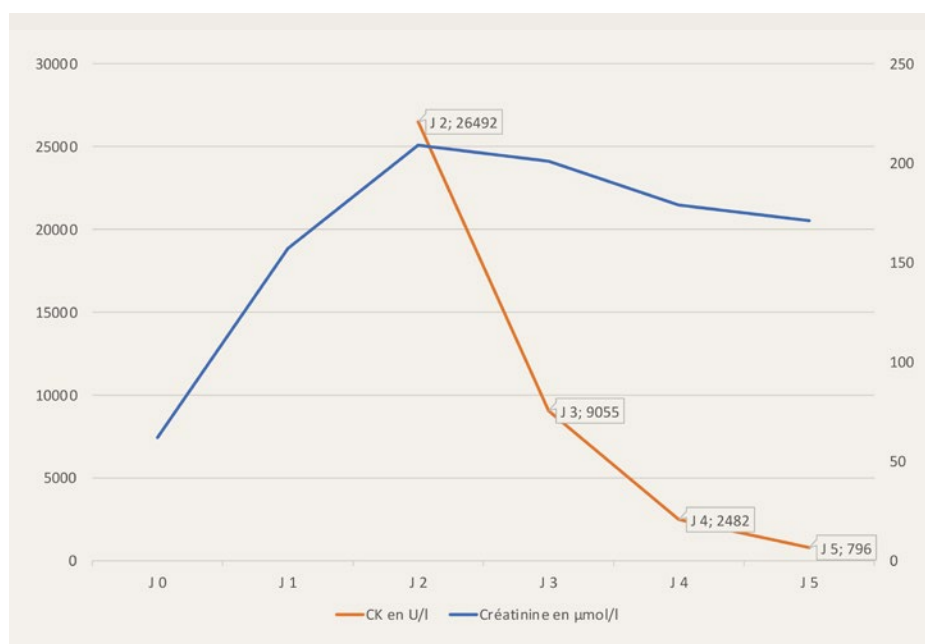


Figure 2: Comparaison de l'évolution de la créatinine et de la CK. Environ 48 heures après l'exposition à la toxine, l'insuffisance rénale aiguë (KDIGO AKI 3) est maximale. Ce jour-là, la myoglobulinurie (non représentée) et la rhabdomyolyse sévère sont également diagnostiquées pour la première fois. Sous thérapie liquidienne abondante et alcalinisation de l'urine, la CK diminue rapidement et la fonction rénale se rétablit progressivement. À partir du Jour 12, les paramètres de rétention rénale sont normaux.

CK: créatine kinase; j: jour; KDIGO: Kidney Disease: Improving Global Outcomes; AKI: acute kidney injury.

sentie après une piqûre d'abeille, elle agit également comme un peptide lytique qui détruit les cellules et provoque une hémolyse intravasculaire [3]. Parmi les enzymes, on trouve l'hyaluronidase et les phospholipases; d'autres composants de bas poids moléculaire sont l'histamine, la sérotonine, la dopamine et la norépinéphrine. Outre l'état de choc et l'hypotension artérielle correspondante, la rhabdomyolyse, l'hémolyse intravasculaire et la néphrotoxicité directe contribuent au développement d'une nécrose tubulaire aiguë. La myoglobine joue un rôle prépondérant dans la rhabdomyolyse. Favorisés par un pH urinaire bas et une hypovolémie, des cylindres de myoglobine se forment et se déposent dans les tubules. De plus, la myoglobine a un effet cytotoxique direct. Les composants vasoactifs du venin d'abeille entraînent une hypoperfusion rénale, ce qui provoque une activation du système rénine-angiotensine-aldostérone. Il en résulte finalement une vasoconstriction au niveau de l'artériole afférente et de l'artériole efférente, ce qui entraîne une ischémie et le développement d'une insuffisance rénale aiguë [4].

L'essentiel pour la pratique

- En cas de piqûres d'abeilles multiples (à partir de 50 piqûres chez les adultes), il convient de prendre en compte les complications toxiques et de ne pas hésiter à hospitaliser les personnes concernées.
- Les symptômes initiaux de la toxicité sont souvent non spécifiques et peuvent apparaître de manière retardée. Ils comprennent la faiblesse, les myalgies, les nausées, les vomissements et la diarrhée [3].
- Outre l'insuffisance rénale aiguë, la toxicité systémique peut entraîner, entre autres, une coagulation intravasculaire disséminée, une hémolyse intravasculaire, une insuffisance hépatique aiguë [1], un infarctus du myocarde, une thrombocytopenie et des crises convulsives [3]. En conséquence, les examens de laboratoire chez les patientes et patients victimes de piqûres d'abeilles massives se basent sur ces complications possibles.
- Une hématurie apparaît généralement dans les 24 heures suivant l'intoxication, suivie d'une augmentation des valeurs de créatine kinase et de signes cliniques de lésions rénales dans les 48 heures suivantes [3].
- En cas d'insuffisance rénale aiguë, une hémodialyse doit être envisagée, d'autant plus que le principal composant du venin d'abeille, la mélittine, peut ainsi être éliminé de la circulation.

Correspondance

Isabel M. Hofer
Innere Medizin
Spital Region Oberaargau SRO AG
Spital Langenthal
St. Urbanstrasse 67
CH-4900 Langenthal
[isa.hofer\[at\]sro.ch](mailto:isa.hofer[at]sro.ch)

Informed consent

Un consentement éclairé écrit est disponible pour la publication.

Disclosure statement

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

Références

- 1 Bilò MB, Tontini C, Martini M, Corsi A, Agolini S, Antonicelli L. Clinical aspects of Hymenoptera venom allergy and venom immunotherapy. *Eur Ann Allergy Clin Immunol.* 2019;51(6):244-57.
- 2 Castagnoli R, Giovannini M, Mori F, Barni S, Pecoraro L, Arasi S, et al. Unusual Reactions to Hymenoptera Stings: Current Knowledge and Unmet Needs in the Pediatric Population. *Front med (Lausanne).* 2021;8:717290.
- 3 Constantino K, Pawlukiewicz AJ, Spear L. A Case Report on Rhabdomyolysis After Multiple Bee Stings. *Cureus.* 2020;12(7):e9501.
- 4 Silva GBD Junior, Vasconcelos AG Junior, Rocha AMT, Vasconcelos VR, Barros J Neto, Fujishima JS, et al. Acute kidney injury complicating bee stings – a review. *Rev Inst Med Trop Sao Paulo [Internet].* 2017 [cited 2021 Jan 15];59:e25.



Isabel M. Hofer, médecin diplômée
Innere Medizin, Spital Region Oberaargau SRO AG, Spital Langenthal, Langenthal

L'ion oublié

Tremblement chez un patient polymédiqué

Dr méd. Marko Lazic, Dr méd. Dr sc. nat. Anna Henzi, PD Dr méd. Thomas Brack

Klinik für Innere Medizin, Kantonsspital Glarus, Glarus

Présentation du cas

Un homme de 72 ans, fébrile, déshydraté et dans un état général nettement diminué, a été adressé en urgence pour un bilan hospitalier. Depuis trois jours, il présentait de la fièvre, une dyspnée et une toux avec expectoration. De plus, le patient souffrait de nausées, de diarrhée et d'inappétence. À l'examen clinique, un tremblement fin des extrémités supérieures, inconnu jusqu'alors, a été constaté. En raison d'une faiblesse physique prononcée, le patient,

qui pouvait jusqu'alors marcher avec un déambulateur, ne pouvait plus être mobilisé. Il n'y avait pas d'autres anomalies neurologiques au moment du premier contact. Les antécédents personnels du patient comprenaient une maladie coronarienne et une fibrillation auriculaire, une insuffisance rénale chronique, un diabète sucré de type 2, une goutte et des hémorragies gastro-intestinales récidivantes. Il présentait également une obésité (indice de masse corporelle de 30,5 kg/m²) et un tabagisme persistant

avec un cumul de 100 paquets-année. Le patient prenait du pantoprazole, du bisoprolol, du candésartan, du torasémide, de l'atorvastatine et de l'allopurinol, ainsi que de l'empagliflozine et de l'insuline lispro pour le traitement du diabète; il inhalait du salmétérol et du bromure de tiotropium.

Les analyses de laboratoire effectuées à l'admission ont révélé des valeurs inflammatoires élevées, avec une protéine C réactive (CRP) de 35 mg/dl et des leucocytes de 17,0 G/l avec

Tableau 1: Valeurs de laboratoire aux 2^e et 3^e jours d'hospitalisation

Valeur sérique (unité)	Jour 2 (avant le début de la substitution)	Jour 3 (1 jour après le début de la substitution)	Plage de référence
Magnésium (mmol/l)	0,15	0,38	0,74–0,99
Calcium, corrigé (mmol/l)	1,67	1,86	2,21–2,52
Potassium (mmol/l)	2,4	3,4	3,5–5,1
Créatinine (μmol/l)	183	259	62–115
Clairance de la créatinine (DFGe selon la formule CKD-EPI, ml/min/1,73 m ²)	31	20	>90
Parathormone (pmol/l)	7,3	n.g.	15–65
25-hydroxy-vitamine D (nmol/l)	32	n.g.	>50
Valeur dans échantillon d'urine ponctuel (unité)			
Créatinine (mmol/l)	n.m.	7,345	3,45–22,9
Magnésium (mmol/l)	n.m.	0,3	2,05–8,22
Potassium (mmol/l)	n.m.	24	30–100
Potassium/créatinine (mmol/mmol)	n.m.	3,3 ^a	
Fraction d'excrétion^b			
Fraction d'excrétion du magnésium (%)	n.m.	4	
Fraction d'excrétion du potassium (%)	n.m.	25	

a Un quotient potassium/créatinine dans l'urine (échantillon ponctuel) >1,5 indique une perte rénale de potassium.

b Formule pour calculer la fraction d'excrétion du potassium: [potassium dans l'urine: potassium dans le sérum] / [créatinine dans l'urine : créatinine dans le sérum] × 100 (%). Pour la fraction d'excrétion du magnésium, la concentration sérique de magnésium est multipliée par 0,7, car 30% du magnésium est lié aux protéines et n'est donc pas filtrable.

DFGe: débit de filtration glomérulaire estimé; CKD-EPI: Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration; n.m.: non mesuré.

déviations à gauche; une hypokaliémie de 2,7 mmol/l a également été constatée. L'électrocardiogramme (ECG) a révélé, outre la fibrillation auriculaire tachycarde connue, un allongement de l'intervalle QT (QTc = 547 ms). À la radiographie du thorax, nous avons relevé des infiltrats apicaux bilatéraux. Sur la base de l'hypothèse de travail d'une pneumonie communautaire, nous avons initié une antibiothérapie.

Question 1

Quel est le diagnostic le moins susceptible d'expliquer le tremblement fin?

- a) Encéphalopathie hépatique
- b) Crise thyrotoxisque
- c) Maladie de Parkinson
- d) Effet indésirable du salmétérol
- e) Trouble électrolytique

L'encéphalopathie hépatique se manifeste classiquement par un astérisis («flapping tremor»). Les β_2 -sympathomimétiques peuvent avoir comme effets indésirables aussi bien des tremblements qu'une hypokaliémie. Une crise thyrotoxisque se manifeste par une tachycardie, des symptômes gastro-intestinaux et une déshydratation, des symptômes neurologiques tels que tremblements et faiblesse musculaire, et, rarement, une hyperthermie. Aucune maladie thyroïdienne n'était connue chez notre patient et la thyroïdostimuline (TSH) était dans la norme avec 0,48 mU/l (plage de référence 0,358–3,740 mU/l). Le tremblement est un symptôme cardinal de la maladie de Parkinson, mais le patient ne présentait pas d'autres symptômes parkinsoniens tels que la rigidité ou la bradykinésie. Les troubles électrolytiques peuvent se manifester par différents symptômes neurologiques.

Le traitement antibiotique a entraîné une amélioration rapide de la fièvre et des paramètres inflammatoires, mais pas du tremblement. En raison de l'apparition d'une hypophonie et d'une dysphagie, nous avons effectué de nouvelles analyses de laboratoire le deuxième jour d'hospitalisation, qui ont révélé une hypokaliémie croissante ainsi qu'une carence sévère en magnésium et en calcium. L'excrétion urinaire anormalement élevée de magnésium et de potassium indiquait une perte rénale de ces électrolytes (tab. 1).

À la lumière des résultats pris dans leur ensemble, nous avons interprété les symptômes neurologiques du patient dans le cadre d'une carence sévère en calcium et en magnésium.

Question 2

Quelles anomalies cliniques ne sont pas liées à une hypomagnésémie?

- a) Tremblement, tétanie
- b) Faiblesse, apathie

- c) Arythmies auriculaires ou ventriculaires
- d) Nystagmus vertical
- e) Fièvre

La fièvre n'est pas un symptôme d'hypomagnésémie. L'hypomagnésémie peut entraîner des modifications de l'ECG et des troubles du rythme cardiaque, ainsi que – même en l'absence d'hypercalcémie concomitante – des symptômes neuromusculaires tels que la tétanie, le tremblement ou l'apathie, voire le coma. Dans de rares cas, l'hypomagnésémie peut être la cause métabolique d'un nystagmus vertical [1].

Question 3

Quel résultat d'examen n'est pas la conséquence d'une hypomagnésémie?

- a) Excrétion accrue de potassium dans l'urine
- b) Hypokaliémie
- c) Hypoparathyroïdie
- d) Hypocalcémie
- e) Élévation de la 1,25-dihydroxy-vitamine D

Le magnésium est nécessaire comme cofacteur pour les réactions enzymatiques intervenant dans le métabolisme de la vitamine D. En raison d'une hydroxylation réduite de la 25-hydroxy-vitamine D, une carence en 1,25-dihydroxy-vitamine D se produit en cas d'hypomagnésémie [2]. En cas de faible concentration de magnésium, la sécrétion de la parathormone (PTH) est perturbée et son action sur les os est réduite, ce qui contribue, conjointement avec la carence en vitamine D, à l'apparition d'une hypocalcémie [3].

Une hypokaliémie est observée chez jusqu'à 50% des personnes souffrant d'hypomagnésémie. Cela s'explique d'une part par le fait que les maladies à l'origine de l'hypomagnésémie contribuent également à l'apparition d'une hypokaliémie. En outre, l'hypomagnésémie entraîne une excrétion rénale accrue de potassium, de sorte que le déficit en potassium ne peut être compensé qu'après correction de l'hypomagnésémie (hypokaliémie réfractaire) [4].

Question 4

Parmi les diagnostics suivants, lequel est le moins susceptible d'être à l'origine d'une hypomagnésémie?

- a) Diarrhée chronique
- b) Abus d'alcool
- c) Syndrome de Gitelman
- d) Alimentation végétarienne
- e) Diabète sucré non contrôlé

Une carence en magnésium due à des apports alimentaires réduits est extrêmement rare, à moins que d'autres facteurs de risque tels que la pancréatite ou l'abus d'alcool ne s'y ajoutent. L'hypomagnésémie est typiquement causée par

des pertes gastro-intestinales (vomissements, diarrhée chronique, malabsorption) ou rénales (par ex. syndrome de Gitelman, qui est la forme familiale la plus fréquente d'hypomagnésémie, médicaments néphrotoxiques et diurétiques, diabète sucré non contrôlé). Les médicaments jouent souvent un rôle majeur dans la pathogenèse de l'hypomagnésémie.

Question 5

Quels sont les médicaments les moins susceptibles de contribuer à l'apparition d'une hypomagnésémie?

- a) Inhibiteurs du cotransporteur sodium-glucose de type 2 (SGLT2)
- b) Diurétiques thiazidiques
- c) Diurétiques de l'anse
- d) Antibiotiques aminoglycosides
- e) Inhibiteurs de la pompe à protons (IPP)

Les SGLT2 entraînent une augmentation de la concentration sérique de magnésium et peuvent ainsi contrecarrer une hypomagnésémie associée au diabète sucré [5].

Les diurétiques de l'anse et les diurétiques thiazidiques inhibent la réabsorption rénale du magnésium. Les médicaments néphrotoxiques tels que les aminoglycosides ou le cisplatine peuvent entraîner des pertes rénales de magnésium. La prise chronique d'inhibiteurs de la pompe à protons (IPP), en particulier en combinaison avec des diurétiques, a été associée à une hypomagnésémie. D'un point de vue pathogénique, l'hypomagnésémie associée aux IPP peut être due à une absorption intestinale réduite [6].

Chez notre patient, l'hypomagnésémie était le plus vraisemblablement due au traitement diurétique (torasémide 20 mg 2-2-0) et à la prise d'un IPP (pantoprazole 40 mg 1-0-0, depuis 2 ans). Nous avons arrêté l'administration de l'IPP et réduit le traitement diurétique; nous avons également procédé à une supplémentation de sulfate de magnésium et de chlorure de potassium par voie intraveineuse, ainsi qu'à une supplémentation de calcium et vitamine D par voie orale. Par la suite, l'état général du patient s'est rapidement amélioré et le tremblement a presque complètement régressé, ce qui nous a permis de poursuivre la substitution par voie orale et de laisser le patient rentrer chez lui avec peu de symptômes.

Discussion

Le magnésium est un oligo-élément vital qui joue un rôle essentiel dans un grand nombre de fonctions physiologiques et biochimiques. La majeure partie du magnésium dans l'organisme se trouve en intracellulaire. Les analyses de laboratoire mesurent le magnésium total dans le sérum (magnésium lié aux protéines et chélaté,

Quel est votre diagnostic?

ainsi que magnésium ionisé libre), qui peut différer de la concentration dans les tissus [7]. En dehors des unités de soins intensifs, le magnésium est rarement déterminé de manière routinière, contrairement à d'autres électrolytes. L'hypomagnésémie peut être associée à de nombreux symptômes et anomalies. Il convient de penser à une hypomagnésémie en particulier en cas de troubles neuromusculaires inexplicables, d'hypocalcémie ou d'hypokaliémie d'étiologie indéterminée et de troubles du rythme cardiaque.

Chez notre patient, l'hypomagnésémie a entraîné une hypocalcémie sévère. D'un point de vue mécanique, il s'agit principalement d'une réduction de la libération de calcium par les os dépendante de la PTH; une diminution de la sécrétion de PTH et une carence en calcitriol contribuent également à l'apparition de l'hypocalcémie [3]. Signe d'une excitabilité neuromusculaire accrue, les personnes souffrant d'hypocalcémie se présentent avec des paresthésies, des spasmes musculaires et des crises épileptiques. La tétanie est classiquement observée au niveau des mains et du visage (signes de Trousseau et de Chvostek). Une complication rare mais potentiellement fatale est le laryngospasme, qui peut se manifester, comme chez notre patient, par des modifications de la voix ou par un stridor et une dyspnée aiguë [8].

La liste des médicaments associés à une hypomagnésémie est longue. Dans quelles situations un dosage du magnésium peut-il être recommandé en cas d'utilisation de ces substances? L'hypomagnésémie est un effet indésirable fréquent et potentiellement grave du cisplatine (via une atteinte rénale tubulaire) ou du cétuximab (via une inhibition de la réabsorption rénale) [9], de sorte qu'une surveillance de routine est judicieuse lors d'un tel traitement. Pour d'autres médicaments fréquemment prescrits, tels que les diurétiques, les IPP ou les antibiotiques, le dosage du magnésium peut être plus restrictif et n'est utile que chez les personnes présentant d'autres facteurs de risque, tels que l'alcoolisme ou la diarrhée, ou en cas de co-médication avec d'autres médicaments associés à une hypomagnésémie [6].

Les traitements à long terme par IPP ont été associés à de nombreux effets indésirables. Les données en ce sens proviennent principalement d'études observationnelles et de rapports de cas, de sorte qu'un lien de cause à effet n'est pas toujours établi [10, 11]. En ce qui concerne l'hypomagnésémie associée aux IPP, il semble qu'il existe souvent d'autres facteurs de risque, tels qu'une co-médication avec des diurétiques ou, dans des cas particuliers, une prédisposition héréditaire (syndrome de Gitelman) [12, 13].

La cause de l'hypomagnésémie peut le plus souvent être déterminée par l'anamnèse. Dans

les cas ambigus, l'excrétion de magnésium dans l'urine de 24 heures ou la fraction d'excrétion du magnésium dans un échantillon d'urine ponctuel peuvent être mesurées afin de distinguer les pertes rénales des pertes gastro-intestinales. En cas d'hypomagnésémie, la fraction d'excrétion urinaire du magnésium devrait être réduite à <2% chez les personnes sans problèmes rénaux, ce qui indique une perte extrarénale, typiquement gastro-intestinale. En revanche, une fraction d'excrétion urinaire du magnésium >3–4% indique une perte rénale [14].

Si possible, les médicaments responsables doivent être arrêtés pour traiter l'hypomagnésémie. La substitution intraveineuse du magnésium est préférable à la substitution orale en cas d'hypomagnésémie symptomatique ou chez les patientes et patients dont l'absorption entérale est limitée. Une prudence particulière est de mise chez les personnes souffrant d'insuffisance rénale chronique. Dans ce cas, la substitution doit être effectuée à dose réduite et sous contrôle régulier de la concentration sérique.

Réponses

Question 1: a. Question 2: e. Question 3: e. Question 4: d. Question 5: a.

Correspondance

Marko Latic
Klinik für Innere Medizin
Kantonsspital Glarus
Burgstrasse 99
CH-8750 Glarus
[markolatic10\[at\]yahoo.com](mailto:markolatic10[at]yahoo.com)

Informed consent

Un consentement éclairé écrit est disponible pour la publication.

Disclosure statement

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

Références

- Marse C, Druesne V, Giordana C. Paroxysmal tremor and vertical nystagmus associated with hypomagnesemia. *Mov Disord Clin Pract*. 2020;7(Suppl 3):S61–2.
- Uwitonze AM, Razzaque MS. Role of magnesium in vitamin D activation and function. *J Am Osteopath Assoc*. 2018;118(3):181–9.
- Rude RK, Oldham SB, Singer FR. Functional hypoparathyroidism and parathyroid hormone end-organ resistance in human magnesium deficiency. *Clin Endocrinol (Oxf)*. 1976;5(3):209–24.
- Huang CL, Kuo E. Mechanism of hypokalemia in magnesium deficiency. *J Am Soc Nephrol*. 2007;18(10):2649–52.
- Ray EC. Evolving understanding of cardiovascular protection by SGLT2 inhibitors: focus on renal protection, myocardial effects, uric acid, and magnesium balance. *Curr Opin Pharmacol*. 2020;54:11–7.
- Liamis G, Hoorn EJ, Florentin M, Milionis H. An overview of diagnosis and management of drug-induced hypomagnesemia. *Pharmacol Res Perspect*. 2021;9(4):e00829.
- Arnaud MJ. Update on the assessment of magnesium status. *Br J Nutr*. 2008;99 Suppl 3:S24–36.
- Papaioannou A, Papantonaki S, Nyktari V, Psomopoulos H, Karatsis P, Fraidakis O, Askitopoulou H. Hy-

pomagnesaemia associated with diabetes mellitus may cause laryngospasm. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2006;50(4):512–3.

9 Tejpar S, Piessevaux H, Claes K, Piront P, Hoenderop JG, Verslype C, Van Cutsem E. Magnesium wasting associated with epidermal-growth-factor receptor-targeting antibodies in colorectal cancer: a prospective study. *Lancet Oncol*. 2007;8(5):387–94.

10 Vaezi MF, Yang YX, Howden CW. Complications of proton pump inhibitor therapy. *Gastroenterology*. 2017;153(1):35–48.

11 Janett S, Camozzi P, Peeters GG, Lava SA, Simonetti GD, Goeggel Simonetti B, et al. Hypomagnesemia induced by long-term treatment with proton-pump inhibitors. *Gastroenterol Res Pract*. 2015;2015:951768.

12 Danziger J, William JH, Scott DJ, Lee J, Lehman LW, Mark RG, et al. Proton-pump inhibitor use is associated with low serum magnesium concentrations. *Kidney Int*. 2013;83(4):692–9.

13 Zipursky J, Macdonald EM, Hollands S, Gomes T, Mamdani MM, Paterson JM, et al. Proton pump inhibitors and hospitalization with hypomagnesemia: a population-based case-control study. *PLoS Med*. 2014;11(9):e1001736.

14 Elisaf M, Panteli K, Theodorou J, Siamopoulos KC. Fractional excretion of magnesium in normal subjects and in patients with hypomagnesemia. *Magnes Res*. 1997;10(4):315–20.



Dr méd. (RS) Marko Latic
Klinik für Innere Medizin,
Kantonsspital Glarus, Glarus

Estimation de l'entreprise

Simplement bien évalué

Neutre et
reconnu

Estimations réalistes et au prix du marché
**En cas de reprise, départ, divorce
ou succession d'un partenaire de cabinet**

- Estimation neutre de l'entreprise (inventaire, goodwill, valeur des actions)
- Rapport prix-prestation intéressant
- Leader sur le marché, solide expérience et largement reconnu dans le domaine des évaluations de cabinets médicaux de toute forme juridique

CONSULTING

FMH Consulting Services AG
Avenue d'Ouchy 66
1006 Lausanne
Tél. 021 922 44 35
mail@fmhconsulting.ch
www.fmhconsulting.ch



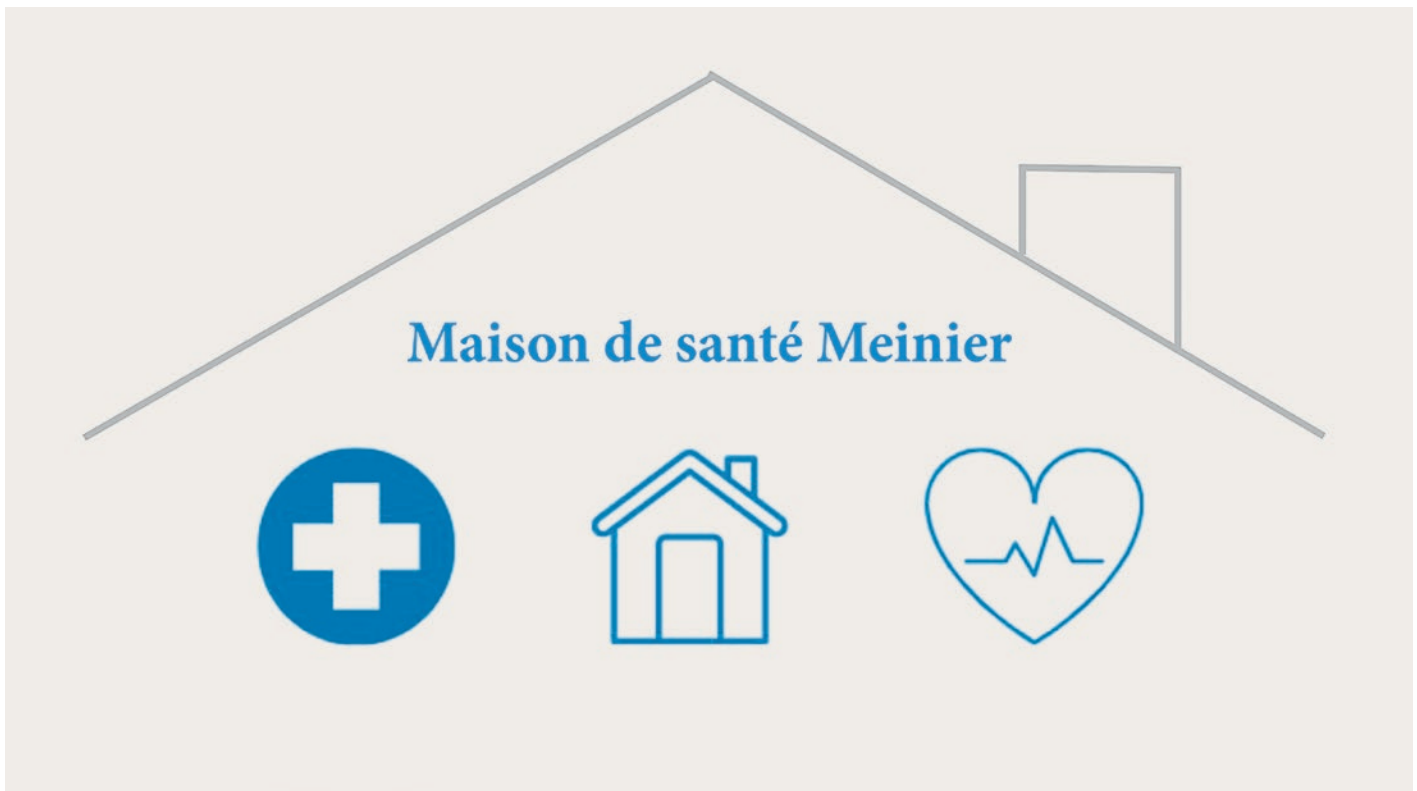


Figure 1: Les trois axes d'action de la maison de santé.

© Johanna Sommer

Les maisons de santé interprofessionnelles

Interprofessionnalité Pour répondre à la crise du système de soins, à la multimorbidité et à la pénurie de médecins de famille, les maisons de santé constituent une solution efficace et accessible, offrant une prise en charge interprofessionnelle coordonnée et intégrative et intervenant dans la prévention et la promotion de la santé.

Prof. Dr méd. Johanna Sommer

Le système de soins actuel est en crise du fait de la population multimorbide, de l'explosion des coûts de santé, de la pénurie de médecins de famille et de la rémunération à l'acte. S'y ajoute la crise environnementale. Les maisons de santé interprofessionnelles répondent à la plupart de ces défis. Ces structures, qui reposent sur la collaboration en équipes de différents professionnels, assurent trois axes (fig. 1): consultations en cabinet; prise en charge à domicile; actions communautaires de prévention et promotion de la santé.

Nous présentons ici une structure associant des médecins de famille, des pédiatres, une psychologue, des assistantes et coordinatrices en médecine ambulatoire et des infirmières de l'institution de maintien à domicile (imad).

Résumé pour vous par:

Congrès des JHaS | 31.03.-01.04.2023 | Fribourg

Nous collaborons avec une physiothérapeute, une assistante sociale, des masseurs et magnétiseurs et une homéopathe installés dans la commune et développons le réseau de proximité pour intégrer différents autres soignants (sage-femme, infirmière scolaire, acupunctrice, etc.). Les cas complexes requérant une prise en charge interprofessionnelle sont identifiés via une grille développée par N. Perone et al. [1]. Sur la base d'une expérience menée à Meinier (Genève) et inspirée des résultats de recherche de Bodenheimer, nous présentons ici les 7 constituants majeurs d'un système de soins performant et les illustrons par nos projets concrets.

1) Leadership

Le leadership concerne les patientes et patients ainsi que les soignantes et soignants.

Il y a tout d'abord les patientes et patients, qui sont acteurs de leurs soins et en déterminent les objectifs en collaboration avec les soignantes et soignants. Les soignantes et soignants, quant à eux, dirigent chacun un projet et motivent leurs collègues à y participer: développement d'incitatifs pour que les patientes et patients se rendent au cabinet en mobilité douce, éducation des parents, etc.

2) Améliorations documentées par les données informatisées

Une banque de données documente des éléments visant l'amélioration.

Les données cliniques concernant les maladies chroniques peuvent être surveillées et comparées (par ex. Hb glyquée). Des questionnaires distribués biannuellement aux patientes et patients en salle d'attente permettent de documenter leur satisfaction, et des mesures ciblant l'organisation (accessibilité, délai pour obtenir une consultation, etc.) permettent son amélioration.

3) Équipes stables pour des soins coordonnés

Les patientes et patients identifiés comme complexes sont pris en charge par des équipes stables; il est essentiel que chaque patiente ou patient garde «ses» soignantes et soignants afin de consolider la relation soignant-patient indispensable à la qualité et continuité des soins. Les équipes se réunissent régulièrement pour discuter de la prise en charge et chercher à l'optimiser. La direction générale de la santé du canton finance ce temps de coordination en projet pilote. Des rencontres officieuses autour d'un café permettent aussi de renforcer la confiance entre les soignantes et soignants et augmentent fortement la satisfaction de tous.

Des cercles de qualité interprofessionnels permettent de discuter des prises en charge et de réfléchir aux forces et faiblesses.

4) Partenariat des équipes avec le patient

Comme mentionné, la patiente ou le patient est un acteur central de sa prise en charge. Des approches intégrant l'entretien motivationnel, l'éducation thérapeutique et la décision médicale partagée en sont les fondements. Les équipes élaborent un plan de soins anticipé et définissent les directives anticipées des patientes et patients. La maison de santé dispose d'un conseil consultatif où siègent des patientes et patients partenaires et des membres des associations et autorités communales.

5) Coordinatrices/coordonateurs de soins

Chaque patiente ou patient bénéficie d'une coordinatrice/d'un coordonnateur de soins. Cela peut être l'infirmière, la coordinatrice du cabinet, le médecin, un proche investi ou d'autres soignantes et soignants. Elle/il accompagne la patiente/le patient dans l'organisation des soins, renforce son autonomie par des entretiens motivationnels ou éducationnels et organise les rencontres de l'équipe soignante.

6) Globalité des soins: prévention et promotion de la santé

La maison de santé est associée à l'imad du canton pour les projets de prévention et promotion de la santé. Selon les besoins, la maison de santé organise des actions de prévention (journée de vaccination contre la grippe, groupes de marche/mouvement pour prévenir les chutes, actions anti-canicule, actions de prévention des dépendances, etc.).

Soucieux de la crise environnementale, nous promouvons aussi les co-bénéfices: ce qui est sain pour l'humain est sain pour l'environnement, et vice versa. Nous encourageons ainsi une alimentation pauvre en viande et produits animaliers, une mobilité active et douce (vélo, marche) et un contact renforcé avec la nature.

7) Modèles alternatifs de consultation

En plus des consultations traditionnelles, la maison de santé propose des téléconsultations et des prises en charge en groupe (pleine conscience, etc.) et favorise les prises en charge intégratives grâce à d'autres approches (hypnothérapeute, acupunctrice, homéopathe, etc.).

En conclusion

Les maisons de santé interprofessionnelles répondent aux besoins de la population pour maintenir et promouvoir la santé au sens large. Sortant d'un modèle traditionnel de consultation médicale réparatrice, elles promeuvent une approche intégrative délivrée par une équipe coordonnée et centrée sur les besoins d'un individu acteur de son propre projet de soins.

Correspondance

Johanna.Sommer[at]unige.ch



Références

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



Prof. Dr méd. Johanna Sommer

Interniste généraliste, professeure de médecine interne générale, directrice de l'institut de médecine de famille à Genève. Elle développe une maison de santé dans la campagne genevoise dès avril 2023.

L'hépatite C au cabinet de médecine de famille

Traitement Bien que le traitement de l'hépatite C soit devenu beaucoup plus puissant au cours des dix dernières années, il n'est plus limité aux soins tertiaires comme auparavant, mais peut aussi être prescrit dans le cadre des soins primaires. Aujourd'hui, les médecins devraient proposer un traitement à toutes les personnes atteintes d'une hépatite C chronique.

Prof. Dr. méd. Philip Bruggmann

Selon les estimations, un tiers des 30 000 personnes atteintes d'hépatite C chronique en Suisse ne savent pas qu'elles sont infectées – elles n'ont jamais été testées. Les deux autres tiers ont certes été testés, mais pas traités [1]. Pourtant, les lignes directrices actuelles recommandent un traitement à toute personne concernée dont l'espérance de vie est supérieure à un an [2].

Éradication de l'hépatite C

Bien que des antiviraux d'action directe (AAD) très efficaces contre l'hépatite C soient commercialisés depuis 2014, avec des taux de guérison de plus de 95%, des personnes continuent de mourir en Suisse des suites de cette maladie virale chronique à progression lente. Malgré une mortalité plus élevée de l'hépatite C par rapport au VIH, l'hépatite C est restée pendant des années dans l'ombre du VIH [3]. La Suisse fait figure de modèle dans la lutte contre le VIH – la lutte contre les hépatites virales B et C ne fera probablement partie intégrante d'un programme national qu'à partir de 2024. En conséquence, l'information et les connaissances sur l'hépatite C sont encore insuffisantes à tous les niveaux, de la population générale aux autorités en passant par le système de santé.

Aussi bien la Stratégie Hépatite Suisse initiée par la société civile que la stratégie mondiale de l'OMS ont pour objectif d'éradiquer les hépatites B et C d'ici 2030 [4, 5]. Les instruments pour y parvenir sont tous disponibles en Suisse: un système de santé bien développé, des tests simples et des médicaments très efficaces pouvant être prescrits sans limite.

Test et examens

Une hépatite C chronique est recherchée par un test d'anticorps (anti-VHC). Un tel test est indiqué chez les personnes se trouvant dans des situations à risque (transfusions sanguines avant 1990, consommation passée ou actuelle de drogues par voie intraveineuse ou nasale, séjour en prison, tatouages, piercings, manucures ou pédicures effectués dans des conditions insuffisamment stériles, interventions médicales dans des pays à haut risque), celles présentant des symptômes d'hépatite C non explicables autrement (fatigue, douleurs articulaires,

douleurs dans le quadrant supérieur droit de l'abdomen, difficultés de concentration) et celles originaires de pays à haut risque (Italie, pays des Balkans, Portugal, Pakistan, Géorgie, Russie, Ukraine, Égypte). Pour les personnes nées entre 1950 et 1985, qui sont les principales concernées, l'indication d'un test d'anticorps anti-VHC doit aussi être posée généreusement, par ex. à l'occasion d'un check-up.

En cas de test d'anticorps positif, la présence de virus est recherchée par une analyse PCR du VHC. En présence de virus et en l'absence de contamination récente, le diagnostic est posé. Après le diagnostic d'une hépatite C chronique, il convient d'exclure une cirrhose hépatique, non pas tant en raison du choix du traitement – les AAD ont un effet illimité même en cas de cirrhose compensée – que du suivi. En cas de fibrose hépatique avancée ou de cirrhose hépatique, un dépistage du carcinome hépatocellulaire doit être effectué tous les six mois, malgré un traitement réussi.

Un score calculé à partir des plaquettes et des transaminases (aspartate aminotransférase to platelet ratio index, score APRI) permet d'évaluer la probabilité de cirrhose en cas d'hépatite C [6]. Si le score APRI est inférieur à 1, la probabilité d'une cirrhose hépatique est très faible, il n'est pas nécessaire de réaliser des examens complémentaires. S'il est supérieur à 1 ou en présence d'autres maladies du foie, une élastographie transitoire (Fibroscan, ARFI) est indiquée pour déterminer le degré de fibrose.

Traitement

Avant l'instauration d'un traitement contre l'hépatite C, le potentiel d'interaction avec les médicaments existants doit être évalué [7]. Les deux associations médicamenteuses disponibles, glécaprévir/pibrentasvir et sofosbuvir/velpatasvir, ne se distinguent guère en termes d'efficacité. Les deux ont un effet pangénotypique et présentent des taux de guérison

Résumé pour vous par:

Congrès des JHaS | 31.03.-01.04.2023 | Fribourg

supérieurs à 95%. Les effets indésirables possibles incluent céphalées, symptômes gastro-intestinaux et fatigue. L'association glécaprévir/pibrentasvir est administrée pendant huit semaines, le patient doit prendre trois comprimés par jour à la fois avec un peu de nourriture. L'association sofosbuvir/velpatasvir est prise pendant douze semaines, à raison d'un comprimé par jour, indépendamment des repas.

Sous traitement, des contrôles de laboratoire ne sont pas obligatoires. En cas de doute, il convient d'envisager des contrôles pour favoriser l'adhérence thérapeutique et une administration fractionnée des médicaments. Douze semaines après la fin du traitement, l'ARN du VHC est déterminé. S'il n'est plus détectable, le patient est considéré comme guéri. L'hépatite C ne confère pas d'immunité et il n'existe pas de vaccin. Les réinfections après un traitement réussi sont possibles, mais rares. Une information préventive appropriée est indiquée en présence de facteurs de risque.

Cabinet de médecine de famille: prescription autonome

Depuis l'année dernière, tous les médecins de Suisse sont autorisés à prescrire les médicaments contre l'hépatite C. Ceux qui souhaitent se faire assister par un spécialiste peuvent le faire très simplement via le projet HepCare d'Hépatite Suisse [8]. À l'aide d'une liste de contrôle contenant toutes les données nécessaires, le spécialiste établit alors l'indication du traitement lors d'une consultation du dossier et, si nécessaire, délivre une ordonnance. Parallèlement, une demande de garantie de prise en charge des coûts de ce traitement de 30 000 francs est adressée à la caisse-maladie, car de nombreuses pharmacies exigent une pour honorer l'ordonnance.

Un traitement contre l'hépatite C peut également être administré lors d'un séjour en psychiatrie. Les deux médicaments disponibles se trouvent sur la liste des rémunérations supplémentaires, ce qui signifie qu'ils doivent être remboursés par les caisses-maladie en dehors du forfait hospitalier. Ici aussi, HepCare offre son soutien aux psychiatres [8].

Avec la possibilité de prescrire les nouveaux médicaments très efficaces contre l'hépatite C, les médecins de premier recours peuvent désormais assurer une prise en charge complète de l'hépatite C dans leur cabinet, ce qui était jusqu'à récemment réservé aux spécialistes. Ainsi, les médecins de famille joueront à l'avenir un rôle prépondérant dans les efforts visant à éradiquer l'hépatite C en Suisse.

Correspondance

p.bruggmann[at]arud.ch



Références

Liste complète des références sous www.bullmed.ch ou via code QR



Prof. Dr méd. Philip Bruggmann

Co-médecin-chef en médecine interne au Centre de médecine des addictions Arud à Zurich. Research Associate à l'Institut de médecine de famille de l'université de Zurich. Président Hépatite Suisse.



© Prof. Dr. med. Alain di Gallo

Les relations entre les adolescents et leurs parents ne sont pas toujours aussi détendues.

Dialogue avec les adolescents

Devenir adulte La discussion entre le médecin et les adolescents peut être un défi, notamment parce qu'elle nous confronte à des souvenirs personnels de cette période. Quelques points d'ancrage peuvent aider à favoriser le dialogue.

Prof. Dr méd. Alain di Gallo

Il y a quelque temps, j'ai dû évaluer le risque de suicide d'un adolescent. Il était renfermé et défiant. Je n'arrivais pas à établir un contact avec lui et à cerner ses sentiments, et j'étais déstabilisé. J'ai essayé de lui dire: «Écoute, nous devons prendre une décision sur la suite des événements. Elle doit être juste pour toi et je veux pouvoir dormir tranquillement». Sa réponse a été brève: «Je n'en ai rien à foutre de la façon dont vous dormez.»

L'adolescence est une période de bouleversement, une crise que nous traversons tous et que nous surmontons plus ou moins bien. Elle nous place face à un corps qui se transforme, au détachement des parents, à la construction simultanée d'un cercle d'amis solide, à l'établissement de relations étroites et intimes, à la confrontation avec la formation et le travail, à des questions sur le rapport à l'argent, aux médias, aux substances addictives et à la spiritualité, et finalement à l'acquisition d'une certaine clarté sur soi-même. Une véritable tâche herculéenne!

Sur le plan neurobiologique, il y a une maturation décalée dans le temps des diverses structures cérébrales durant l'adolescence. Le cortex préfrontal est en retard sur le système limbique. Une forte recherche de stimuli s'oppose à un contrôle des impulsions encore peu développé. La capacité de pensée abstraite se développe avec la maturation cérébrale. Nous pouvons comprendre les jeunes et leur apporter un soutien approprié uniquement si nous tenons compte de ces facteurs. Prenons l'exemple de deux patients asthmatiques, un garçon et une fille. Tous deux sont venus à notre consultation avec leur mère parce qu'ils négligeaient leur traitement. Le garçon de 13 ans a déclaré: «Le médecin m'a dit que mon asthme s'aggraverait si j'oubliais d'inhaler. La semaine dernière, j'ai oublié deux fois, mais je me sentais quand même bien. Donc je n'ai plus besoin du spray.» La fille de 14 ans a raconté: «J'ai oublié d'inhaler plusieurs fois, mais je n'ai rien senti, sûrement parce que je n'ai pas fait d'effort physique. Je pense cependant que je devrais continuer à utiliser le spray, surtout quand je rejouerais au volley-ball et quand il fera plus froid». Pour le garçon, des explications sur la maladie et le traitement à un niveau compréhensible pour lui ont été utiles. Pour la fille, l'accent a été mis sur l'autonomie et la clarification de la relation avec la mère surprotectrice.

Confidentialité

Le dialogue avec les adolescents est asymétrique. Premièrement, chaque médecin sait ce que c'est que d'avoir 16 ans. Nous l'avons tous vécu. Mais nous oublions souvent que les jeunes de 16 ans n'ont aucune idée de ce qu'ils penseront à 18 ans, et encore moins à 40 ans. Deuxièmement, nos mandants sont souvent les parents, mais nous avons affaire à des adolescents capables de discernement. La confidentialité est l'une des principales conditions d'un dialogue ouvert. La plupart des jeunes attendent cette confidentialité et s'inquiètent de leur vie privée, surtout lorsqu'il s'agit de sujets sensibles comme la sexualité et la santé mentale. Bien que la gestion du contenu des entretiens influence le comporte-

Résumé pour vous par:

Congrès des JHaS | 31.03.-01.04.2023 | Fribourg

Point fort: Médecine interne

ment des jeunes vis-à-vis des professionnels de la santé, la plupart d'entre eux déclarent n'avoir encore jamais parlé de la confidentialité avec leur médecin [1].

Authenticité

Nous devons rester authentiques dans le dialogue avec les adolescents. Adopter le point de vue des adultes sans simplement imposer nos solutions d'adultes représente souvent pour nous un difficile exercice d'équilibre. Être cool ou branché est mal perçu par les jeunes. Ils ont besoin de nous en tant qu'aide professionnelle en cas de crise, pas en tant qu'ami(e) [2].

Écoute

Certains adolescents ont fait de mauvaises expériences, se sentent infantilisés lorsqu'ils parlent avec des adultes et sont peu motivés pour échanger. Il vaut néanmoins la peine de leur faire une proposition et surtout de les écouter. Wolf Langewitz désigne le «silence attentif» comme l'une des ressources les plus importantes, bien que le silence puisse aussi provoquer de l'irritation chez les adolescents. En définitive, c'est le timing qui détermine quand le silence est indiqué et quand une question ou une participation active à l'entretien mène au but [3]. Pour cela, on peut souvent bien se laisser guider par le contre-transfert. Bien sûr, nous rencontrons des adolescents dans des situations d'entretien très différentes, qui nécessitent une approche individuelle. Nous ne structurerons pas un contact d'urgence de la même manière qu'un entretien au cabinet dans lequel le patient nous fait ressentir un poids. Néanmoins, nous devrions toujours accorder le temps et l'intérêt nécessaires à son histoire.

Être ouvert et direct

Il est rare que les jeunes abordent spontanément des domaines intimes tels que la sexualité, les drogues, la suicidalité et l'automutilation. Pourtant, beaucoup d'entre eux se préoccupent de ces sujets. Si les jeunes ne les évoquent pas, nous devons avoir le courage de les aborder directement. La plupart des jeunes sont alors très reconnaissants et répondent avec une franchise surprenante. Il existe des listes de contrôle, comme le protocole HEADSS [4], qui peuvent être utiles pour entamer le dialogue. Il est important de ne pas être restrictif, c'est-à-dire de ne pas demander à une fille de 15 ans «As-tu déjà eu un petit ami?», mais plutôt «Es-tu attirée par les garçons ou les filles, ou les deux? As-tu déjà eu une relation amoureuse?». Le questionnaire RAFFT [5] permet d'aborder la question des drogues. RAFFT signifie Relax, Alone, Family, Friends, Trouble. Il aborde des thèmes concrets et compréhensibles, tels que «Prends-tu parfois des drogues quand tu es seul?» ou «Est-ce que quelqu'un dans ta famille a un problème de drogues?».

L'adolescent mentionné au début a finalement été placé contre son gré dans une clinique. Je ne sais toujours pas si c'est à cause de la mise en danger aiguë de sa propre personne ou des affects qu'il avait déclenchés chez moi. Je n'ai pas réussi à créer une base commune avec lui, sur laquelle un dialogue clair aurait pu s'établir. C'est peut-être pour cela que j'ai gardé un souvenir aussi vif de cette rencontre, et j'ai appris quelque chose.

Correspondance

Alain.DiGallo[at]jupk.ch

**Références**

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



Prof. Dr méd. Alain di Gallo

Directeur de la clinique pour enfants et adolescents des Cliniques universitaires psychiatriques de Bâle.

Diagnostic précoce au cabinet

Insuffisance rénale Peu de gens s'intéressent à la capacité fonctionnelle des reins. Cela est dangereux car une maladie rénale chronique peut se développer lentement et sans symptômes. La campagne publique «Les reins souffrent en silence» souhaite sensibiliser sur le thème des reins et des maladies rénales chroniques.

Dr méd. Jan Brügger

Au vu du vieillissement de la population et de la survenue croissante de maladies qui touchent et endommagent les reins (p. ex. le diabète sucré, l'hypertension artérielle), la prévalence actuelle des maladies rénales chroniques (insuffisance rénale chronique, IRC) est en forte hausse. Les données actuelles de prévalence montrent qu'un adulte sur dix est atteint d'IRC en Suisse [1].

La capacité fonctionnelle des reins peut insidieusement diminuer au fil des ans, et ce de manière inaperçue. Chez de nombreuses personnes atteintes d'IRC, le diagnostic est établi alors qu'il est déjà trop tard. Il est toutefois essentiel d'empêcher la survenue d'une IRC, du moins de la détecter tôt et d'assurer une prise en charge optimale des personnes concernées pour pouvoir éviter des mesures drastiques telles qu'une dialyse ou une transplantation rénale.

Contrôle de la fonction rénale

Le guide de poche de la SSN offre un aperçu simple et pratique sur la procédure de détection précoce et d'identification de l'IRC pour les spécialistes en médecine interne générale et les médecins de famille [2].

Il est recommandé de contrôler régulièrement (au moins une fois par an) les valeurs rénales des patientes et patients à risque; surtout en cas d'hypertension artérielle, de diabète sucré et de maladies cardiovasculaires.

Comment l'IRC est-elle définie?

L'IRC est définie comme «une anomalie de la structure ou de la fonction rénale, présente pendant plus de 3 mois avec des implications pour la santé». L'IRC est classée en fonction de sa cause, du DFGe (débit de filtration glomérulaire estimé) et de la catégorie de l'albuminurie (figure 1) [2, 3].

Mesure des valeurs rénales

- DFGe: peut être déterminé par un test sanguin. Le DFGe montre la capacité des reins à nettoyer le sang et est estimé au moyen d'une formule (formule CKD-EPI) sur la base du taux sérique de créatinine, de l'âge et du sexe.
- ACR (rapport albumine et créatinine urinaire): peut être mesuré par un test urinaire. Si de l'albumine est détecté dans l'urine, cela peut signifier que les reins ont subi des dommages.

Classification de l'IRC

La classification sur la carte thermique de l'IRC peut s'effectuer au vu du DFGe et de l'ACR (figure 1). Ce graphique aide à évaluer, d'une part, le risque de détérioration progressive de la fonction rénale et, d'autre part, le risque de cardiopathie (cf. figure 1).

- **La colonne de gauche indique la valeur du DFGe:** Plus la valeur est haut placée, moins le risque de progression d'une maladie rénale est élevé.

l'IRC

est classée en fonction de:

- Cause (C)
- DFGe (G)
- Albuminurie (A)

- Risque faible (peut refléter une IRC si d'autres marqueurs d'insuffisance rénale sont présents; sinon pas d'IRC)
- Risque modérément accru
- Risque modéré à fortement accru
- Risque élevé
- Risque très élevé

				Catégories Albuminurie Description et intervalles		
				A1	A2	A3
				Normale à modérément augmentée	Modérément augmentée	Sévèrement augmentée
				<30mg/g <3 mg/mmol	30-300mg/g 3-30mg/mmol	>300mg/g >30mg/mmol
Catégories de DFGe (ml/min/1.73m ²) Description et valeur	G1	Normal ou hyperfiltration	≥90	1 si IRC	Traiter 1	Référer 2
	G2	Diminution légère	60-89	1 si IRC	Traiter 1	Référer 2
	G3a	Diminution légère à modérée	45-59	Traiter 1	Traiter 2	Référer 3
	G3b	Diminution modérée à sévère	30-44	Traiter 2	Traiter 3	Référer 3
	G4	Sévèrement diminué	15-29	Référer 3	Référer 3	Référer 4+
	G5	Insuffisance rénale terminale	≤15	Référer 4+	Référer 4+	Référer 4+

Figure 1: Stades, classification et stratification des risques de l'IRC adaptés selon KDIGO. La grille de l'eGFR et de l'albuminurie montre le risque de progression, de morbidité et de mortalité par couleur, du risque le plus faible au risque le plus élevé (vert, jaune, orange, rouge, rouge foncé). Les chiffres dans les cases sont une recommandation pour la fréquence de surveillance (examens de contrôle par an).[2,3]

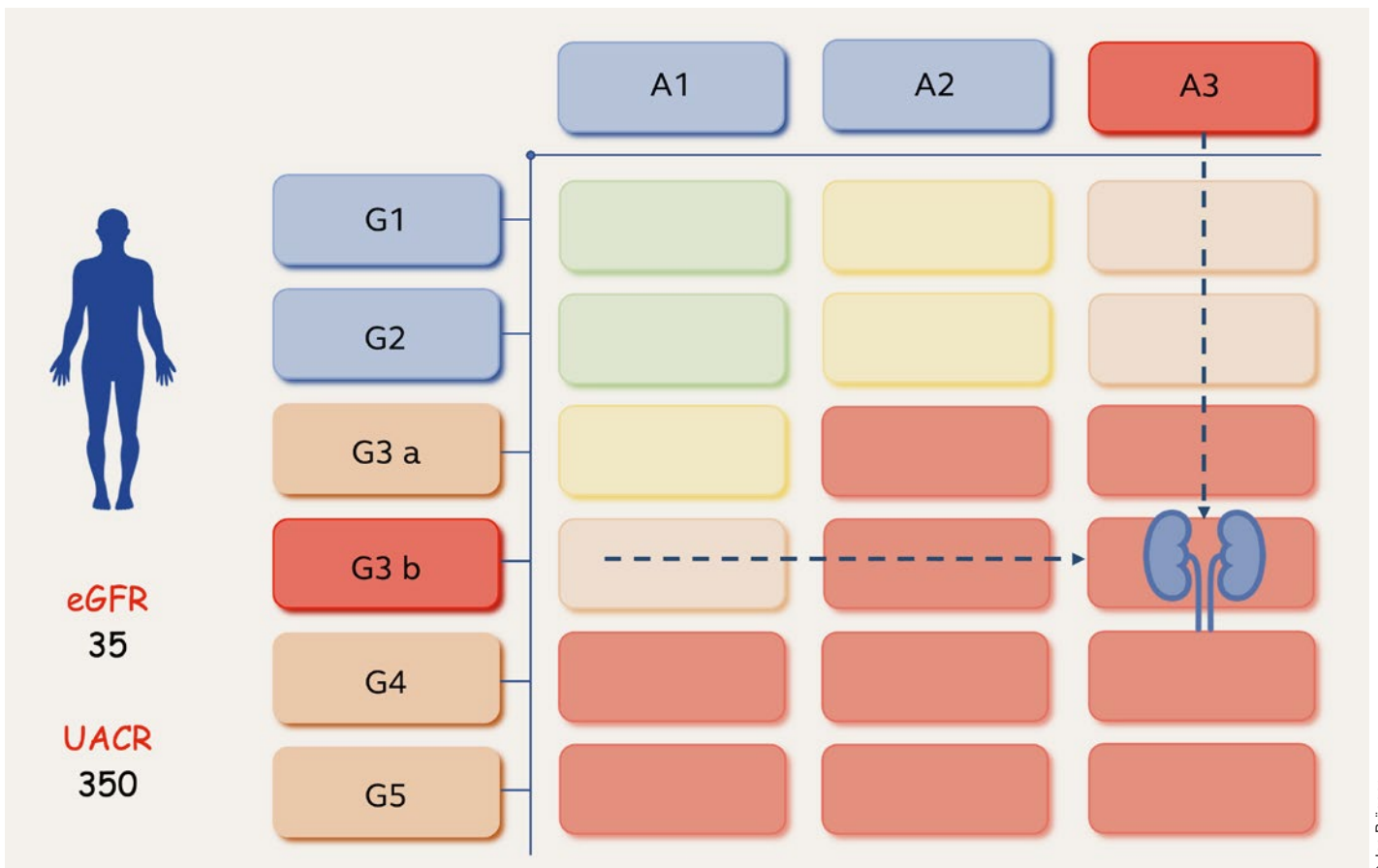


Figure 2: Exemple de patient présentant un DFGe de 35 ml/min/1,73m² et un ACR de 350 mg/g.

- **La ligne supérieure indique la valeur d'ACR:** Plus la valeur se trouve à gauche, mieux c'est. Cela signifie que peu d'albumine est détectable dans l'urine testée.

La carte thermique de l'IRC fonctionne selon le système des feux de signalisation:

- Vert signifie «continuer» car un risque nul ou faible de progression d'une maladie rénale chronique a été détecté.
- Jaune signifie «prudence» car le risque de détérioration progressive de la fonction rénale est accru.
- Rouge signifie «stop» car ces cases indiquent un risque accru de détérioration rapide de la maladie rénale chronique. Il faut agir.

Exemple de cas (figure 2): Une valeur de DFGe de 35 ml/min/1,73 m² est mesurée dans la sang, ce qui correspond à la case G3b de la colonne de gauche. À partir de là est tracée une ligne horizontale vers la droite. Une valeur d'ACR de 350 mg/g est mesurée dans l'urine, ce qui correspond à la case A3 de la ligne supérieure. Une ligne verticale est tracée vers le bas à partir de cet endroit. Dans cet exemple, les deux droites se croisent malheureusement dans une case rouge, ce qui indique un risque élevé et exige l'orientation vers un ou une néphrologue.

Que faire en cas de maladie rénale chronique?

Le DFGe ne peut guère être amélioré, mais peut être stabilisé. En revanche, l'ACR peut effectivement être amélioré.

Voici ce que peuvent faire les médecins de famille pour réduire le taux d'albumine dans l'urine et protéger les reins:

1. Recommandation et information concernant:
 - une alimentation saine,
 - suffisamment d'activité physique,
 - l'arrêt du tabagisme.
2. Éviter les médicaments néphrotoxiques et adapter le dosage des médicaments actuels à la fonction rénale.
3. Optimiser la pression artérielle et les taux de lipides.
4. Les médicaments contre le diabète et l'hypertension font baisser le taux d'albumine dans l'urine. Il existe en outre d'autres médicaments adaptés qui aident à stopper la détérioration de la fonction rénale et à protéger le cœur.

Quand référer au néphrologue?

- Insuffisance rénale aiguë (IRA) ou chute brutale et persistante du DFGe
- IRC d'origine inconnue
- DFGe < 30 ml/min/1,73 m²
- ACR systématiquement > 300 mg/g (30 mg/mmol)
- Progression de l'IRC/détérioration du DFGe de plus de 5 ml/min/1,73m²/an
- Microhématurie glomérulaire
- IRC et hypertension résistante
- Anomalies persistantes du potassium sérique
- Maladie rénale héréditaire
- Néphrolithiase récurrente ou étendue

Campagne de sensibilisation «Les reins souffrent en silence»

Une campagne de sensibilisation se déroule en Suisse depuis 2022 afin d'accroître la prise de conscience des maladies

rénales chroniques. La campagne «Les reins souffrent en silence» offre de nombreuses informations sur le tableau clinique, les facteurs de risque et les options thérapeutiques de l'insuffisance rénale. Outre le matériel d'information destiné aux patientes et patients, un domaine dédié aux professionnels de la santé, dans lequel de nombreuses brochures d'information utiles peuvent être téléchargées, est également disponible sur www.nieren-leiden-leise.ch/fr/.

Correspondance

[jan.bruegger\[at\]nephroamsee.ch](mailto:jan.bruegger[at]nephroamsee.ch)



Références

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



Dr méd. Jan Brügger

Médecin adjoint au centre Nephro am See – Praxis und Dialyse.

Médecine complémentaire: où en est la recherche?

Sciences Comme d'autres domaines de la recherche médicale, la médecine complémentaire repose sur des méthodes scientifiques reconnues. Deux experts évoquent leur expérience professionnelle et l'état actuel de la recherche basée sur les preuves en médecine complémentaire, notamment en médecine anthroposophique.

Leonie Dolder

Dr méd. Matthias Kröz, directeur du département de recherche et médecin adjoint en médecine du sommeil à la clinique anthroposophique d'Arlesheim, affirme: «La recherche dans le domaine de la médecine intégrative s'est considérablement développée ces dernières années. Le terme de médecine intégrative décrit l'utilisation combinée de la médecine conventionnelle et de la médecine complémentaire.» La médecine anthroposophique repose sur cette approche globale. Matthias Kröz ajoute: «Les moyens financiers à disposition pour les thérapies non pharmacologiques, souvent utilisées en médecine anthroposophique par exemple, sont malheureusement limités.» En comparaison, l'acupuncture fait l'objet de nombreuses recherches, par exemple pour le traitement des maladies allergiques, la thérapie de la douleur ou le contrôle des symptômes de nausées et de vomissements liés à une chimiothérapie.

À titre d'exemple pour la recherche sur les médicaments dans la médecine anthroposophique, il cite la thérapie au gui pour les patients atteints d'un cancer du pancréas. Des recherches sont actuellement réalisées sur une substance active végétale, le bryophyllum pinnatum, afin de soulager les personnes souffrant de symptômes d'anxiété, d'autres sont en cours sur les substances amères pour les troubles gastro-intestinaux fonctionnels.

La médecine translationnelle désigne la transformation des connaissances fondamentales de la recherche dans le domaine de la biologie médicale, en technologies et méthodes applicables à la pratique clinique. Elle s'assure que les stratégies éprouvées soient finalement appliquées au sein d'une population de patients. Le savoir généré par la recherche en laboratoire a donc une influence sur la pratique thérapeutique et, réciproquement, les connaissances scientifiques obtenues concernant l'efficacité chez le patient servent à de nouvelles recherches en laboratoire. La médecine intégrative repose souvent sur la médecine empirique, qui est ensuite étudiée et développée par des approches de recherche translationnelle.

Titulaire de la chaire de médecine complémentaire translationnelle à l'Université de Bâle, Prof. Dr Carsten Gründemann étudie lui aussi les concepts thérapeutiques médicaux

traditionnels en recourant aux méthodes classiques des sciences naturelles. «Les données disponibles dans ce domaine sont toujours meilleures et le réseau des chercheurs en médecine complémentaire, plus particulièrement en médecine anthroposophique, se développe; il devient plus interdisciplinaire et vivant.»

Au cours de ces dernières années, la recherche en médecine anthroposophique a connu une belle dynamique.

Recherche fondamentale appliquée

La médecine conventionnelle basée sur les preuves, ou médecine traditionnelle, mesure l'effet et l'efficacité d'un traitement sur la base des résultats d'études précliniques et d'études randomisées contrôlées. C'est également la méthode appliquée par les scientifiques dans le domaine de la médecine complémentaire translationnelle, souligne Prof. Gründemann: «Dans le cadre de notre recherche, nous étudions des concepts thérapeutiques, notamment issus de la phytothérapie et de la médecine anthroposophique, et nous nous intéressons au mode d'action des remèdes à base de plantes. Nous étudions également les différentes techniques d'extraction et de production pharmaceutiques et essayons de transposer l'ensemble de ces connaissances dans la pratique clinique.»

Ces dernières années, la recherche en médecine anthroposophique a connu une belle dynamique. «Il faut souligner ici les recherches sur le gui dans le domaine de l'oncologie, les analyses sur le bryophyllum en obstétrique et pour les affections psychiques ou encore les recherches sur une préparation à base de citron et de coing pour le traitement de la rhinite allergique», détaille Carsten Gründemann. Prof. Dr méd. Philipp Tarr, co-médecin-chef de la clinique médicale universitaire et responsable de l'infectiologie à l'Hôpital cantonal de Bâle-Campagne, confirme: «La recherche en médecine complémentaire est aujourd'hui plus que jamais essentielle. Car il



© Sippakorn Yamkaskorn / Dreamstime

Le bryophyllum pinnatum, une substance active végétale issue de la médecine anthroposophique, fait actuellement l'objet de recherches.

existe une demande dans ce domaine: 25 à 50% des personnes interrogées dans le cadre d'enquêtes menées en Suisse déclarent avoir recours à la médecine complémentaire. D'autre part, parce que les traitements de médecine conventionnelle sont d'une efficacité limitée ou ont des effets secondaires pour de nombreux troubles courants. Pensez aux troubles digestifs, aux troubles du sommeil, aux douleurs chroniques ou au rhume des foins sévère.»

La conviction dépend de nombreux facteurs

Les convictions individuelles, la personnalité, le type de médecine complémentaire et de troubles ainsi que les attentes du bénéficiaire déterminent entre autres si une personne est convaincue par la médecine complémentaire. «Lorsqu'il s'agit de convaincre, on peut notamment renvoyer à des méthodes thérapeutiques complémentaires prises en compte dans les lignes directrices», explique Matthias Kröz. «Dans cette perspective, l'intégration de méthodes thérapeutiques complémentaires dans les lignes directrices internationales de traitement, comme par exemple les thérapies basées sur la pleine conscience telles que le yoga et autres dans le domaine de l'oncologie pour le traitement de la fatigue liée aux tumeurs, ou l'acupuncture dans le traitement de la douleur en cas de maux de dos chroniques, montre que

la médecine complémentaire peut convaincre scientifiquement et qu'elle gagne également en importance à l'échelle internationale.»

En plus de la recherche fondamentale, Carsten Gründemann participe également à l'application et à la commercialisation des résultats de la recherche. Il souligne à ce sujet: «Il faudrait d'abord protéger certains acquis et certaines technologies par des brevets, afin de pouvoir continuer à faire de la recherche avec des ressources financières suffisantes. Nous souhaitons toutefois nous en détacher, car je pense que les connaissances doivent être ouvertes à tous.» L'objectif de sa recherche est de publier les résultats dans des revues scientifiques de renom dans les différentes disciplines. La sélection se fait ici selon la procédure d'évaluation par les pairs – comme c'est le cas dans les autres disciplines médicales.



Références

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

Sur le plan juridique, la pandémie n'est pas finie

Droit Si la pandémie de COVID-19 n'est plus une urgence de santé publique, elle continue d'avoir des répercussions juridiques. En Suisse, la jurisprudence du Tribunal fédéral encadrera les mesures étatiques lors de futures crises. Deux décisions importantes ont été rendues récemment, au sujet du dépistage obligatoire et de l'obligation vaccinale.

Mélanie Levy

Le Tribunal fédéral a traité le cas du canton du Tessin, dans lequel le personnel non vacciné des établissements de santé et des institutions sociales était soumis à des tests réguliers. Il reconnaît que cette obligation de dépistage crée une inégalité de traitement entre le personnel vacciné ou guéri et le personnel non vacciné et constitue une atteinte grave à la liberté personnelle et au droit au respect de la vie privée des personnes concernées. Toutefois, ces atteintes aux droits fondamentaux sont justifiées. La différence de traitement trouve sa justification dans la protection des personnes vulnérables séjournant dans ces établissements. Le Tribunal fédéral accorde aux autorités une certaine marge d'appréciation lorsqu'elles prennent des mesures en situation de crise sanitaire, étant donné que leurs décisions se basent souvent sur des connaissances scientifiques incomplètes et limitées. Lorsqu'il s'agit d'évaluer la proportionnalité d'une mesure, les autorités doivent viser un niveau de risque acceptable plutôt que de chercher à éliminer complètement. L'obligation de dépistage est une mesure adéquate et nécessaire pour gérer ce risque. De plus, cette approche a permis de prendre en compte la solidarité des soignants vaccinés envers les personnes vulnérables, tout en offrant une alternative au personnel non vacciné. Enfin, les personnes concernées n'étaient pas empêchées d'accéder à leur lieu de travail, mais elles devaient simplement se conformer à une obligation supplémentaire, qui était peu intrusive et gratuite.

Recours d'anciens militaires rejetés

Le Tribunal fédéral a rejeté les recours d'anciens militaires professionnels des forces spéciales de l'Armée suisse qui avaient été licenciés pour avoir refusé de se faire vacciner. L'obligation de vaccination et la menace de licenciement en cas de non-respect constituent une atteinte à la liberté personnelle des personnes concernées. Toutefois, dans ce cas spécifique, cette atteinte est justifiée considérant le lien juridique spécial auquel sont soumis les militaires professionnels, un lien qui leur impose – comme à tous les fonctionnaires –

un devoir de fidélité et des devoirs de fonction. L'obligation vaccinale a été mise en place pour garantir une disponibilité opérationnelle immédiate lors de missions à bref délai à l'étranger. Étant donné la nécessité de pouvoir déployer les intéressés à l'étranger, l'obligation vaccinale était proportionnée. Ainsi, la résiliation ordinaire des contrats de travail des personnes concernées repose sur des motifs objectivement suffisants. Bien que l'argumentation du Tribunal fédéral se concentre sur le statut spécial des militaires professionnels, certains parallèles peuvent être observés avec les professions médicales et de santé, notamment en ce qui concerne la fourniture de services essentiels et la capacité à travailler au pied levé en cas de besoin sanitaire.

Gardiens de l'État de droit

Le Tribunal fédéral a rendu d'autres décisions, confirmant l'obligation de porter le masque dans les écoles et les commerces et invalidant l'exigence de certificat COVID-19 pour l'enseignement en présentiel dans les hautes écoles en l'absence de tests de dépistage gratuits. De plus, la Cour européenne des droits de l'Homme a condamné la Suisse pour violation de la liberté de réunion. Cet éventail de cas montre que les tribunaux jouent un rôle crucial en tant que gardiens de l'État de droit, en veillant à ce que la nécessité de protéger la santé publique soit compatible avec le respect des libertés individuelles.



Prof. Dre Mélanie Levy

Professeure assistante et codirectrice de l'Institut de droit de la santé, Faculté de droit, Université de Neuchâtel. Directrice d'un projet de recherche FNS Eccellenza.



Sortir de sa zone de confort



Sven Streit

Prof. Dr méd. Dr phil.,
Institut de médecine de
famille de l'Université de
Berne, membre de l'Ad-
visory Board du Bulletin
des médecins suisses

En tant que médecin de famille, mon environnement professionnel est actuellement en proie à de profonds changements: les hôpitaux qui ferment, les services d'urgences à réinventer et les nombres maximaux de médecins de famille admis à pratiquer (car il semblerait qu'il y en ait trop) ne sont que quelques exemples. Je me suis résigné à accepter le fait que ma vie professionnelle est impactée par le manque de ressources et de personnel. Il me paraît donc d'autant plus important que les patients et leurs médecins aillent bien.

Les patients ont besoin de se sentir accueillis, ils ont besoin de temps, d'empathie, d'une oreille attentive et de calme pour qu'ensemble nous puissions choisir la meilleure option pour leur santé. En tant que médecin de famille, il faut savoir prendre du recul et élargir son horizon. J'ai donc décidé de participer au réseau SCIANA – The Health Leaders Network – dont la première rencontre s'est tenue à Salzbourg avec un groupe de dix-huit personnes en provenance de Grande-Bretagne, d'Allemagne et de Suisse qui se retrouveront quatre fois en tout dans cette ville. Entre les rencontres, chaque groupe travaille sur les défis qu'il s'est fixés.

En tant que médecin de famille et responsable des soins de premier recours interprofessionnels à l'Institut de médecine de famille de l'Université de Berne, je quitte mes «chantiers», qui ont souvent une histoire et dans lesquels tout changement va forcément amener son lot de résistances, pour me retrouver dans un environnement où le changement est la norme et la collaboration la condition nécessaire à l'émergence de nouvelles idées qui seront une source d'inspiration pour mes propres projets.

Notre groupe s'est donc retrouvé à Salzbourg sous la direction de la Prof. Ilona Kickbusch avec le soutien de trois fondations (en Suisse, il s'agissait de la fondation Careum). Dès le début de la rencontre, le ton était donné: «Enjoy being uncomfortable». Au cours des jours qui ont suivi, nous avons discuté de concepts visant à façonner la santé du futur. Nous avons vite

compris que ces changements se déroulent dans un système complexe, en pleine transformation sociale, marqué par l'insécurité qui s'accroît, la polarisation et une érosion de la confiance.

Afin de mieux comprendre ces enjeux complexes, un vétérinaire suisse nous a guidés dans la déconstruction de ce système pour en comprendre les rouages et découvrir les liens entre santé humaine, santé animale et santé planétaire (One Health). Cela m'a fait penser aux capteurs de température que nous utilisons pour nos archives et dont le fabricant nous a conseillé de changer les batteries tous les deux mois afin d'éviter tout risque de décharge et d'erreur dans l'indication de la température. Vous imaginez l'impact sur l'environnement si des milliers de cabinets médicaux changeaient leurs batteries au lithium-ion tous les deux mois pour mesurer la température avec une efficacité maximale?

Pour éviter de se perdre dans les détails, nous avons donc poursuivi et discuté des sujets qui nous semblaient essentiels dans cette approche One Health – une seule santé: notre force de travail, la compétence en santé et la transformation numérique. Nous continuons désormais à travailler par groupes pour trouver les leviers qui nous permettront de préparer au mieux les professionnels de santé aux défis à venir, de soutenir nos patients dans leur santé et leurs connaissances en matière de santé, et de nous engager dans une transformation numérique qui apporte une plus-value à toutes les personnes impliquées. Mais jusqu'à la prochaine rencontre, nous continuons à explorer la richesse de l'inconfort.

Toute personne qui aimerait élargir son horizon professionnel est invitée à participer à la prochaine cohorte. Les inscriptions sont ouvertes jusqu'au 30 juin 2023:
www.sciananetwork.org

22.06.2023 | 09.00–17.00 Uhr

Formation post-graduée en médecine physique et réadaptation réseau romand - RRMPPR

Séminaire pédagogique et de recherche

CHUV, Avenue Pierre-Decker 2, 1011 Lausanne, Suisse
 Kontakt: Monya Lehner Savioz
 ecs@crr-suva.ch

23.06.2023–24.06.2023

**BGGF/OEGGG Kongress 2023
Gemeinsamer Kongress der Bayerischen Gesellschaft für Geburtshilfe und Frauenheilkunde (BGGF) und der Österreichischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (OEGGG)**

Wissenschaftliche Sitzungen zu Allgemeine Gynäkologie, Gynäkologische Onkologie, Senologie, Geburtshilfe, Pränatalmedizin, Reproduktionsmedizin, Endokrinologie, Urogynäkologie, Berufspolitik

Congress Centrum Würzburg, Pleichertorstraße, 97070 Würzburg, Deutschland
 Kontakt: COCS GmbH - Congress Organisation C. Schäfer, München
 bggf@cocs.de

23.06.2023–24.06.2023

! ABGESAGT ! Angiologische Sommerakademie 2023

Angiologische Sommerakademie 2023

Tagungs- und Konferenzzentrum Ernst von Bergmann, Berliner Straße 62, 14467 Potsdam, Deutschland
 Kontakt: Information und Anmeldung: ÄrzteZentrale Med.Info
 azmedinfo@media.co.at

23.06.2023 | 09.00–17.30 Uhr

Autismus-Spektrum-Störungen bei Erwachsenen - Aufbaukurs

Aufbauend auf dem Kurs «Autismus-Spektrum-Störungen bei der Erwachsenen» der SGVT bietet dieser Kurs eine Vertiefung der Themen Diagnostik und Psychotherapie bei Autismus-Spektrum-Störungen (ASS) im Erwachsenenalter.

Kulturhaus Helferei, Kirchgasse 13, 8001 Zürich, Schweiz
 Kontakt: Chantal Engel
 info@sgvt-sstcc.ch

24.06.2023 | 09.30–18.00 Uhr

**Herbadonna Jubiläumsveranstaltung:
20 Jahre Phyto-Gyni-Netzwerk**

Das 20jährige Bestehen des Phyto-Gyni-Netzwerkes Herbadonna wird mit drei Workshops zu phytotherapeutischen Themen, einer Rückschau und einem Ausblick in die Zukunft begangen. Neben der Wissensvermittlung steht der fachliche Austausch im Fokus.

Landhaus, Landhausquai 4, 4500 Solothurn, Schweiz
 Kontakt: Beatrix Falch
 falc@zhaw.ch

24.06.2023 | 08.00–16.30 Uhr

Hamburger Herzkreislauftag 2023

Seien Sie herzlich zum Hamburger Herzkreislauftag am 24. Juni 2023 eingeladen. Der Hamburger Herzkreislauftag richtet sich an Alle die in Ihrem Alltag mit der Versorgung von Patienten mit Herzkreislauferkrankungen verantwortlich sind.

Bucerius Law School, Jungiusstraße 6, 20355 Hamburg, Deutschland
 Kontakt: wikonect GmbH
 info@wikonect.de

25.06.2023–28.06.2023

**20th Annual Scientific Sessions:
Cardiovascular disease in the metabolic syndrome**

Society for Heart and Vascular Metabolism (SHVM) 20th Annual Scientific Sessions: Cardiovascular disease in the metabolic syndrome: linking metabolism, inflammation and heart disease.

Das Weitzer Graz, Grieskai 12, 8020 Graz, Österreich
 Kontakt: Information und Sponsoring: MAW - Medizinische Ausstellungs- und Werbegesellschaft
 kardio@maw.co.at

29.06.2023–30.06.2023

Ausbildung für Begutachtung - Modul 4

Die modular aufgebaute Gutachterausbildung, die mit einem Zertifikat abschliesst, gliedert sich in 5 Kurse zu je 2 Tagen. Das Modul 1 muss als Erstes und das Modul 5 als Letztes besucht werden. Weitere Informationen finden Sie auf unserer Website.

ZOOM, Inselquai 12, 6005 Luzern, Schweiz
 Kontakt: Administrative Office Swiss Insurance Medicine
 info@swiss-insurance-medicine.ch

29.06.2023–01.07.2023

Kardiologie Kongress Innsbruck

Kongress Innsbruck, 6020 Innsbruck, Österreich
 Kontakt: Organisation: PCO Tyrol Congress
 kardiologie@cmi.at

29.06.2023–01.07.2023

**28. Jahreskongress der D-A-CH
Vereinigung für Schulter- und Ellenbogenchirurgie 2023**

Themen Rund um die aktuelle Schulter- und Ellenbogenchirurgie.

Congress Center Hamburg, 20357 Hamburg, Deutschland
 Kontakt: Intercongress GmbH
 welcome@intercongress.de

30.06.2023–01.07.2023

fresh up digital - Hausarztmedizin 2023

Was ist das Besondere am fresh up Hausarztmedizin?

Rein digitaler «state of the art» Refresher Kurs via Livestream mit Videos on-Demand.

Kontakt: wikonect GmbH
 info@wikonect.de

03.07.2023–07.07.2023

**37. Mediweek Sommerseminar-
woche Davos**

Die Sommerseminarwoche beinhaltet Referate zu aktuellen und praxisrelevanten Themen aus der Allgemeinen Inneren Medizin und ihren Spezialgebieten, Falldiskussionen, Ultraschallkurse sowie Workshops für und von Swiss Young Internists.

Davos Congress, Talstrasse 49a, 7270 Davos Platz, Schweiz
 Kontakt: Jennifer Rey
 jennifer.rey@davos.ch

**Votre manifestation manque?**Entrez-la sur events.emh.ch**Votre manifestation doit se démarquer?****Nous serons ravis de vous aider.**events@emh.ch