

PRIMARY AND HOSPITAL CARE

Le journal de médecine interne générale à l'hôpital et au cabinet médical

Numéro 10
4 octobre 2023



310 Stress somatique: guide pour
gérer sans stress les symptômes
psychovégétatifs

Daniel Imhof, Stefan Büchi, Julia Hennemann

300 Soins de santé en cas
de diagnostic psychiatrique

Flavio Coronado, Santana Despont,

304 Expériences des médecins
avec les portails d'évaluation

Julian Wangler, Michael Jansky

314 Directives sur le diabète
sucré de type 2

Amato Gianì, Stefan Schäfer, Beat Müller

La révolution d'octobre?



François Héritier
Président CMPPR

Octobre 23, mois d'élections, mois de révolution?

De quelle couleur sera notre automne parlementaire? Rose, noir, vert ou bleu? Chatoyant comme un été indien ou terne comme un matin brumeux?

Coloré comme les voyelles de Rimbaud ou triste comme un discours traditionaliste?

Sondages et tendances nous annoncent plutôt un statu quo conservateur.

Et dans la foulée, de quelle tendance sera notre ministre de la santé, successeur.e d'Alain Berset? Probablement socialiste, à en croire les analystes, puisque aucun.e autre Conseiller.e Fédéral.e ne semble vouloir changer de département.

Parlement de droite et ministre de la santé de gauche. Une opportunité pour les soins primaires? Ou une majorité de blocage pour toute réforme?

Pourtant, notre système de santé tousse et menace de s'éteindre. Pris dans l'étau de son financement, il ne peut pas requérir toujours plus d'argent dans un monde limité où les ressources ne sont pas extensibles à l'infini. Jusqu'à quand augmenterons-nous annuellement nos primes de caisse-maladie? Alors que faire, Madame ou Monsieur la.le nouvel.le Conseiller.e Fédéral.e?

Continuer de dépenser sans compter en attendant une solution technologique? Diminuer le gaspillage? Mieux répartir les moyens selon les besoins? Promouvoir enfin la santé autant que soigner les maladies?

Tout repenser: définir la santé – prioriser les besoins de soins – articuler tout le système autour d'équipes régionales interprofessionnelles autonomes, coordonnées par des médecins de famille – sortir de l'hospitalo-centrisme – piloter autoritairement la médecine de pointe – financer le tout plus équitablement par l'impôt et des taxes sur le capital et les industries polluantes et délétères.

Vaste programme... Et si l'on commençait par revaloriser les soins primaires, Monsieur le futur Conseiller National, Madame la future Conseillère aux États? Le Masterplan de M. Berset date un peu et nous avons besoin d'un nouvel élan pour assurer la relève en médecine de famille, surtout dans un nouveau système coordonné par des médecins de premier recours.

Former le nombre de médecins dont nous avons besoin sans épuiser le réservoir médical des pays voisins – supprimer le numerus clausus ou fixus – imprégner la formation universitaire de stages et de cours en médecine de premier recours – sortir la formation postgrade de l'hôpital et la rendre attractive en cabinet médical – faciliter l'installation dans des nouveaux modèles de soins avec des partenariats publics-privés – obtenir une rémunération supérieure à celle des autres spécialités médicales par un financement mixte, Tardoc et enveloppe d'intérêt général – garder la médecine au cœur de l'activité sans ingérence administrative excessive – financer ce plan avec 1% du budget de la santé.

Un rêve? Un rêve de révolution, de révolution d'octobre...

Pas tout à fait. Un groupe de travail réunissant toutes les sociétés de médecine de premier recours, mené par le CMPPR, planche actuellement sur un tel programme.

En attendant, allons quand même voter! Cherchons et soutenons les candidat.e.s au Parlement susceptibles d'approuver notre plan d'action!

Qui sait?



Responsabilité rédactionnelle

Dr méd. François Héritier
Collège de médecine de premier recours CMPPR
Rue de l'Hôpital 15
Case postale 592
CH-1701 Fribourg
francois.heritier[at]unisante.ch



310

289 **Éditorial: La révolution d'octobre?**
François Héritier

292 ACTUALITÉS

291 **En ce qui nous concerne**
EMH

292 **mfe: Les élections d'automne: Partie 2**

294 **SSMIG: Commission SwissDRG – engagement pour une meilleure rémunération des soins de base**

295 **SSMIG: La plateforme de connaissances myaim.ch sera désactivée au 31.12.2023**

296 RECHERCHE

296 **La mise en place d'une nouvelle génération de cadres pour le domaine suisse de la santé**
Andrea Martani, Agne Ulyte, Milo A. Puhani,
Rolf Heusser

300 DIDACTIQUE

300 **Accompagnement des soins somatiques des adultes avec un diagnostic psychiatrique connu**
Flavio Coronado, Santana Despont, Alessio Fiorito et al.

304 ARTICLE ORIGINAL

304 **Quelles sont les expériences des médecins de famille avec les portails d'évaluation des médecins?**
Julian Wangler, Michael Jansky

310 PERFECTIONNEMENT

310 **Stress somatique: guide pour gérer sans stress les symptômes psychosomatiques**
Daniel Imhof, Stefan Büchi, Julia Hennemann

314 **Directives sur le diabète sucré de type 2**
Amato Giani, Stefan Schäfer, Beat Müller

316 CASE REPORT

316 **Hypercalcémie due à?**
Diana Lehmann, Stephan Bauer, Helen Kovari,
Claude Cao

Impressum

Primary and Hospital Care

Organe officiel de la Société Suisse de Médecine Interne Générale SSMIG, de mfe Médecins de famille et de l'enfance Suisse, du Collège de Médecine de Premier Recours CMPR, de la pédiatrie suisse, de l'Académie Suisse de Médecine Psychosomatique et Psychosociale ASMPP, des Jeunes médecins de premier recours Suisses JHaS et des Swiss Young Internists SYI. 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 61 467 85 52, office@primary-hospital-care.ch, www.primary-hospital-care.ch.
Soumission de manuscrits en ligne: www.manuscriptmanager.net/phc

Rédaction scientifique: Prof. Dr méd. Stefan Neuner-Jehle, Zurich (rédacteur en chef); Prof. Dr méd. Thomas Dieterle, Arlesheim; Prof. Dr méd. Jacques Donzé, Neuchâtel; Dr méd. Moa Haller, Berne; Dr méd. Alexandra Rölli Odeermann, Berne; Dr méd. Alexandre Ronga, Lausanne; Dr méd. Manuel Schaub, Berne.
Responsabilité éditoriale de la rubrique de politique professionnelle «Actualités»: Sandra Hügli-Jost (mfe), Sascha Hardegger (SSMIG), Claudia Baeriswyl (SSP), Dr méd. François Héritier (CMPR), PD Dr méd. Niklaus Egloff (ASMPP), Dr méd. Regula Kronenberg (JHaS), PD Dr méd. Tobias Tritschler (SYI).

Rédaction interne à la maison d'édition: Jasmin Hell (managing editor); Caroline Murphy (assistante de rédaction).

ISSN: version imprimée: 2297-7171 / version en ligne: 2297-721X. Paraît tous les mois.

© EMH Editions médicales suisses SA (EMH), 2023. «Primary and Hospital Care est une publication 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 Editions médicales suisses SA, Farnsburgerstrasse 8, 4132 Muttenz.
Tél. +41 61 467 85 55, www.emh.ch

Annonces: Philipp Lutzer, Tél. +41 61 467 85 05, philipp.lutzer@emh.ch

Abonnements: Service à la clientèle EMH, abo@emh.ch, +41 61 467 85 45

Remarque: Toutes les données publiées dans ce journal ont été vérifiées avec le plus grand soin. Les publications signées du nom des auteurs reflètent avant tout l'opinion de ces derniers, pas forcément celle de la rédaction. 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: © Sitthiphong Thadakun | Dreamstime

En ce qui nous concerne

Avec ce numéro de «Primary and Hospital Care», le site Internet de la publication se présente sous un nouveau jour. Vous y trouverez – comme d’habitude – le numéro actuel, des archives complètes sur des thèmes de médecine interne, mais aussi des directives pour les auteurs, des modèles d’articles et des informations sur la rédaction.

Mais «Primary and Hospital Care» fait désormais aussi partie du Swiss Health Web. Sur le Swiss Health Web, vous trouverez une multitude d’autres contenus et services dans la qualité EMH qui vous est familière. En plus d’une archive de plus de 50 000 articles, les contenus du Swiss Health Web peuvent également être consultés de manière personnalisée en fonction des intérêts spécifiques de chaque discipline. Les contenus relatifs aux développements actuels dans leurs domaines de spécialisation sont complétés par des actualités quotidiennes du système de santé suisse.

A cela s’ajoute un vaste calendrier d’événements qui facilite la planification de votre formation continue et postgradué individuelle. En outre, vous bénéficiez d’un accès illimité à un large choix de guidelines et d’informations importantes sur les médicaments autorisés en Suisse.

En collaboration avec les médecins des rédactions spécialisées EMH, l’offre sur le Swiss Health Web est évaluée en permanence, adaptée aux besoins du corps médical et élargie. L’objectif: vous soutenir au mieux dans votre travail quotidien grâce à la plateforme de médias et de services Swiss Health Web.

Intégrez le Swiss Health Web dans votre travail quotidien et inscrivez-vous sur la plate-forme.



Les Suisses élisent un nouveau Parlement

Les élections d'automne: Partie 2

Le 22 octobre, les Suisses éliront un nouveau Parlement. Un scrutin décisif pour les orientations politiques des quatre prochaines années. En tant qu'association professionnelle et politique des médecins de famille et de l'enfance, nous suivons de près ces élections, car ce Parlement sera amené à prendre des mesures de santé publique d'une grande importance et qui nous concernent au premier chef. Barèmes de soins, prévention, tabac et, bien sûr, pénurie de médecins de famille et de pédiatres: autant de questions qui vont beaucoup nous occuper dans les mois et années à venir. Sans oublier que d'autres sujets ne manqueront pas de s'inventer.

Nous vous proposons donc de courts entretiens avec «nos» candidats issus du corps médical. Notre association formule également des recommandations électorales non partisans. Nous, médecins de famille et de l'enfance, avons besoin de parlementaires engagés au niveau fédéral et dans les cantons. La voix des professions médicales, et la nôtre en particulier, doit être relayée par une représentation directe au Parlement. Il est par ailleurs dans notre propre intérêt de connaître les membres du Parlement capables non seulement de parler de santé, mais aussi de déployer une véritable expertise.

Nous vous invitons donc à soutenir nos candidats. Tous nos vœux de succès aux médecins engagés en politique!

Raoul Furlano**Quelles sont vos priorités politiques?**

Santé publique – évolution démographique – changement climatique.

Avez-vous déjà fait de la politique de santé dans le canton, si oui sur quels thèmes?

Oui, en tant que membre et vice-président de la commission parlementaire cantonale de la santé, mais aussi au sein de mon parti, je m'occupe depuis des années de questions relatives au système de santé et j'ai déposé de nombreuses interventions sur ce thème, dont certaines ont été mises en œuvre avec succès.

D'après vous, à quelles questions de santé publique le Parlement national devrait-il s'intéresser davantage?

Les coûts de la santé et la maîtrise de ces coûts, mais aussi la pénurie de personnel qua-

lifié et la difficile mise en œuvre de l'initiative sur les soins infirmiers. La biodiversité, également dans le sens du bien-être de l'humanité, me tient à cœur et ne bénéficie pas, à mon avis, de suffisamment d'attention.

Comment le pouvoir politique peut-il et doit-il renforcer l'offre de soins de base et quels sont les meilleurs atouts pour cela?

- Les responsables politiques peuvent allouer davantage de moyens à notre système de santé afin de renforcer les infrastructures et les ressources humaines.
- Créer des incitations pour que les médecins et le personnel médical s'installent et travaillent dans les régions où la couverture en soins est insuffisante.
- Promotion de la télémédecine et des solutions de santé numériques.
- Collaboration plus étroite avec les prestataires de soins privés.
- Améliorer les compétences en matière de santé de la population afin que les gens puissent prendre des décisions mieux informées sur leur santé.

Quelle est votre «recette pour une Suisse en bonne santé» personnelle? Pour quoi souhaitez-vous vous engager en particulier?

- L'évolution démographique a des répercussions sur les systèmes de retraite, les soins de santé et les conditions du marché du travail. Grâce à ma bonne connaissance des systèmes de santé possibles et à mon réseau avec les parties prenantes, je veux contribuer à rendre notre système de santé suisse plus innovant et moins cher.
- Maintenir et continuer à renforcer le pôle de recherche et d'innovation de Bâle et faire comprendre à nos collègues siégeant dans les Conseils qu'il ne s'agit pas ici d'intérêts particuliers cantonaux, mais d'un acte de portée nationale et internationale.

mfe s'engage pour les revendications des médecins de famille et de l'enfance – quels sont les plus grands défis politiques pour votre parti au cours de la prochaine législature?

Réduire les coûts du système de santé, tout en résolvant la tâche herculéenne de ne pas compromettre la qualité et surtout de ne pas risquer de tomber dans une médecine à deux vitesses avec des «budgets globaux».

Pourquoi les lecteurs de PHC devraient-ils vous donner leur voix?

- Parce qu'en tant que médecin (catégorie professionnelle nettement sous-représentée au Parlement) et homme politique, j'apporte une grande expérience pratique et je m'engage depuis longtemps en politique.
- Parce que je suis prêt à servir la société, qui m'a beaucoup donné dans ma vie, et à promouvoir le bien commun.
- Parce que j'aimerais exercer une influence directe sur les décisions et les développements politiques nationaux en apportant mes idées et mes conceptions à la politique.

Question joker: À votre avis, qui devrait prendre la tête du DFI et donc être responsable de la santé publique au Conseil fédéral?**Prof. Dr méd. Raoul Furlano**

Je suis marié et père de deux enfants adultes. Je suis né à Bâle, où je vis aujourd'hui. J'ai vécu et suivi ma formation postgraduée pendant quatre ans à l'étranger (États-Unis/Royaume-Uni). En plus de ma profession de pédiatre (responsable de la gastroentérologie et de la nutrition pédiatriques à l'Hôpital universitaire pédiatrique des deux Bâle, UKBB) et de chargé de cours (Université de Bâle): engagements bénévoles dans des fondations, des associations, des associations professionnelles et des institutions, député élu au Grand Conseil du Liberal-Demokratischen Partei Basel-Stadt et président de groupe, vice-président de la Commission de la santé de Bâle, membre de la sous-commission «Climat». Sens de la famille. Caractère: ouvert, accessible, bien organisé, droit, honnête, posé, habitué à travailler dur et beaucoup.

Là aussi, je sors mon joker et donne une réponse diplomatique: le/la conseiller(ère) fédéral(e) élu(e) doit être en mesure de défendre les intérêts du pays et d'assumer consciencieusement ses responsabilités pour le DFI et la politique de santé. Une tâche difficile, les personnes compétentes sont rares.

Pierre-Alain Fridez

Quelles sont vos priorités politiques?

Membre de la commission de politique de sécurité du Conseil national, je suis devenu l'un des spécialistes de ce domaine au sein de mon parti. Je cherche à faire évoluer les questions de sécurité vers la prise en compte prioritaire des risques d'aujourd'hui pour la Suisse (cyber, terrorisme, criminalité, événements extrêmes en lien avec le changement climatique), surtout en faveur de la protection de la population, étant entendu que personne ne va aujourd'hui et demain envahir la Suisse, notre situation géographique au milieu du dispositif de l'OTAN nous offrant une protection objective. Je suis également membre de l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe, où je m'occupe de questions migratoires et de santé. J'ai présidé la commission des migrations en 2020 et 2021, et je continue mon travail de défense des enfants migrants non accompagnés et plus globalement d'une politique migratoire plus digne et ouverte dans les différents pays européens. En ce qui concerne la santé, je suis un défenseur déterminé de la caisse unique, d'une politique active en termes de promotion de la santé, et je suis à l'origine de la motion qui a fait reconnaître le remboursement des frais des traitements des pédicures-podologues pour les patients diabétiques.

Avez-vous déjà fait de la politique de santé dans le canton, si oui sur quels thèmes?

Je me suis engagé comme député dans la réforme hospitalière cantonale de l'époque en faveur du maintien de soins de proximité. Membre de la commission de la santé, j'ai notamment œuvré à la reconnaissance de l'ostéopathie dans le Jura.

D'après vous, à quelles questions de santé publique le Parlement national devrait-il s'intéresser davantage?

Le poids intolérable des primes de caisse-maladie pour une part croissante de la population, le système des primes par tête étant à bout de souffle. D'autre part un véritable soutien à la médecine de premier recours. Des mots oui ... mais les actes peinent à atteindre le stade de la concrétisation. C'est pourtant un levier essen-

tiel pour contenir les coûts, assurer une médecine de proximité et répondre au défi majeur du vieillissement de la population.

Comment la politique peut-elle et doit-elle renforcer les soins médicaux de base et où se trouvent les plus grandes chances d'y parvenir?

La médecine de premier recours doit devenir le socle de base de prise en charge de la population, reposant sur des médecins généralistes bien formés, déchargés de pressions administratives chronophages, correctement rémunérés, en collaboration directe avec un maillage du territoire par des hôpitaux de proximité, aptes à soigner le courant, l'essentiel, les soins gériatriques étant appelés à devenir leur principale source d'activité. Le compliqué, le spécial, devra être réservé à un nombre limité d'hôpitaux très spécialisés.

Quelle est votre «recette pour une Suisse en bonne santé» personnelle? Pour quoi souhaitez-vous vous engager en particulier?

Une Suisse terre de justice sociale, avec un filet social fort et une médecine qui restera humaine et basé sur le relationnel, avec une grande place pour la prévention.

mfe s'engage pour les revendications des médecins de famille et de l'enfance – quels sont les plus grands défis politiques pour votre parti au cours de la prochaine législature?

Aujourd'hui le système du financement de la LAMal, basé sur une prime par tête, un véritable im-pôt injuste car égal pour toutes et tous, sans tenir compte du revenu, est devenu insupportable et ampute une part toujours plus importante du pouvoir d'achat d'une grande partie de la population: c'est aujourd'hui une priorité pour le parti socialiste. Avec l'introduction d'une caisse unique, le système actuel représentant une pseudo-concurrence qui empêche de disposer de primes en phase avec l'augmentation réelle des coûts, nécessite de grandes réserves et ne permet pas une véritable politique de prévention. Autre point essentiel: la nécessité de créer les conditions cadre permettant d'assurer une véritable relève médicale à l'avenir...

Pourquoi les lecteurs de PHC devraient-ils vous donner leur voix?

En soutenant ma candidature, ils voteraient pour quelqu'un qui connaît et comprend leurs problèmes, mais également pour quelqu'un qui privilégie toujours l'aspect social et humain dans toute problématique.

Dr méd. Pierre-Alain Fridez, Conseil national, PSS, Jura



Né à Moutier en 1957, j'ai passé mon enfance à Courrendlin. Après le lycée à Porrentruy, j'ai fréquenté les cours de la Faculté de médecine de l'Université de Lausanne (1976-1982). Diplôme fédéral de médecin en décembre 1982. Formation post-graduée de médecin généraliste avec des stages au CHUV (gynécologie-obstétrique), à l'Hôpital de Gimel (psychogériatrie), et dans les hôpitaux régionaux de Delémont (médecine interne) et Porrentruy (chirurgie, orthopédie, médecine interne et pédiatrie).

Ouverture de mon cabinet de médecine générale à Fontenais (JU) fin 1988. Depuis 1988 également, médecin répondant du Foyer les Fontenattes à Boncourt, institution pour personnes handicapées mentales adultes. Formation en homéopathie uniciste.

Depuis 1996, activité politique (maire de Fontenais 12 ans, puis député au Parlement jurassien dès 1999, au total 9 ans, puis conseiller national dès 2011) en parallèle avec mon travail de médecin que je compte poursuivre encore quelques années.

Je suis marié, père de 4 enfants et l'heureux grand-père de 3 petits-enfants. Je suis membre du parti socialiste depuis 1996.

Question joker: À votre avis, qui devrait prendre la tête du DFI?

Mon amie Elisabeth Baume-Schneider évidemment, une ancienne assistance sociale dont les qualités humaines et le pragmatisme bienveillant ne sont plus à démontrer.

Responsabilité rédactionnelle

Sandra Hügli-Jost
Responsable communication
mfe – Médecins de famille
et de l'enfance Suisse
Secrétariat général
Effingerstrasse 2
CH-3011 Berne
sandra.huegli[at]medecinsdefamille.ch



© Everythingpossible | Dreamstime

Actualités

Commission SwissDRG – engagement pour une meilleure rémunération des soins de base

La commission SwissDRG a pour mission d'assurer une indemnisation financière équitable et conforme aux prestations pour les patientes et patients hospitalisés relevant de la médecine interne générale. Après avoir procédé à une analyse de la situation, le poste de déléguée SwissDRG de la SSMIG a pu être repourvu par notre collègue médecin Linda Meier, et il règne un nouvel élan au sein de la commission SwissDRG.

L'objectif premier de la commission SwissDRG est de détecter les insuffisances financières pour les cas médicaux stationnaires et d'élaborer des solutions. Ces dernières années, environ deux douzaines de demandes SwissDRG ont été déposées chaque année, et ce sur la base de plus de 500 000 jeux de données annuels mis à disposition par les hôpitaux suisses participants. La commission SwissDRG contribue à leur analyse et à l'élaboration de solutions

possibles qui soient médicalement cohérentes et qui ne créent pas d'incitations inopportunes sur le plan qualitatif, afin d'optimiser ainsi le système des DRG.

Une attention particulière est accordée aux patientes et patients multimorbides, car pour ce groupe, les prestations et les traitements sont souvent sous-couverts dans le système des forfaits par cas. De nouvelles approches sont actuellement élaborées pour

lutter contre le sous-financement, non seulement par le biais de la procédure de demande, mais aussi par des informations et des publications régulières sur les fonctions de SwissDRG et les relations entre l'indemnisation financière, la qualité de la documentation et la pose des diagnostics. Les membres de la SSMIG doivent avoir la possibilité d'élargir leurs connaissances sur SwissDRG grâce à des informations ciblées.

Portail de données pratique mis à disposition – la collecte de données va bientôt commencer

Pour les analyses, la commission et la déléguée SwissDRG ont besoin des données des hôpitaux. Un nouvel outil d'évaluation moderne et plus performant permet désormais une analyse plus approfondie des données hospitalières anonymisées, et la collecte des données pourra bientôt commencer. Désormais, dans un souci de simplification, un portail de données pratique sera mis à la disposition des hôpitaux afin

L'objectif premier de la commission SwissDRG est de détecter les insuffisances financières pour les cas médicaux stationnaires et d'élaborer des solutions.

qu'ils puissent y déposer leurs données OFS et leurs données de coûts en quelques étapes seulement et en toute sécurité. Les données sont nécessaires à la déléguée SwissDRG pour pouvoir élaborer des demandes d'optimisation du système SwissDRG. En fournissant les données de votre hôpital, vous soutenez les évaluations interhospitalières et permettez ainsi à la SSMIG de veiller à une meilleure rémunération des soins de base dans l'intérêt de toutes et tous.

Les nouveaux membres sont les bienvenus

La commission est ouverte aux membres intéressés par les DRG, en particulier aux médecins-cadres cliniciennes et cliniciens et aux responsables DRG des cliniques. Les personnes intéressées peuvent s'adresser à la déléguée SwissDRG.

De votre point de vue, y a-t-il des inputs à apporter et des points problématiques dans le système SwissDRG? N'hésitez pas à nous contacter. La commission DRG se réjouit des nouvelles possibilités de développement du système SwissDRG.

Les membres de la commission SwissDRG en un clin d'œil

- Dr méd. Lars Clarfeld, secrétaire général de la SSMIG (président de la commission)
- Dr méd. Linda Meier, déléguée SwissDRG de la SSMIG
- Dr méd. Thomas Beck

- Prof. Dr méd. Jacques Donzé
- Prof. Dr méd. Jörg Leuppi
- Dr méd. Georg Mang
- Prof. Dr méd. Alain Rudiger

Pour toute question ou suggestion sur le thème SwissDRG

Linda Meier, déléguée SwissDRG de la SSMIG, Monbijoustrasse 43, 3001 Berne, Téléphone: +41 (0) 31 370 40 16, E-mail: linda.meier[at]sgaim.ch

Responsabilité rédactionnelle

Sascha Hardegger
Responsable communication / marketing
Société Suisse de Médecine Interne Générale (SSMIG)
Monbijoustrasse 43
Postfach
CH-3001 Berne
sascha.hardegger[at]sgaim.ch

Erratum

Objet: SSMIG. La SSMIG publie les traitements inappropriés dans le contexte hospitalier. Prim Hosp Care | 2023;23(9):261–262.

Dans le numéro 9/2023 de PHC, une erreur regrettable s'est glissée dans l'article français «La SSMIG publie les traitements inappropriés dans le contexte hospitalier». Dans l'encadré «Les cinq recommandations en un coup d'œil», la 2^{ème} recommandation «Ne pas mesurer systématiquement la protéine C-réactive (CRP) et les leucocytes pour suivre l'évolution d'une infection.» est remplacée par «Ne pas prescrire d'antibiotique lors de la découverte isolée d'une Protéine C-réactive (CRP) ou d'une Procalcitonine (PCT) élevée.» et la 5^{ème} recommandation «Ne pas maintenir une saturation capillaire en oxygène de 94% ou plus chez les patient.e.s médicaux aigus nécessitant une oxygénothérapie.» est remplacée par «Ne pas administrer d'oxygène pour maintenir une saturation capillaire en oxygène de 94% ou plus chez les patients médicaux aigus.»

L'erreur a été corrigée dans le numéro en ligne et le PDF.

Nous nous excusons pour l'erreur dans la version imprimée.

Numérisation

La plateforme de connaissances my-aim.ch sera désactivée au 31.12.2023

La plateforme de connaissances my-aim.ch sera désactivée à la fin de l'année 2023, après huit ans d'exploitation. Les contenus de my-aim.ch seront intégrés au site internet existant de la Société Suisse de Médecine Interne Générale (SSMIG). Le transfert des contenus doit être achevé au 1^{er} novembre 2023.

Il y a environ huit ans, la plateforme en ligne my-aim.ch a été lancée par une équipe dirigée par le Prof. Dr méd. Sven Streit. Son objectif était de fournir aux futurs médecins spécialistes en médecine interne générale des informations utiles pour leur carrière sur les thèmes «Basics», «Career», «Science» et «Events». Durant cette période, une rédaction composée de médecins assistants et de médecins spécialistes en médecine interne générale, issus d'hôpitaux et de cabinets médicaux, a régulièrement remanié les contenus et les a actualisés en étroite collaboration avec les sociétés de discipline médicale de la SSMIG, avec la FMH, avec l'ISFM ainsi qu'avec les instituts de médecine de famille.

Pour des raisons de clarté, les contenus de my-aim.ch seront intégrés au site internet de la SSMIG au 1er novembre 2023. Au 31.12.2023, my-aim.ch sera désactivée. Les personnes intéressées qui souhaiteront visiter la plateforme à partir de 2024 seront automatiquement redirigées vers le site internet de la SSMIG

Le Dr méd. Insa Koné, co-rédactrice en chef de my-aim.ch, déclare: «L'équipe de rédaction et moi-même remercions chaleureusement les sponsors financiers de la SSMIG et de la Société des Médecins du Canton de Berne, ainsi que tous nos autres soutiens. Après huit années d'existence de myAIM, cette désactivation nous attriste, mais je suis convaincue que les utilisatrices et utilisateurs profiteront finalement de cette décision, car les informations seront désormais accessibles de façon centralisée sur le site internet de la SSMIG.»

Responsabilité rédactionnelle

Sascha Hardegger
Responsable communication / marketing
Société Suisse de Médecine Interne Générale (SSMIG)
Monbijoustrasse 43
Case postale
CH-3001 Berne
sascha.hardegger[at]sgaim.ch

Projets du Programme national de recherche 74 «Smarter Health Care»

La mise en place d'une nouvelle génération de cadres pour le domaine suisse de la santé

Dans le cadre du Programme national de recherche 74 «Smarter Health Care», un programme de leadership a été développé pour les chercheurs talentueux de la relève («Emerging Health Care Leaders Program»), avec pour objectif le développement d'une communauté bien formée et bien intégrée de futurs cadres dans le domaine de la santé. Le présent article décrit les activités et résultats de ce programme et souligne la valeur ajoutée de telles initiatives pour le domaine suisse de la santé.

Andrea Martani^a, Agne Ulyte^b, Milo A. Puhan^c, Rolf Heusser^c

^aInstitute for Biomedical Ethics, University of Basel, Basel, Switzerland; ^bDepartment of Health Care Policy, Harvard Medical School, Boston, Massachusetts, USA;

^cEpidemiology, Biostatistics and Prevention Institute (EBPI), University of Zurich (UZH), Zurich, Switzerland

Contexte

Le Fonds national suisse (FNS) organise régulièrement des programmes nationaux de recherche (PNR) pour promouvoir la recherche interdisciplinaire orientée sur les solutions. Le PNR 74 avait trois objectifs centraux:

- Générer des preuves scientifiques pour un meilleur traitement des personnes atteintes de maladies chroniques
- Améliorer la situation des données en Suisse
- Promouvoir la mise en place d'une communauté de recherche dans le domaine des soins [1]

Le troisième objectif était particulièrement important dans la mesure où une communauté bien structurée et coordonnée de recherche en soins est utile non seulement pour formuler de nouveaux projets à l'avenir, mais aussi pour assurer que les résultats de la recherche actuelle se répercutent sur la clinique et sur la politique. Cela prend plus de temps qu'un PNR et demande des aptitudes dépassant

la seule science (par ex. compétences en matière de communication, capacités à la négociation). En effet, la littérature a déjà montré que le Leadership Training dans le domaine de la santé est très important [2]. La pandémie de COVID-19 a également montré clairement la pertinence de la promotion de nouveaux cadres dans le domaine de la santé [3]. Parallèlement, une recherche récente sur l'interaction entre la recherche scientifique et la politique en Suisse a montré que les chercheurs peuvent améliorer le dialogue avec les «policymakers» et que cela implique le développement de la confiance et de la compréhension mutuelle [4].

Pour ces raisons, le programme Emerging Health Care Leaders (EHCL) a été lancé dans le cadre du PNR 74. L'EHCL est «un programme de promotion innovant pour les chercheurs de la relève (doctorants, postdocs et médecins-assistants)». Son objectif est de «transmettre le bagage nécessaire aux futurs cadres dans le domaine suisse de la santé» [5]. Dans ce court article, nous décrivons l'ap-

Série: Projets du Programme national de recherche 74 «Smarter Health Care»

Le présent texte décrit l'offre de formation postgraduée «Emerging Health Care Leaders» (EHCL), un programme innovant pour les chercheurs de la relève (doctorants, postdocs et médecins-assistants) actifs dans le cadre du PNR 74. L'objectif de ce programme du Fonds national suisse comportant 34 projets soutenus est de poser les bases scientifiques pour des soins de santé de qualité, durables et «intelligents» en Suisse.

Informations: nfp74.ch



Smarter Health Care
National Research Programme

proche méthodologique du programme et les principaux résultats des deux axes centraux de l'EHCL: Leadership Training et Community Building.

Approche méthodologique

L'EHCL a été conçu pour tous les chercheurs de la relève actifs dans le cadre du PNR 74. La participation était basée sur le volontariat et gratuite, car le programme remboursait les frais de participation aux différentes activités (voir plus bas). Au total, 57 chercheurs de la relève issus de toutes les régions linguistiques de Suisse ont été recrutés. La majorité d'entre eux étaient des doctorants (65% de doctorants, 14% de postdocs, 21% d'autres chercheurs, par ex. des collaborateurs scientifiques). La majorité des participants étaient des femmes (72%). Un vaste spectre de parcours scientifiques différents était représenté (physique, sciences moléculaires, biologie, médecine, psychologie clinique, soins, économie, jurisprudence, pédagogie, sciences politiques).

Le programme se composait de séries de manifestations axées sur cinq domaines thématiques:

- Self-Competence/Leadership
- Professional Competences
- Soft Skills
- Knowledge-Transfer-Skills
- Social Competences dans l'environnement de travail

En ce qui concerne le format, les manifestations avaient des durées et des méthodes pédagogiques différentes mais partageaient les caractéristiques suivantes:

Premièrement, elles suivaient les principes de la formation des adultes, et deuxièmement, elles comprenaient toujours des parties dans lesquelles les participants pouvaient interagir entre eux et développer un sentiment de communauté. Alors qu'au début de l'EHCL l'organisation, le thème et l'articulation des manifestations étaient généralement déterminés par les coordinateurs EHCL en collaboration avec le comité de pilotage du PNR 74, les participants à l'EHCL ont progressivement été impliqués avec le temps, par exemple dans le choix des thématiques, dans l'invitation des intervenants et intervenantes, et dans l'organisation des activités. En outre, un congrès à huis clos de deux jours s'est tenu chaque année dans les différentes régions de Suisse, lors duquel les participants ont pu développer un sentiment de communauté et approfondir la collaboration entre eux. Enfin, un mentorat ad hoc a été proposé; un élément considéré comme décisif pour le développement des compétences en matière de leadership [6].

Résultats: Leadership Training et Community Building

Concrètement, l'EHCL a conduit à l'établissement d'une nouvelle cohorte de chercheurs de la relève en tant que cadres pour le domaine suisse de la santé. Cet objectif a été atteint car les participants ont développé une panoplie de compétences reconnues en leadership grâce à une formation de plusieurs années, car ils ont créé une communauté établie capable non seulement d'élaborer de nouveaux projets de recherche en soins de santé, mais aussi de dialoguer avec les politiques et de collaborer avec les parties prenantes issues de la pratique.

Dans le cadre du Leadership Training, le programme EHCL a mené plus de 40 ateliers entre 2018 et 2022. Ces ateliers traitaient de nombreux thèmes différents, notamment Leadership vs Management, Teambuilding, négociation réussie, gestion des conflits, Personal Branding, des preuves à la politique, gestion du domaine politique au niveau national et cantonal, communications avec les personnages politiques, lobbying politique, présentation et rhétorique, courrier à l'attention d'un public académique et d'un public profane, Grant Proposal Writing, gestion des médias, inclusion des réseaux sociaux dans la communication de la santé, comportement en visioconférence, gestion de projet appliquée, budgétisation, ou encore constitution d'un réseau. Chaque atelier se terminait par un petit événement social afin de pouvoir également favoriser le Community Building (voir ci-après).

La liste de l'ensemble des activités et une évaluation des effets sur les participants a été publiée dans un rapport de synthèse du PNR 74 [7]. La participation régulière au Leadership Training a été confirmée par un certificat signé par le FNS et le PNR 74. Une autre preuve de l'effet du Leadership Training se manifeste également dans le fait que les participants à l'EHCL ont été sélectionnés par le comité de pilotage du PNR 74 pour participer à la rédaction de rapports thématiques pour l'ensemble du PNR 74.

Certains des résultats les plus marquants de l'EHCL ont vu le jour dans le domaine du Community Building. L'engagement régulier des «EHCLScholars» dans les ateliers et les activités sociales a permis de développer une confiance croissante: dans un premier temps, les participants à l'EHCL ont fait connaissance et échangé leurs expertises, puis ils ont commencé à développer des idées ensemble, et enfin ils ont réalisé des projets en commun. Par exemple, différents participants à l'EHCL ont pris part à un projet portant sur les répercussions du COVID-19 sur les soins médicaux de base [8], tandis que d'autres ont travaillé ensemble sur une publication identifiant et ana-

lysant les tendances d'avenir dans le domaine des soins de santé en Suisse [9]. Dans le rapport susmentionné [7], il a été décrit en détails comment les participants à l'EHCL ont développé leur réseau professionnel, comment ils ont approfondi leurs relations formelles et informelles avec d'autres participants, et comment est né un sentiment de communauté durable [10]. Le même rapport mentionne également comment cette communauté s'est engagée pour un dialogue avec la politique et la pratique, notamment grâce au fait que différents participants à l'EHCL ont développé des activités de transfert de connaissance.

Conclusions et perspectives d'avenir

L'initiative EHCL s'est avérée être un programme de promotion innovant et tourné vers l'avenir pour les chercheurs de la relève. Ceux-ci ont acquis avec succès des compétences en matière de leadership dans le cadre d'un programme de formation. En outre, une communauté intégrée et digne de confiance composée de jeunes chercheurs dans le domaine de la santé a vu le jour; elle se présente soudée et peut prendre part aux futures discussions de plus en plus importantes entre la politique et la pratique.

Il n'existe que peu d'initiatives de ce genre dans le monde: au Canada, les Emerging Health Leaders sont une «initiative Grassroots» ayant créé un réseau de professionnels de santé souhaitant se perfectionner dans le domaine du leadership [11]; en Australie, l'«Academy for Emerging Leaders in Patient Safety» réunit chaque année des professionnels souhaitant développer leurs compétences en matière de leadership, surtout en ce qui concerne la sécurité des patients [12].

Chacune de ces initiatives est unique, mais toutes partagent l'idée que la formation postgraduée d'une communauté professionnelle du domaine de la santé soudée et bien formée est essentielle pour l'avenir de ce domaine. Le programme EHCL se distingue par ses Skills Trainings réguliers et par ses nombreuses mesures d'accompagnement (par ex. événements sociaux), qui ont permis la mise en place d'une communauté dynamique et solide de jeunes chercheurs.

Mais le programme EHCL partage également certains défis avec les initiatives étrangères similaires mentionnées ci-dessus. On peut notamment mentionner la complexité relative aux critères de sélection des participants, ou bien les difficultés dans l'évaluation des répercussions du programme sur la carrière des différents membres et sur la communauté. Dans le cadre de l'EHCL, des discussions ont déjà été lancées sur ces deux défis. Un débat a par exemple été mené sur la mesure

dans laquelle il serait possible d'intégrer également à la communauté des participants issus de la pratique ou de la politique, ou sur comment mesurer au mieux les effets au long cours d'un tel programme.

Malgré ces défis, des initiatives comme l'EHCL sont révolutionnaires, notamment pour répondre au besoin urgent et internationalement reconnu de réformer la formation initiale des chercheurs de la relève [13]. Pour l'avenir, il est particulièrement important que les expériences et le savoir-faire des participants EHCL puissent être mis à profit et que leurs compétences aident à assurer la collaboration nécessaire entre la recherche, la politique et la pratique en Suisse. En outre, il convient de soutenir les initiatives consécutives basées sur les expériences du programme EHCL et pouvant profiter à un autre cercle de jeunes chercheurs.

Résumé

Le programme de promotion de la relève «EHCL» mené dans le cadre du Programme national de recherche 74 a montré comment les chercheuses et chercheurs peuvent développer des aptitudes non académiques qui leur permettent de participer activement au fonctionnement du système de santé de demain. Cette expérience permet à la pratique d'apprendre comment transmettre des compétences en matière de leadership et comment créer une communauté de spécialistes soudée, consciente de son appartenance, et capable d'élaborer des solutions communes aux problèmes dans le domaine de la santé en dialoguant avec les autres parties prenantes.

Conflict of Interest Statement

Les auteurs ont déclaré n'avoir aucun conflit d'intérêts potentiel.

Correspondance

Andrea Martani
Institute of Biomedical Ethics
University of Basel
Bernoullistrasse 28
CH-4056 Basel
andrea.martani[at]unibas.ch

Références

- 1 Puhan M. Gardons le focus aux maladies chroniques – même aujourd'hui. *Prim Hosp Care*. 2020 Sep;1: <https://doi.org/10.4414/phc-d.2020.10271>; Epub ahead of print.
- 2 Till A, McKimm J, Swanwick T. The Importance of Leadership Development in Medical Curricula: A UK Perspective (Stars are Aligning). *J Healthc Leadersh*. 2020 Mar;12:19–25. <https://doi.org/10.2147/JHL.S210326> PMID:32214861
- 3 Nittas V, Buitrago-Garcia D, Chetty-Mhlanga S, Grimm PY, Guerra G, Patel C, et al. Future public health governance: investing in young professionals. *Int J Public Health*. 2020 Dec;65(9):1521–2. <https://doi.org/10.1007/s00038-020-01521-0> PMID:33145659
- 4 Hochstrasser J. Éditorial: Dans la jungle politique, il faut de la ténacité. *Horizons – Le magazine suisse de la*

recherche scientifique, 2022, <https://www.revue-horizons.ch/2022/12/01/dans-la-jungle-politique-il-faut-de-la-tenacite/> (2022, accessed 2 March 2023).

- 5 Programme national de recherche 74. Emerging Health Care Leaders, <https://www.nfp74.ch/fr/3xBaBO4HKXNM3l0c/page/le-pnr/emerging-health-care-leaders>
- 6 Batara N, Woolgar T. The mentorship imperative for health leadership. *Healthc Manage Forum*. 2017 May;30(3):155–8. <https://doi.org/10.1177/0840470417692335> PMID:28929857
- 7 Synthesis Working Paper: «Building a strong research community (EHCL+)». Bern: Swiss National Science Foundation, <https://www.nfp74.ch/api/download/Imh0dHBzOi8vc3RvcnFnZS5nb29nbGVhcGlzLm-NvbS9zbnRyYtbWVkaWEvbmZwNzQtcHJvZHVjdGlv-bi9abHpTeGQ1ZGxlUGdOMINHL2ZuRTJtUHRQOE5s-WEY2S0wi> (June 2022, accessed 22 February 2023).
- 8 Deml MJ, Minnema J, Dubois J, Senn O, Streit S, Rachamin Y, et al. The impact of the COVID-19 pandemic on the continuity of care for at-risk patients in Swiss primary care settings: A mixed-methods study. *Soc Sci Med*. 2022 Apr;298:114858. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.114858> PMID:35247784
- 9 Deml MJ, Jungo KT, Maessen M, Martani A, Ulyte A. Megatrends in Healthcare: Review for the Swiss National Science Foundation's National Research Programme 74 (NRP74) "Smarter Health Care". *Public Health Rev*. 2022 Mar;43:1604434. <https://doi.org/10.3389/phrs.2022.1604434> PMID:35528712
- 10 Programme national de recherche 74. De solides compétences pour les futurs cadres du système de santé, <https://www.nfp74.ch/fr/IT8zJ4nm2rw4TejF/news/221004-news-nfp74-de-solides-competences-pour-les-futurs-cadres-du-systeme-de-sante> (2022, accessed 22 February 2023).
- 11 Gruenewoldt E, Hagen Lyster A. The Emerging Health Leaders network experience: reflections and lessons learned from a grassroots movement. *Healthc Manage Forum*. 2017 May;30(3):133–7. <https://doi.org/10.1177/0840470416686081> PMID:28929850
- 12 Oates K, Burgess A, Dalton S, Sammut J, Mayer D. The Academy for Emerging Leaders in Patient Safety: developing a community of practice. *Clin Teach*. 2020 Oct;17(5):508–14. <https://doi.org/10.1111/tct.13127> PMID:31863528
- 13 PhD training is no longer fit for purpose – it needs reform now. *Nature*. 2023 Jan;613(7944):414–414. <https://doi.org/10.1038/d41586-023-00084-3> PMID:36653573

Stigmatisation des personnes avec un diagnostic psychiatrique

Accompagnement des soins somatiques des adultes avec un diagnostic psychiatrique connu

Flavio Coronado, Santana Despont, Alessio Fiorito, Sandrine Nadeau, Nour Naoum

Étudiant-e-s en 3^e année de médecine à l'Université de Lausanne

Immersion communautaire – Les étudiant-e-s de médecine mènent une recherche dans la communauté

Pendant quatre semaines, les étudiant-e-s en médecine de 3^e année de l'Université de Lausanne mènent une enquête dans la communauté sur le sujet de leur choix parmi quatre thématiques générales (climat, famille, risques et stigmatisations en 2022). L'objectif de ce module est de faire découvrir aux futurs médecins les déterminants non-biomédicaux de la santé, de la maladie et de l'exercice de la médecine: les styles de vie, les facteurs psychosociaux et culturels, l'environnement, les décisions politiques, les contraintes économiques, les questions éthiques, etc. Par groupes de 4 ou 5, les étudiant-e-s commencent par définir une question de recherche originale et en explorent la littérature scientifique. Leur travail de recherche les amène à entrer en contact avec le réseau d'acteurs de la communauté concernés, professionnels ou associations de patients dont ils analysent les rôles et influences respectives. Chaque groupe est accompagné par un-e tuteur-trice, enseignant-e de la Faculté de biologie et de médecine de l'Université de Lausanne, de l'École de la Source à Lausanne ou d'autres institutions d'enseignement. Les étudiant-e-s présentent la synthèse de leurs travaux pendant un congrès de deux jours à la fin du module.

Depuis plus de dix ans, quelques groupes d'étudiant-e-s ont la possibilité d'effectuer leur travail dans le cadre d'un projet d'immersion communautaire interprofessionnelle organisé en partenariat avec la Haute école de la santé La Source. Le travail de terrain est réalisé par le groupe en immersion (résidentiel) dans une région de Suisse (séjour de 7 à 10 jours), tout en bénéficiant d'un accompagnement pédagogique par leurs tuteur-trice-s. Quatre travaux parmi les plus remarquables sont choisis pour être publiés dans *Primary and Hospital Care*.

Module d'immersion communautaire de la Faculté de biologie et de médecine de l'UNIL, sous la direction de Pr Patrick Bodenmann (responsable), Dr Francis Vu (coordinateur), Mme Meltem Bukulmez et Mme Mélanie Jordan (secrétariat), Pr Thierry Buclin, Dre Aude Fauvel, Dre Véronique Grazioli, Dre Nicole Jaunin Stalder, Dre Yolanda Müller, Mme Sophie Paroz, Dre Béatrice Schaad, et Pre Madeleine Baumann (HEdS La Source)

Introduction

Les patient-e-s atteint-e-s de maladies psychiatriques perdent en moyenne 15–20 ans de vie, en raison de troubles somatiques, par rapport à la population générale [1]. La littérature in-

dique que les stigmates qui entourent ces maladies entraînent des comportements différents chez les professionnel-le-s de santé somatique vis-à-vis des patient-e-s avec un diagnostic psychiatrique [2,3]. Ceci résulte en des

disparités dans les soins somatiques, entraînant un sentiment de négligence ainsi qu'une morbidité et une mortalité accrues de causes somatiques chez ces patient-e-s [2–4]. La présence de cette discrimination est établie comme un défi mondial dans la littérature [2]. Cependant, il y a peu de documentation concernant le développement de programmes visant à réduire la stigmatisation dans les milieux de santé [5]. La Suisse ne fait pas exception. Il est donc nécessaire d'investiguer les recommandations destinées aux professionnel-le-s en première ligne de soins dans le canton de Vaud, qui pourraient diminuer les disparités dans les soins somatiques auxquelles font face les personnes adultes avec un diagnostic psychiatrique connu.

Méthode

L'objectif de cette étude consiste à identifier des mesures susceptibles d'améliorer l'accompagnement de soins somatiques chez les patient-e-s adultes ayant au minimum un diagnostic psychiatrique connu. Une recherche qualitative avec analyse de contenu déductive a été utilisée afin d'explorer la situation dans le canton de Vaud. Onze entretiens semi-structurés ont été réalisés avec des personnes de professions variées, incluant un-e anthropologue, un-e médecin historien-ne, un-e médecin éthicien-ne, un-e infirmier-ère, deux médecins généralistes, trois médecins psychiatres, dont un-e adjoint-e à l'Office du Médecin Cantonal, ainsi que deux représentant-e-s d'associations de patient-e-s ou de proches de patient-e-s. L'échantillon était constitué de 36% de femmes. Un guide d'entretien a été utilisé pour conduire

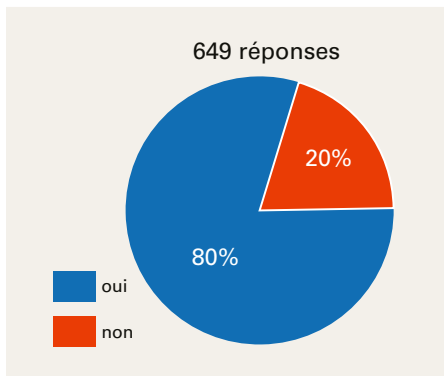


Figure 1: Réponse des participant-e-s du sondage à la question «Dans le but d'améliorer la formation et les connaissances des maladies/patient-e-s psychiatriques: seriez-vous favorable à la (ré)introduction d'un mois de stage obligatoire en psychiatrie?»

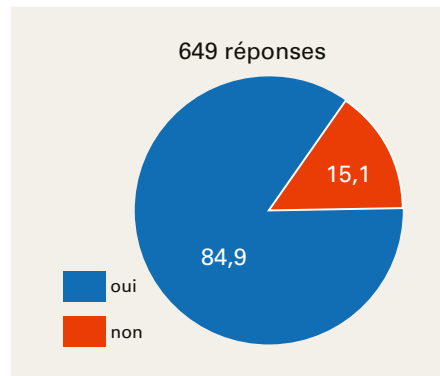


Figure 2: Réponse des participant-e-s du sondage à la question «Seriez-vous en faveur d'implémenter un nouveau cours au sein du cursus de médecine sur les stigmates (par exemple avec des patient-e-s ou cas concrets)?»

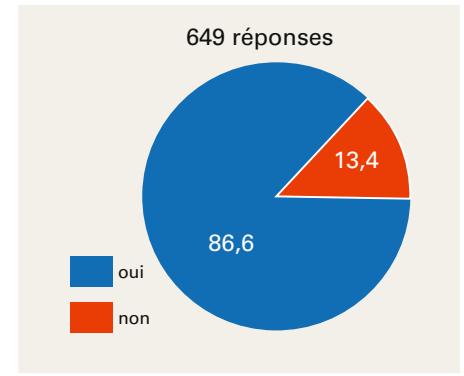


Figure 3: Réponse des participant-e-s du sondage à la question «Pensez-vous qu'une meilleure connaissance/conscience de ses propres stigmates (par exemple par l'intermédiaire de questionnaires faits en BMed3 et MMed3 pour évaluer sa propre évolution) permettrait de diminuer l'impact de ces stigmates et donc d'améliorer la prise en charge de ces patient-e-s?»

les entretiens. Les thèmes explorés dans ce dernier étaient les origines et déterminants de la stigmatisation des maladies psychiatriques, l'expérience des soignant-e-s et les potentielles mesures déstigmatisantes. Les propos retenus ont été dé-identifiés et résumés à l'aide d'une grille d'analyse, ce qui a permis de relever les tendances. Enfin, en complément, un court sondage anonyme a été envoyé à tou-te-s les étudiant-e-s de la faculté de médecine de Lausanne (2005 étudiant-e-s) afin de récolter leurs avis concernant différentes mesures envisageables au sein du cursus.

Résultats

Les personnes interrogées s'accordent à dire que la stigmatisation autour des maladies psychiatriques découle d'un manque de connaissances et d'expérience à ce sujet. Selon les participant-e-s, ceci entraîne des préjugés et des comportements discriminants envers les patient-e-s atteint-e-s de ces troubles. Les idées préconçues qui ressortent des entretiens sont l'imprévisibilité, l'agressivité, la non-compliance de ces personnes. Il y a aussi une notion de fatalisme avec la croyance selon laquelle «ce sont des malades incurables qui ne suivent pas les recommandations» (médecin psychiatre). L'association entre maladie psychiatrique et déficit intellectuel ou manque de compréhension a également été mise en avant comme source de stigmatisation. Certain-e-s décrivent les patient-e-s atteint-e-s de troubles psychiatriques comme des patient-e-s vu-e-s au travers du prisme de la maladie psychiatrique et perçu-e-s par cette étiquette plutôt que comme des personnes à part entière. Ceci

pourrait se traduire par une prévention et des propositions de traitements somatiques moindres, la santé somatique passant au deuxième plan. Néanmoins, au-delà des préjugés, la plupart des participant-e-s reconnaissent une réelle difficulté multifactorielle de prise en charge de ces patient-e-s, qui peuvent par exemple avoir fait l'expérience de discrimination et être méfiant-e-s à l'égard du personnel soignant. La nécessité d'investir plus de temps de consultation est évoquée, afin d'établir une bonne relation thérapeutique et assurer une adhérence satisfaisante. Ce temps est souvent manquant dans les soins de premier recours, notamment dans un service d'urgences. Par conséquent, certain-e-s soignant-e-s peuvent se sentir frustré-e-s, impuissant-e-s face à cette complexité. Un malaise peut s'installer par manque de compétences et d'outils.

Enfin, il ressort de plusieurs entretiens qu'il existe encore aujourd'hui une séparation entre les médecines somatique et psychiatrique, qui prend ses origines au XIX^e siècle avec la création de l'aliénisme et des médecins spéciaux dans les asiles. Ainsi, pour ce qui est des recommandations, les participant-e-s évoquent qu'il faudrait viser une médecine plus intégrative des maladies psychiatriques. Tou-te-s les intervenant-e-s convergent vers la formation comme axe principal des mesures déstigmatisantes chez les professionnel-le-s de santé, ceci à deux niveaux. Au niveau prégradué, tou-te-s s'accordent sur le fait que les stages en psychiatrie sont le meilleur moyen d'acquérir les compétences pratiques et humaines nécessaires. Quant aux connaissances théoriques, toutes les personnes interrogées qui sont fami-

lières avec le cursus de la faculté de médecine de Lausanne expriment que la proportion des cours de psychiatrie dans tout le cursus par rapport au nombre de patient-e-s concerné-e-s est insuffisante et que leur format pourrait être diversifié (revue de cas cliniques, patient-e-s intervenant-e-s).

Malgré la connaissance de ses effets néfastes sur l'outcome thérapeutique, la stigmatisation est persistante. Selon les intervenant-e-s, ceci s'explique par le fait que «la médecine est un reflet de la société» (médecin éthicien) et «[qu']il y a tout un monde entre le savoir et l'application» (médecin historien). Ces derniers ajoutent que les soignant-e-s restent des êtres humains, teintés de stigmates inconscients comme le reste de la société. C'est pourquoi il est important d'envisager des mesures de sensibilisation et de prévention sociétales, comme le revendique la MAD PRIDE par exemple.

Concernant les résultats du sondage, les mesures auxquelles les répondant-e-s (N = 649, soit 32%) sont favorables au niveau prégradué sont la réintroduction du stage obligatoire en psychiatrie en MMed3 (80%) (fig. 1) nuancée par des propositions au niveau des cours blocs, des cours de psychiatrie supplémentaires et plus diversifiés au sein du cursus (84,9%) (fig. 2) et des questionnaires périodiques (par exemple en BMed3 puis MMed3) pour mettre en évidence les stigmates inconscients des étudiant-e-s (86,6%) (fig. 3). Au niveau des formations post-graduées, cinq participant-e-s aux entretiens semi-structurés ont mentionné l'utilité des groupes Balint et du CAS psychosocial.

Discussion

Les résultats qualitatifs principaux révèlent que les stigmates sont généralement perçus comme découlant d'un manque de connaissances et d'expériences autour des maladies psychiatriques. Ces résultats s'alignent à la littérature, de même que les conséquences de ces stigmates sur la santé somatique [3]. En somme, l'axe d'intervention principal serait la formation des professionnel-le-s de santé, ce qui rejoint à nouveau la littérature [5]. Cependant, les outils tels que les groupes Balint et le CAS psychosocial peuvent être contraignants de par leur durée, leur manque de flexibilité et leurs coûts. Dans tous les cas, la sensibilisation est indispensable à tous les niveaux, afin de susciter l'intérêt mais surtout de déstigmatiser. Il faut cependant ajouter que dans le cadre de ce travail, par souci d'éthique, nous n'avions pas le point de vue des patient-e-s concerné-e-s. Ceci serait indispensable pour évaluer l'expérience des patient-e-s ainsi que l'efficacité des mesures au niveau thérapeutique. L'exploration de la stigmatisation des maladies psychiatriques en Suisse pourrait être l'objet d'une future investigation étant donné que la majorité des études à ce sujet ont été effectuées à l'étranger. Il pourrait aussi être intéressant d'investiguer de possibles stigmates structurels (manque de fonds par exemple).

Correspondance

Dr méd Alexandre Ronga
Rue du Bugnon 44
CH-1011 Lausanne
dvms.imco[at]unisante.ch

Remerciements

Nous tenons à remercier toutes les personnes interviewées pour leur disponibilité. Un grand merci à notre tutrice, Mme Elodie Schmutz, pour son soutien. Merci aux étudiant-e-s ayant répondu au sondage.

Le poster accompagnant le texte est disponible sous forme d'annexe en ligne en tant que document séparé à l'adresse www.primary-hospital-care.ch

Références

- 1 Nordentoft M, Wahlbeck K, Hällgren J, Westman J, Ösby U, Alinaghizadeh H, et al. Excess mortality, causes of death and life expectancy in 270,770 patients with recent onset of mental disorders in Denmark, Finland and Sweden. *PLoS One*. 2013;8(1):e55176. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0055176> PMID:23372832
- 2 Sølvhøj IN, Kusier AO, Pedersen PV, Nielsen MB. Somatic health care professionals' stigmatization of patients with mental disorder: a scoping review [doi]. *BMC Psychiatry*. 2021 Sep;21(1):443. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03415-8> PMID:34493245
- 3 Corrigan PW, Mittal D, Reaves CM, Haynes TF, Han X, Morris S, et al. Mental health stigma and primary health

care decisions [doi]. *Psychiatry Res*. 2014 Aug;218(1-2):35–8. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.04.028> PMID:24774076

4 Walker ER, McGee RE, Druss BG. Mortality in mental disorders and global disease burden implications: a systematic review and meta-analysis [published correction appears in *JAMA Psychiatry*. 2015 Jul;72(7):736] [published correction appears in *JAMA Psychiatry*. 2015 Dec;72(12):1259]. *JAMA Psychiatry*. 2015 Apr;72(4):334–41. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.2502> PMID:25671328

5 Ungar T, Knaak S, Szeto AC. Theoretical and Practical Considerations for Combating Mental Illness Stigma in Health Care. *Community Ment Health J*. 2016 Apr;52(3):262–71. <https://doi.org/10.1007/s10597-015-9910-4> PMID:26173403

Résultats d'une étude quantitative menée en Allemagne

Quelles sont les expériences des médecins de famille avec les portails d'évaluation des médecins?

Julian Wangler, Michael Jansky

Centre for General Medicine and Geriatrics, Universitätsmedizin Mainz

Abstract

Background: Physician rating websites offer the opportunity to research doctors online, view ratings from other patients and submit ratings for the treatment received. This has consequences for patient numbers and care. So far, there is hardly any knowledge of the attitudes of doctors in private practice, especially general practitioners, towards such evaluation platforms. The aim of the study was to find out how general practitioners judge physician rating websites, whether and how they use such platforms, what experiences they have had with them and how they perceive their importance for patients and doctors.

Methods: In the course of an online survey, 1309 general practitioners in Rhineland-Palatinate and Hesse were interviewed. In addition to the descriptive analysis, a t-test with independent samples was used to determine significant differences between the two groups.

Results: General practitioners are both critical and constructive when it comes to physician rating websites. Although they perceive problems and risks of such platforms, they also see opportunities for patients and doctors. Some of the younger doctors use physician rating websites strategically, e.g. as practice marketing tools, but also to improve their own practice as needed. There is a widespread fear among younger and older doctors that rating portals could lead to unqualified comments or reputation-damaging criticism and, thus, lead to a distorted image of doctors. Accordingly, the physicians surveyed, experience it as problematic that user assessments are taken out of context and are more likely to occur in the case of negative treatment experiences.

Conclusions: The acceptance and use of physician rating websites by general practitioners is accompanied by doubts about the seriousness and reliability of these portals. Accordingly, physician rating websites should be further developed in such a way that they meet basic quality standards. This would make more authentic, context-related patient reports possible and such portals would receive greater acceptance from doctors.

Keywords: physician rating websites; physician-patient relationship; health communication

Introduction

Des enquêtes représentatives montrent qu'aujourd'hui, une part significative des patientes et des patients utilisent des portails d'évaluation des médecins. Ces portails proposent entre

autres la possibilité de rechercher en ligne des professionnels de la santé, de consulter les évaluations d'autres patientes et patients et de fournir des évaluations sur le traitement reçu [1, 2]. Ces notations ont des répercussions sur

le nombre de patientes et de patients venant en consultation, ainsi que sur leur prise en charge. En Allemagne, le portail Jameda s'affiche en tête de liste avec plus de 6,5 millions d'utilisateurs mensuels.

En raison de la diffusion et de l'établissement des portails d'évaluation des médecins au niveau national et international, plusieurs études se sont penchées sur ce sujet [1–5]. Elles se sont principalement intéressées à la notoriété de certains portails, à leur fréquentation, aux informations et aux jugements sur les femmes et hommes médecins qui y sont présentés, ainsi qu'à l'évolution des évaluations au fil du temps [2, 6–10].

Des études ont montré que les femmes et hommes utilisant ces sites attachent une grande importance à la manière dont un professionnel de la santé est évalué par les autres lorsqu'ils choisissent une femme ou un homme médecin [2]. Ainsi, dans une enquête de grande envergure menée par Emmert et al. [11], plus de 65% des personnes interrogées ont déclaré avoir choisi une femme ou un homme médecin sur la base d'évaluations positives trouvées sur un portail d'évaluation médicale. À l'inverse, 52% ont indiqué avoir déjà pris une décision à l'encontre d'un femme ou d'un homme médecin sur la base d'une évaluation négative à son égard. D'autres enquêtes ont relevé que les portails d'évaluation médicale sont utilisés tant comme source d'information que comme base de décision, étant donné que les patientes et les patients estiment pouvoir mieux orienter leur choix vers le bon professionnel de la santé grâce aux expériences antérieures d'autres personnes concernées [8, 12, 13].

La question de savoir si cela s'avère effectivement possible grâce aux portails d'évaluation des médecins reste controversée. Les femmes et hommes experts de la santé critiquent ces plateformes en raison des critères d'évaluation imposés qui ne permettent ni d'évaluer les patientes et les patients de manière réaliste, ni de refléter la situation souvent très spécifique d'une visite au cabinet médical (p. ex. si un rendez-vous a été pris ou si le patient est venu spontanément au cabinet). Pour cette raison, les évaluations seraient facilement sorties de leur contexte et ne pourraient pas être classées correctement [5, 6]. En plus, on reproche parfois aux utilisatrices et utilisateurs de manipuler les données et de s'accommoder de critiques nuisibles à la réputation des personnes concernées. De leur côté, les femmes et les hommes médecins n'auraient guère de possibilités de s'y opposer et ce, en raison du secret professionnel [7]. Le Centre médical pour la qualité en médecine dresse le bilan suivant: les procédures d'évaluation ne sont «pas toujours compréhensibles et comparables, les critères d'admission pour les professionnels de la santé ne sont pas clairs, la 'note' individuelle ne s'appuie souvent que sur quelques évaluations et les critères s'avèrent souvent très divergents» [14]. Des études de Schwarz et Schaefer [15, 16], ainsi qu'une enquête portant sur les commentaires en texte libre sur Jameda [10], considèrent problématique le fait que les patientes et patients s'expriment très souvent sur les compétences professionnelles d'une femme ou d'un homme médecin sur ces portails d'évaluation.

Il est intéressant de noter que les évaluations et les expériences des femmes et hommes médecins (installés) sur ce thème n'ont guère fait l'objet d'études fiables. En particulier en ce qui concerne le groupe particulier des femmes et hommes médecins de famille, il n'existe pas encore de données fiables et significatives.

Notre étude s'est concentrée sur les questions suivantes:

- Quelles sont les opinions des femmes et hommes médecins de famille concernant les portails d'évaluation médicale?
- Quelles expériences les femmes et hommes médecins de famille ont-ils faites avec de tels portails web et comment les utilisent-ils?
- Quels points d'appui en vue d'une amélioration des portails d'évaluation médicale peuvent être retenus des résultats?

Méthodologie

Afin d'obtenir une image pertinente de l'opinion et de l'expérience des femmes et hommes médecins de famille, une approche exploratoire a été suivie. Le choix s'est porté sur une enquête en ligne avec un courrier postal rédigé par écrit.

Instrument d'enquête

L'enquête se base sur une étude préliminaire limitée menée en 2016/17, au cours de laquelle 119 femmes et hommes médecins de famille ont été interrogés sur le sujet, qui étaient issus en grande partie de l'environnement des cabinets d'enseignement universitaires de notre département [17]. De l'avis des femmes et hommes auteurs de cet article, il a semblé judicieux de répéter l'étude à une échelle nettement plus vaste, afin d'obtenir un reflet plus large portant sur les positions et les expériences des femmes et hommes médecins généralistes concernant les portails d'évaluation médicale. Comme nous l'avons expliqué précédemment, il manque jusqu'à présent des études qui prennent en compte de manière fiable le groupe des femmes et hommes médecins de famille sur les questions mentionnées. Le renouvellement de l'étude initiale a aussi été motivé par le fait que les portails d'évaluation des médecins ont entre-temps connu une utilisation et une pénétration encore plus étendues parmi les patientes et les patients. Par ailleurs, nous nous sommes permis d'ajouter plusieurs questions ouvertes afin d'obtenir des informations supplémentaires.

Le questionnaire a été élaboré en tenant compte des propres expériences de recherche des femmes et hommes auteurs de cet article et ce, dans le contexte de la santé en ligne (étude préliminaire mentionnée sur ce thème en 2017, recherche d'informations sur la santé, utilisation d'applications de santé dans le contexte de soins de médecine générale) [entre autres 18, 19], ainsi qu'une recherche bibliographique sur les processus d'utilisation et d'impact de la communication en matière de santé basée sur Internet [1–4, 8–13, 15, 16, 20, 21].

En plus de questions fermées, le questionnaire comportait plusieurs questions ouvertes. Ces dernières visaient avant tout à déterminer les observations faites par les femmes et hommes médecins de famille interrogés dans cette enquête lorsqu'ils sont évalués sur des portails d'évaluation médicale. Les caractéristiques sociodémographiques relevées étaient le sexe, l'âge, l'environnement du cabinet, le type de cabinet et le nombre de patientes et de patients par trimestre. Un pré-test a été mené avant son utilisation sur le terrain.

Recrutement et échantillon

Entre juillet et octobre 2021, l'ensemble des 6506 femmes et hommes médecins généralistes actifs en Hesse (3839) et en Rhénanie-Palatinat (2667) ont été invités par courrier postal à participer à l'enquête anonymisée. Il s'agissait d'un courrier unique, dans lequel les femmes et hommes médecins à interroger recevaient entre autres un accès à l'enquête en ligne qui

était protégé par un mot de passe (pas d'incitation).

Analyse des données

Après nettoyage de l'ensemble des données, celles-ci ont été analysées à l'aide du logiciel SPSS 23.0 pour Windows. Un test T pour échantillons indépendants a été employé afin de détecter des différences significatives entre deux groupes (différence de moyenne au niveau $p < .001$).

Résultats

Sur les 1356 questionnaires traités, 1309 questionnaires entièrement remplis ont été inclus dans l'analyse (taux de réponse: 20%). L'échantillon peut se décrire comme suit:

- Sexe: 62% d'hommes, 38% de femmes;
- Âge moyen: 53 ans (minimum: 35 ans, maximum: 73 ans);
- Environnement du cabinet: 60% urbain, 40% rural;
- Forme de cabinet: 45% cabinet individuel, 55% cabinet de groupe.

Évaluation, impact et utilisation

Un professionnel de la santé sur quatre (25%) voit les portails d'évaluation médicale d'un bon œil. En revanche, 43% des participantes et participants sont sceptiques à leur égard, tandis qu'un professionnel de la santé sur trois (32%) ne se prononce pas à cet égard ou s'avère indécis. Par ailleurs, 41% de tous les femmes et hommes médecins interrogés en dessous de l'âge moyen considèrent les portails d'évaluation des médecins comme une bonne chose; parmi les médecins plus âgés, seulement 9% sont de cet avis ($p < .001$).

Bien qu'une part importante des personnes interrogées considère les portails d'évaluation des médecins d'un œil critique, 69% leur attribuent une grande ou très grande influence sur le choix du médecin réalisé par les patientes et patients. Deux tiers (67%) partent du principe qu'un nombre élevé ou très élevé de patientes et patients utilisent plus ou moins régulièrement les portails d'évaluation des médecins pour trouver une femme ou un homme médecin ou afin de l'évaluer.

Emploi ou expérience avec les entrées

Il a été demandé aux femmes et hommes médecins généralistes dans quelle mesure une mauvaise évaluation en ligne portant sur leurs compétences médicales les préoccupait. En tout, 18% des personnes interrogées indiquent ne jamais s'occuper des évaluations portant sur leur propre personne ou sur leur propre cabinet. En revanche, 52% déclarent rechercher occasionnellement ou plus souvent des évalua-

Article original

tions sur Internet. Parmi les personnes interrogées dont l'âge s'avère inférieure à la moyenne, 79% consultent occasionnellement ou souvent les évaluations; chez les médecins de famille plus âgés, cette proportion n'est que de 26%, soit une personne sur quatre ($p < .001$). Par ailleurs, 36% des femmes et hommes médecins consultant les évaluations ont trouvé les mentions généralement compréhensibles (en partie: 44%; pas compréhensible: 20%).

Dans le cadre des questions ouvertes, de nombreux femmes et hommes médecins

(56%) ont déclaré qu'ils étaient souvent évalués en fonction de leurs compétences médicales, ce qu'ils considèrent souvent comme une injustice. Le fait que les portails d'évaluation des médecins ne permettent souvent pas de se prononcer ou de spécifier le contexte et les circonstances d'une visite de patient est également jugé de manière critique. En tout, 82% des personnes interrogées partent du principe que les patientes et patients ont tendance à rédiger des remarques plutôt en cas d'expériences thérapeutiques négatives qu'en cas d'expé-

riences positives. Voici une citation d'un médecin de famille interrogé à ce sujet:

«Le gros problème est une combinaison de deux points: des évaluations sorties de leur contexte, souvent au détriment du professionnel de santé concerné, et une préférence marquée des évaluatrices et évaluateurs à faire part de leur mécontentement et à l'amplifier».

Malgré l'attitude critique de nombreuses personnes interrogées à l'égard des sites d'évaluation des médecins, 35% d'entre elles déclarent ne pas se soucier des avis négatifs. En tout, 59% des personnes interrogées se préoccupent des mauvaises évaluations. Par ailleurs, 83% des jeunes professionnels de la santé indiquent que les commentaires négatifs les préoccupent, contre 35% des femmes et hommes médecins d'un âge supérieur à la moyenne ($p < .001$).

Attributions

La grande majorité des femmes et hommes médecins de famille estime que les portails d'évaluation médicale présentent le risque de laisser la place à des commentaires non qualifiés, par exemple en invitant à juger les prestations professionnelles ou les compétences médicales du professionnel de la santé (tab. 1). De même, les personnes interrogées craignent une manipulation des entrées et l'instrumentalisation des sites d'évaluation médicale pour dénigrer certains femmes et hommes médecins. Par conséquent, de nombreux femmes et hommes médecins de famille émettent des doutes quant à la pertinence des évaluations en ligne.

Les participants à l'enquête considèrent comme positif le fait que les portails d'évaluation médicale proposent une meilleure vue d'ensemble pour les patientes et patients et qu'ils peuvent ainsi assurer une plus grande transparence dans la recherche de femmes et hommes médecins. Il est à noter que les femmes et hommes médecins généralistes estiment que la valeur de ces sites pour le marketing de leur propre cabinet s'avère tout à fait élevée. Ce sont surtout les jeunes professionnels de la santé qui voient des effets positifs pour la présentation de soi et leur trou- vabilité.

Améliorations dans la pratique

Les jeunes femmes et hommes médecins de famille, en particulier, considèrent les inscriptions sur les sites d'évaluation médicale comme un reflet utile et se servent des feedbacks des patientes et patients afin d'optimiser leur cabinet. La gestion des rendez-vous et l'accessibilité téléphonique, mais aussi les possibilités de stationnement ont notamment été améliorées (tab. 2).

Tableau 1: Attitude envers les portails d'évaluation des médecins.

Question: Veuillez indiquer votre degré d'accord avec les affirmations suivantes.
(Catégories de réponse: Tout à fait d'accord/Plutôt d'accord regroupées)

Déclaration	au total (N = 1.309)	<53 ans (N = 654)	>53 ans (N = 655)
Les portails d'évaluation des médecins permettent à la patiente et au patient d'avoir une meilleure vue d'ensemble.	75%	88%***	61%***
Les portails d'évaluation des médecins laissent la place à des commentaires non qualifiés, car la plupart des patientes et des patients ne sont pas en mesure de porter un jugement qualifié sur les femmes et hommes médecins.	74%	69%	80%
De nombreuses inscriptions sur les portails d'évaluation médicale sont falsifiées ou manipulées.	65%	62%	68%
Les portails d'évaluation des médecins rendent plus visibles les femmes et hommes médecins qui sont compétents et de qualité.	64%	86%***	42%***
Sur les portails d'évaluation des médecins, il s'avère possible de présenter son propre cabinet de manière attrayante.	62%	78%***	47%***
Les portails d'évaluation médicale sont utilisés en premier lieu pour émettre des jugements négatifs et dénigrer les femmes et hommes médecins.	59%	44%***	74%***
Les portails d'évaluation des médecins assurent une plus grande transparence.	56%	71%***	42%***
Les réactions des patientes et des patients sur les portails d'évaluation des médecins offrent la possibilité de remettre en question de manière critique sa propre prestation en tant que femme ou homme médecin et de l'améliorer.	56%	76%***	36%***
Les évaluations que l'on trouve sur les sites d'évaluation médicale n'ont pas grand-chose à voir avec la réalité.	51%	35%***	66%***
Les portails d'évaluation des médecins ne sont généralement pas sérieux.	49%	37%	60%
Les portails d'évaluation des médecins ont pour conséquence que les femmes et hommes médecins ne sont plus suffisamment respectés.	44%	38%	50%
Les femmes et hommes médecins qui font du bon travail ne doivent pas craindre les évaluations sur les portails d'évaluation des médecins.	43%	58%***	27%***
Les portails d'évaluation des médecins aident les patientes et les patients à trouver des femmes et hommes médecins compétents et de qualité.	42%	61%***	24%***

Significativité: *** $p < .001$

Discussion

Résumé et résultats d'autres études

L'enquête montre que les femmes et hommes médecins de famille ont dans l'ensemble une attitude critique et constructive vis-à-vis des portails d'évaluation médicale. Cela signifie qu'ils perçoivent certes les problèmes et les risques de telles plates-formes, mais aussi les chances évidentes pour les femmes et hommes médecins et praticiens. La plupart des femmes et hommes médecins de famille n'ont aucun doute sur le fait que les portails d'évaluation médicale sont aujourd'hui un élément essentiel du système de santé et que ces portails exercent une influence régulatrice sur la prise en charge des soins [11, 12]. Les études préliminaires réalisées, par exemple sur la recherche de santé en ligne par les patientes et patients ou l'intégration d'applications de santé dans la prise en charge des soins [18, 19] prouvent que les femmes et hommes médecins de famille se sont globalement ouverts aux thèmes les plus divers dans le contexte de eHealth/mHealth.

La constatation selon laquelle les femmes et hommes médecins de famille prennent majoritairement au sérieux les portails d'évaluation médicale est étayée par l'observation que les entrées concernant leur propre personne sont consultées et que les évaluations occupent bel et bien les personnes interrogées. Les jeunes professionnels de la santé utilisent également ces plates-formes comme des instruments de marketing pour leur cabinet, mais aussi afin d'améliorer leur propre pratique en fonction des besoins. Les professionnels de la santé plus âgés se montrent nettement moins réceptifs aux portails d'évaluation médicale. Les jeunes femmes et hommes médecins comme les plus âgés redoutent que les portails d'évaluation n'incitent à faire des commentaires non qualifiés ou à émettre des critiques nuisibles à la réputation des femmes et hommes médecins, ce qui fausserait l'image de ces derniers.

Jusqu'à ce jour, peu d'enquêtes fiables ont été menées auprès des professionnels de la santé, en particulier auprès des femmes et hommes médecins établis, concernant les portails d'évaluation médicale. C'est la raison pour laquelle une comparaison directe avec d'autres études ne s'avère guère possible. Une enquête de 2016 [23] a interrogé divers groupes de médecins spécialistes sur l'influence des portails d'évaluation médicale sur les soins délivrés aux patientes et patients. L'étude arrive également à la conclusion que ce sont surtout les femmes et hommes médecins spécialistes qui utilisent les évaluations pour améliorer leurs prestations. Par rapport à l'étude de Halling et al. [24] datant de 2011, il apparaît que la notoriété des portails d'évaluation a considérablement aug-

Tableau 2: Utilisation de portails d'évaluation des médecins.

Question: Parmi les éléments suivants relatifs à votre cabinet, lesquels avez-vous déjà modifiés sur la base d'évaluations sur des portails médicaux?

Aspect	en tout (N = 1.309)	<53 ans (N = 654)	>53 ans (N = 655)
Meilleure gestion des rendez-vous	35%	48%***	22%***
Accessibilité téléphonique	30%	45%***	14%***
D'avantages de possibilités de stationnement	19%	30%***	8%***
Changements dans la salle d'attente	13%	20%***	6%***
Prise de rendez-vous en ligne	12%	18%***	5%***
Mise en place d'un Site web du cabinet médical	10%	18%***	2%***
Changements dans la prise en charge des patientes et des patients	8%	10%	6%
Changements dans l'équipement du cabinet	7%	13%	2%
Autres	5%	5%	5%

Significativité: *** p <.001

menté parmi les femmes et hommes médecins. Jusqu'à un tiers des femmes et hommes médecins de famille interrogés utilisent les évaluations en ligne pour en déduire des mesures d'amélioration (tableau 2), ce qui correspond aux conclusions des études d'Emmert et al [11, 25]. L'enquête de la Fondation Santé a avancé la conclusion que le marketing sur Internet s'avère de plus en plus essentiel pour l'attractivité de son propre cabinet [26].

Implications

A la lumière de ces résultats, il serait utile d'optimiser les portails d'évaluation des médecins afin d'éviter autant que possible les manipulations, les diffamations et les commentaires non qualifiés. Il s'agit notamment des critères suivants:

- Les exploitants de portails devraient réfléchir de manière critique à la définition de critères d'évaluation appropriés qui peuvent être évalués par le patient.
- Les évaluations moyennes des femmes et hommes médecins ne devraient être indiquées qu'à partir d'un nombre suffisamment élevé d'entrées, afin d'éviter les distorsions [27].
- Des informations supplémentaires devraient également être demandées aux patientes et patients (par ex.: s'ils ont pris rendez-vous ou s'ils se sont rendus spontanément au cabinet). Cela permettrait de s'assurer que les évaluations ne sont pas sorties de leur contexte et qu'elles peuvent être correctement classées [5, 6].

Bien que de nombreux utilisatrices et utilisateurs de portails d'évaluation médicale sont convaincus que les évaluations en ligne fournissent une estimation réaliste des médecins disponibles [5–7, 14], la présente enquête n'est pas la seule à fournir des indices de la perspective des femmes et hommes médecins, montrant que les portails d'évaluation médicale génèrent une image déformée. Si les patients insatisfaits sont nettement plus nombreux que les patients satisfaits, il n'en reste pas moins qu'ils font plus souvent usage des évaluations médicales que les satisfaits, il n'en résulte dès lors pas d'image réaliste portant sur la prestation de soins effective des professionnels de la santé [28].

Dans ce contexte, il faudrait réfléchir à l'amélioration des portails d'évaluation des médecins de manière à ce qu'au moins les conditions générales et les conditions d'accompagnement d'une visite médicale soient obligatoirement détaillées lors de la création d'une entrée. Il serait ainsi possible de mettre en relation une mauvaise évaluation et une éventuelle frustration de la patiente ou du patient avec une situation concrète et de les classer en conséquence (p. ex. traitement d'urgence ou contact planifié entre le médecin et le patient, traitement régulier ou premier traitement chez le professionnel de la santé qui a effectué l'évaluation). Si ces aspects ne sont pas répertoriés, il n'est guère possible de classer correctement une évaluation. C'est la raison pour laquelle nous plaçons pour un algorithme de filtrage en amont, qui contribuerait à accroître la transparence (fig. 1).

En outre, il s'avère également important d'expliquer aux patientes et patients que les portails d'évaluation des médecins peuvent être utiles en tant qu'offres de soutien numériques, mais que d'autres sources d'information devraient être sérieusement prises en compte lors du choix d'un médecin [3, 4].

Forces et faiblesses

Outre le nombre limité de cas, il convient de tenir compte lors de la classification des résultats de l'accent régional mis sur le recrutement. De plus, on ne peut pas exclure que les femmes et hommes médecins ayant une attitude ou une expérience positive vis-à-vis des portails d'évaluation aient participé à l'enquête dans une plus large mesure que ceux ayant une expérience négative. Dans ce sens, les résultats doivent être considérés comme non représentatifs. Par ailleurs, il convient de souligner que les données collectées ici ont été saisies auprès de femmes et hommes médecins de famille allemands et que les résultats ne peuvent pas être transposés tels quels dans le contexte suisse, notamment en raison des différences entre les systèmes de santé nationaux.

Conclusions

Malgré une distance critique, de nombreux femmes et hommes médecins de famille ne doutent pas de la pertinence des portails d'évaluation médicale pour la prise en charge des patientes et des patients. En outre, les jeunes professionnels de la santé en particulier voient des avantages dans de telles offres, notamment pour améliorer leur propre pratique en fonction des besoins. L'acceptation des portails d'évaluation médicale par les médecins de famille est contrebalancée par des doutes sur la qualité et le sérieux de ces sites Internet. En conséquence, les portails d'évaluation médicale devraient être développés de manière à éviter autant que possible les manipulations, les diffamations et les commentaires non qualifiés.

Correspondance

Dr. Julian Wangler
Centre for General Medicine and Geriatrics,
Universitätsmedizin Mainz
Langenbeckstrasse 1
55131 Mainz
Deutschland
[julian.wangler\[at\]unimedizin-mainz.de](mailto:julian.wangler[at]unimedizin-mainz.de)

Conflict of Interest Statement

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

Références

- 1 Strech D, Reimann S. Deutschsprachige Arztbewertungsportale: Der Status quo ihrer Bewertungskriterien, Bewertungstendenzen und Nutzung. *Gesundheitswesen*. 2012;74(08/09):61–7. <https://doi.org/10.1055/s-0031-1297254>.
- 2 Emmert M, Meszmer N. Eine Dekade Arztbewertungsportale in Deutschland: Eine Zwischenbilanz zum aktuellen Entwicklungsstand. *Gesundheitswesen*. 2018 Oct;80(10):851–8. <https://doi.org/10.1055/s-0043-114002> PMID:28759920
- 3 Baumann E, Czerwinski F. Erst mal Doktor Google fragen? Nutzung neuer Medien zur Information und zum Austausch über Gesundheitsthemen. In: Böcken J, Braun R, editors. *Gesundheitsmonitor 2015*. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung; 2015. pp. 57–79.
- 4 Baumann E, Link E. Onlinebasierte Gesundheitskommunikation: Nutzung und Austausch von Gesundheitsinformationen über das Internet. In: Fischer F, Krämer A, editors. *eHealth in Deutschland. Anforderungen und Potenziale innovativer Versorgungsstrukturen*. Berlin, Heidelberg: Springer; 2016. pp. 385–406.
- 5 H. Dittmers H. Ärzte bewerten im Internet: So wird getrickst. <http://www.ndr.de/ratgeber/verbraucher/Aerzte-Bewertung-Internet,aerztebewertungen100.html> (Zugegriffen: 27.01.2023).
- 6 A. Schannath, Immer wieder Ärger mit Arztbewertungsportalen. *der niedergelassene arzt*; 10 (2016): 44–45.
- 7 Schmitt S. Wenn der Patient dem Arzt eine «Sechs» gibt. <https://www.welt.de/finanzen/verbraucher/article109103878/Wenn-der-Patient-dem-Arzt-eine-Sechs-gibt.html> (Zugegriffen: 27.01.2023).
- 8 IFABS Institut. Umfrage zu Arzt-Bewertungsportalen: Nutzerverhalten und -zufriedenheit. <http://www.medical-tribune.de/home/news/artikeldetail/umfrage-zu-arztbewertungsportalen-chancen-nutzen.html> (Zugegriffen: 27.01.2023).
- 9 Lagu T, Hannon NS, Rothberg MB, Lindenauer PK. Patients' evaluations of health care providers in the era of social networking: an analysis of physician-rating websites. *J Gen Intern Med*. 2010 Sep;25(9):942–6. <https://doi.org/10.1007/s11606-010-1383-0> PMID:20464523
- 10 Emmert M, Meier F, Heider AK, Dürr C, Sander U. What do patients say about their physicians? an analysis of 3000 narrative comments posted on a German physician rating website. *Health Policy*. 2014 Oct;118(1):66–73. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.04.015> PMID:24836021
- 11 Emmert M, Meier F, Pisch F, Sander U. Physician choice making and characteristics associated with using physician-rating websites: cross-sectional study. *J Med Internet Res*. 2013 Aug;15(8):e187. <https://doi.org/10.2196/jmir.2702> PMID:23985220
- 12 Kofahl C, Nickel S, Trojan A. Arztsuche im Internet. In: Böcken F, Braun B, Landmann J, editors. *Gesundheitsmonitor 2009. Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive der Bevölkerung*. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung; 2010. pp. 38–58.
- 13 Hanauer DA, Zheng K, Singer DC, Gebremariam A, Davis MM. Public awareness, perception, and use of online physician rating sites. *JAMA*. 2014 Feb;311(7):734–5. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.283194> PMID:24549555
- 14 Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin. *Arztbewertungsportale*. <http://www.aezq.de/aezq/arztbewertungsportale> (Zugegriffen: 27.01.2023)
- 15 Schwarz S, Schaefer C. C. Schaefer C, *Arztbewertungsportale: was können sie leisten?* *Public Health Forum*. 2015;23(3):163–6. <https://doi.org/10.1515/pu-bhef-2015-0059>.
- 16 Schwarz S, Schaefer C, Ollenschläger G. *Arztbewertungsportale im Internet – Nachholbedarf beim Umgang mit Ärzten*. *Dtsch Arztebl*. 2011;108:210–1.
- 17 Wangler J, Jansky M. *Arztbewertungsportale aus Sicht von Allgemeinmedizinern – Einschätzungen*,

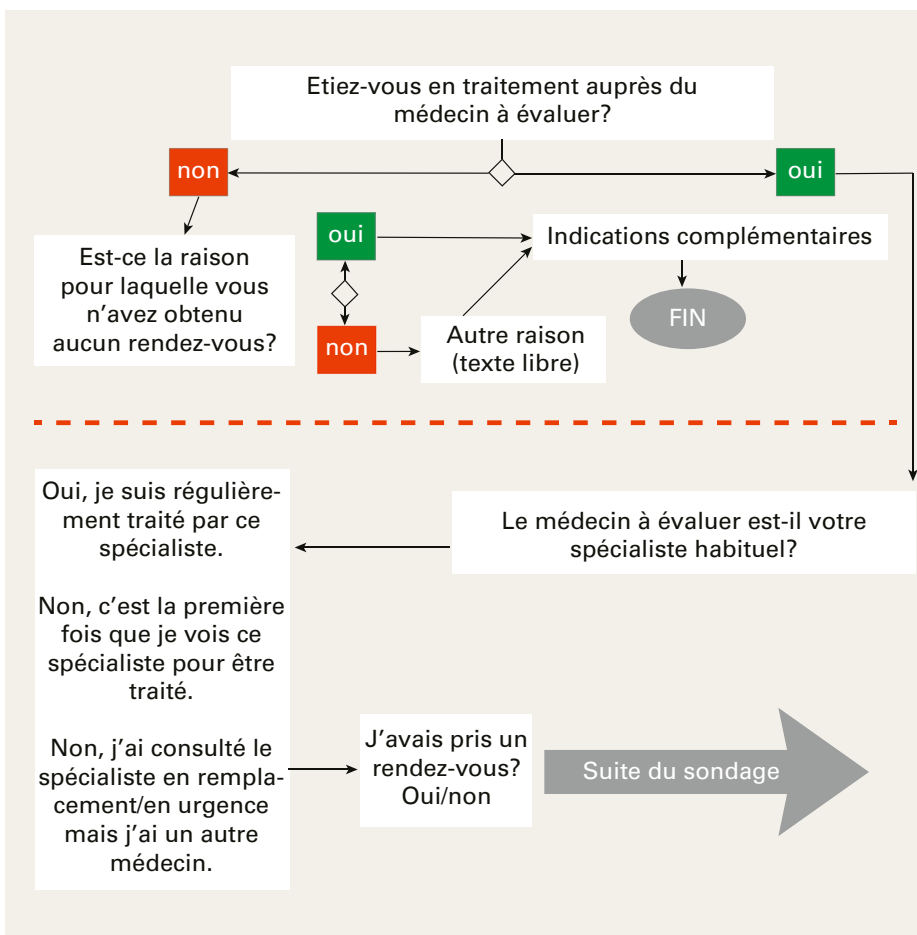


Figure 1: Algorithme de filtrage pour mieux classifier les évaluations des médecins.

Erfahrungen, Wirkungen. *Z Allg Med.* 2017;93:216–20.

18 Wangler J, Jansky M. General practitioners' challenges and strategies in dealing with Internet-related health anxieties—results of a qualitative study among primary care physicians in Germany. *Wien Med Wochenschr.* 2020 Oct;170(13–14):329–39. <https://doi.org/10.1007/s10354-020-00777-8> PMID:32767159

19 Wangler J, Jansky M. Welchen Nutzen bringen Gesundheits-Apps für die Primärversorgung? – Ergebnisse einer Befragung von Allgemeinmedizinerinnen. *Prävent Gesundheitsförd.* 2020;16(2):150–6. <https://doi.org/10.1007/s11553-020-00797-7>.

20 Damman OC, van den Hengel YK, van Loon AJ, Rademakers J. An international comparison of web-based reporting about health care quality: content analysis. *J Med Internet Res.* 2010 Apr;12(2):e8. <https://doi.org/10.2196/jmir.1191> PMID:20439252

21 Gao GG, McCullough JS, Agarwal R, Jha AK. A changing landscape of physician quality reporting:

analysis of patients' online ratings of their physicians over a 5-year period. *J Med Internet Res.* 2012 Feb;14(1):e38. <https://doi.org/10.2196/jmir.2003> PMID:22366336

22 López A, Detz A, Ratanawongsa N, Sarkar U. What patients say about their doctors online: a qualitative content analysis. *J Gen Intern Med.* 2012 Jun;27(6):685–92. <https://doi.org/10.1007/s11606-011-1958-4> PMID:22215270

23 Jameda, Einfluss von Arztbewertungen auf die Patientenversorgung. https://www.jameda.de/presse/patientenstudien/_uploads/anhaenge/2016-10-24_ergebnisse-arztbefragung_universitt-erlangen-nrn-berg-4501.pdf (Zugegriffen: 27.01.2023).

24 Halling F, Halling C, Pohl-Dernick K, et al. Arztbewertungsportale aus zahnärztlicher Perspektive. *Dtsch Zahnärztl Z.* 2012;67:716–23.

25 Emmert M, Meier F, Pisch F, Sander U. Physician choice making and characteristics associated with

using physician-rating websites: cross-sectional study. *J Med Internet Res.* 2013 Aug;15(8):e187. <https://doi.org/10.2196/jmir.2702> PMID:23985220

26 Gesundheit S. Ärzte im Zukunftsmarkt Gesundheit 2011. https://www.stiftung-gesund-heit.de/pdf/studien/Aerzte_im_Zukunftsmarkt_Gesundheit_2011_Kurzfassung.pdf (Zugegriffen: 27.01.2023).

27 Institut für Qualität und Transparenz von Gesundheitsinformationen. Zusammenfassende Übersicht der Ergebnisse des ÄZQ-Clearingverfahrens. <http://www.iqtg.de/cms/index.asp?inst=iqtg&snr=8210> (Zugegriffen: 27.01.2023).

28 Reimann S, Strech D. The representation of patient experience and satisfaction in physician rating sites. A criteria-based analysis of English- and German-language sites. *BMC Health Serv Res.* 2010 Dec;10(1):332. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-332> PMID:21138579

Annonce



PRÉSENTATION DE LIVRE

Éditions médicales suisses EMH



Simone Haller, Helen Jung,
Beatrice Krähenbühl

Programme de formation pour les entreprises – Assistante médicale/ Assistant médical CFC



Retrouvez ce livre ainsi que d'autres ici:
shop.emh.ch/collections/all

Introduction du terme «syndrome de détresse physique» dans la CIM 11

Stress somatique: guide pour gérer sans stress les symptômes psychovégétatifs

Jusqu'à présent, la gestion des troubles fonctionnels était entravée par un diagnostic flou et parfois déroutant. Heureusement, cela a changé avec l'introduction de la CIM 11 au 1^{er} janvier 2022: désormais, ces troubles sont regroupés sous le terme de «trouble à symptomatologie somatique», également appelé «syndrome de détresse physique», de code 6C20 [1].

Daniel Imhof^a, Stefan Büchi^b, Julia Hennemann^a

^a Médecin de famille mediX Gruppenpraxis; ^b psychiatre mediX Gruppenpraxis

Aujourd'hui, ce n'est plus la question de la causalité qui est déterminante, mais celle de l'ampleur de l'atteinte. Cela tient compte de la réalité de vie des patientes et patients et facilite la classification diagnostique et l'éducation. Pour le médecin de premier recours, cela est synonyme de nouvelles chances pour la collaboration avec les patientes et patients atteints de troubles fonctionnels, qui représentent une part significative du travail clinique des médecins de famille [2].

Dans le présent article, nous souhaitons montrer comment le diagnostic détaillé du stress somatique et l'éducation basée sur du matériel visuel peut conduire à une collaboration satisfaisante pour les deux parties.

Nos réflexions s'appuient sur le modèle thérapeutique de Wampold [3], modifié par Büchi [4]. D'après celui-ci, trois facteurs sont décisifs aux yeux des patientes et patients pour l'effet des mesures thérapeutiques:

- la qualité de la relation thérapeutique: communication d'égal à égal
- l'expertise du thérapeute: compétence diagnostique et thérapeutique
- la plausibilité du modèle thérapeutique: explication compréhensible par la patiente ou le patient de ses symptômes et de l'approche thérapeutique.

Histoire de cas – partie 1: les débuts sont toujours difficiles

Monsieur Meier (nom d'emprunt) se présente à votre cabinet de médecine de famille et fait état de fatigue, troubles du sommeil, vertiges diffus, troubles de la concentration, douleurs musculosquelettiques et ballonnements, le tout présent depuis plusieurs mois. Il dit avoir la sensation que quelque chose ne va plus avec son corps. En tant que médecin, il se peut que la description vous mette quelque peu mal à l'aise. Vous vous sentez démun(e), ne savez pas par où commencer, et souhaitez en réalité en finir au plus vite avec la consultation.

Pourquoi le thème est-il pertinent?

Lors des consultations de médecine de famille, jusqu'à 30% des patientes et patients souffrent de troubles fonctionnels [2, 5]. Cela impacte fortement leur qualité de vie et s'accompagne souvent d'anxiété et de dépression; le risque de suicide est accru [2, 6]. L'évolution peut s'interrompre d'elle-même, mais on assiste à une chronicisation dans 30% des cas [2]. Le stress causé par les symptômes somatiques engendre en outre des frais de santé élevés [2, 6]. Une intervention médicale précoce a une forte influence sur le pronostic et relève donc des soins de premier recours [2, 6].

Quelle est la définition du syndrome de détresse physique?

Le terme de *stress somatique* se caractérise par la présence de symptômes physiques sur une longue période (>3 mois), auxquels la patiente ou le patient accorde une attention élevée, qui ont un impact sur la vie quotidienne, et qui entraînent des consultations médicales répétées [1]. Les symptômes peuvent comprendre presque tous les systèmes d'organes [1]. Le syndrome de détresse physique peut être classé en léger (6C20.0), modéré (6C20.1) ou grave (6C20.2) en fonction du degré et des répercussions des signes décrits plus haut [1]. En outre, une distinction peut être faite entre un type multi-organes et un type mono-organe, avec quatre sous-catégories en fonction des symptômes prédominants (type gastro-intestinal, par ex. syndrome du côlon irritable; type musculosquelettique, par ex. fibromyalgie; type cardiopulmonaire, par ex. palpitations; type généralisé, par ex. fatigue, épuisement). Dans le présent article, nous souhaitons mettre volontairement l'accent sur le type multi-organes, plus fréquent.

Le terme de «détresse physique» a été introduit en 2007, suite à des travaux de recherche au Danemark indiquant qu'une multitude de syndromes somatiques fonctionnels

pouvaient être attribués à un schéma commun de réactions de stress physiologiques. Le terme général de «détresse physique» reflète bien ce concept validé d'origine empirique [7]. Le diagnostic de trouble à symptomatologie somatique résulte essentiellement d'une anamnèse détaillée et d'un examen. Il est ici particulièrement pertinent de noter qu'il ne s'agit désormais plus d'un diagnostic d'exclusion, mais qu'on peut partir du principe d'un trouble à symptomatologie somatique même en cas de problèmes somatiques explicatifs, et sans diagnostic dominant, dans la mesure où les critères de définition (attention excessive, impact sur la vie quotidienne et consultations répétées) sont remplis. Ceux-ci peuvent être vérifiés au moyen de questionnaires standardisés (par ex. QSP-15). Le syndrome de détresse physique peut donc coexister avec tout autre diagnostic (par ex. affections respiratoires, cancer ou diagnostics psychiatriques comme anxiété ou dépression [2]).

Pourquoi cette situation est-elle si délicate pour le médecin de premier recours?

Les symptômes physiques fonctionnels se manifestent rarement seuls. Les personnes touchées décrivent souvent un «bouquet» de

troubles diffus, en apparence indépendants. Le cadre temporel de la consultation est alors souvent excédé, et la consultation manque de «fil conducteur». Il en résulte un sentiment d'impuissance de la part du médecin et des difficultés à communiquer avec la personne touchée. Toute la palette de symptômes végétatifs n'est autre qu'une réaction physiologique tout à fait normale du corps à une mise à l'épreuve anormalement élevée. La difficulté réside dans le fait que les fonctions du système nerveux végétatif en situation de stress sont tout simplement inconnues de nombreux médecins. Les offres de formation continue correspondantes sont rares et peu exploitées. Il serait utile de rendre appréhensible l'intervention médicale dans des ateliers pratiques. S'exercer dans le cadre de jeux de rôle, en particulier, aiderait à vaincre les incertitudes. Un stress élevé peut, surtout s'il est prolongé, induire des exigences excessives. Détecter les modèles qui déclenchent du stress devrait être une priorité. Cependant, cela relève du domaine de la psychothérapie, ce qui supposerait la mise en relation avec les spécialistes appropriés.

Comment les directives actuelles [2] peuvent-elles aider à maîtriser la situation?

Les directives recommandent une prise en compte précoce des causes fonctionnelles de troubles physiques [2]. Dès la première consultation, celles-ci doivent être intégrées au vaste diagnostic différentiel dans le cadre d'une approche double, et communiquées à la patiente ou au patient. Le terme de «stress somatique» laisse dans un premier temps ouverte l'étiologie d'un seul symptôme, et se concentre sur le fardeau ressenti subjectivement en raison des troubles. Il permet une approche simple et non stigmatisante pour les personnes touchées [2] vis-à-vis d'une possible étiologie fonctionnelle.

Comment appliquer au mieux les vastes directives [2] lors de la consultation?

Pour le médecin de premier recours, une démarche structurée et standardisée facilite l'orientation dans les consultations souvent délicates. Des questionnaires standardisés comme le QSP-15 facilitent l'amorçage du dialogue, amènent la focalisation du symptôme isolé au fardeau individuel, et aident à poser un diagnostic clair au moyen de valeurs seuils. Ensuite, l'éducation est centrale: des graphiques de modèles permettent de présenter à la patiente ou au patient un modèle d'explication par étapes, compréhensible et plausible de ses

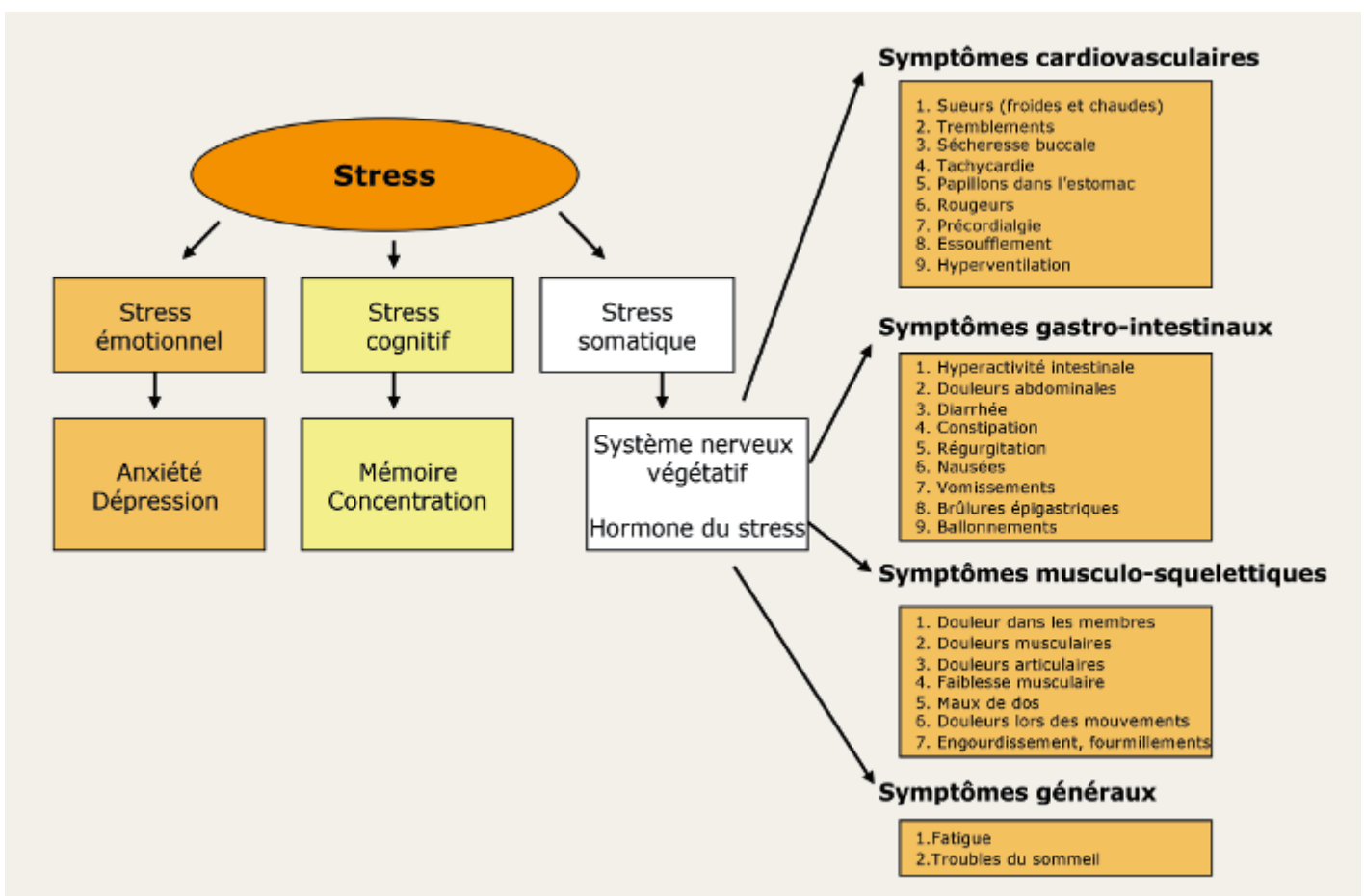


Figure 1: Le modèle de stress.

nombreux troubles. L'affichage structuré d'informations psychophysiologiques rassurantes entraîne un effet thérapeutique pertinent faisant disparaître l'anxiété, connue pour déculpabiliser les symptômes.

Histoire de cas – partie 2: plus facile avec des aides

Après que Monsieur Meier ait décrit ses troubles, vous suspectez une origine fonctionnelle. Vous lui expliquez que d'après votre expérience, les symptômes qu'il a décrits surviennent souvent dans le cadre d'une affection consécutive à un stress. Vous lui montrez le modèle de stress (fig. 1) et lui expliquez les différents axes du stress. Monsieur Meier s'étonne de voir que tous ses symptômes sont décrits dans le modèle de stress. Vous parlez de son fardeau professionnel et du quotidien familial exigeant. Au moyen d'une illustration du système nerveux végétatif (fig. 2), vous lui expliquez de façon claire comment une exposition durable au stress peut conduire à des symptômes physiques. Vous prévoyez d'exclure encore des causes somatiques importantes au moyen d'une analyse sanguine (claire). Pour avoir un aperçu du fardeau de ses symptômes, vous lui demandez de remplir les questionnaires QSP-15 [8] et HADS [9] pour la prochaine consultation.

Quelles sont les aides concrètement utiles?

L'élaboration commune du modèle de stress (fig. 1) est un bon moyen d'amorcer la discussion et permet d'éviter efficacement que la consultation soit axée sur l'explication des différents troubles. Il représente un dénominateur commun concernant les symptômes émotionnels, cognitifs et physiques. En outre, la thématique «stress» peut être appréhendée comme une disproportion entre résilience (résistance personnelle) et des facteurs de stress (travail, famille, etc.). Pour une explication plus détaillée de l'apparition des symptômes et de la physiopathologie, une figure concernant le système nerveux végétatif (fig. 2) a fait ses preuves. Celle-ci est bien compréhensible pour la patiente ou le patient, et exempte de tout reproche ou stigmatisation. Même si la question de l'étiologie au sens académique est un peu plus complexe et pas totalement élucidée, un modèle de maladie simplifié évite que les personnes concernées aient du mal à comprendre et ressortent encore plus inquiètes de la consultation. Le questionnaire patient QSP-15 [8] est un instrument clair et éprouvé pour recenser le fardeau de 15 symptômes physiques. Le nombre total de points révèle un indice d'intensité (6-9 points: légère; 10-15

points: modérée; >15 points: sévère). Ainsi, à partir d'un score total de 9 points, il est possible de poser avec certitude le diagnostic de syndrome de détresse physique sans faire de déclaration sur la causalité des différents symptômes. Ce qui compte, c'est le fardeau ressenti par les personnes concernées en raison de leurs symptômes somatiques. La Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) [9] est un questionnaire répandu et éprouvé pour évaluer l'anxiété et la dépression chez les patientes et patients présentant des troubles somatiques. Il peut être proposé aux personnes concernées dans le cadre d'une évaluation globale.

Histoire de cas – partie 3: des rendez-vous de suivi judicieux

Monsieur Meier se présente quelques jours plus tard au rendez-vous de suivi fixé et explique que suite à la précédente consultation qui l'a rassuré, son fardeau a déjà diminué, et notamment ses vertiges. Vous pouvez le conforter en lui faisant état des analyses de laboratoire normales. Les résultats des questionnaires QSP-15 [8] et HADS [9] vous fournissent rapidement un bon aperçu du tableau clinique actuel. Vous lui expliquez que, sur la base des informations actuelles, vous pouvez poser le diagnostic d'un syndrome de détresse physique. En passant en revue les symptômes persistants, vous évaluez encore une fois consciencieusement la nécessité de poursuivre le diagnostic différentiel. Vous discutez ensuite des options thérapeutiques.

Quelles sont les options thérapeutiques en cas de syndrome de détresse physique?

La principale intervention thérapeutique est l'éducation au sens d'une instruction compétente de la patiente ou du patient concernant son tableau clinique [2]. Des rendez-vous de suivi réguliers dans un cadre calme et détendu [2] sont utiles pour faire des progrès et éclaircir les questions ouvertes: une éducation répétée entraîne un ancrage de la compréhension de l'affection et une réduction de l'anxiété liée aux symptômes. Les mesures centrales pour favoriser la résilience pouvant être envisagées dans le cadre d'un concept thérapeutique multimodal sont notamment la kinésithérapie et les méthodes basées sur la pleine conscience [2]. L'objectif est un renforcement durable de l'auto-efficacité de la patiente ou du patient et la régulation de la perception du corps [2].

Ce qui est ici optimal, c'est un programme d'activation physique systématique avec des physiothérapeutes formés [2]. Un second pilier réside dans le traitement des troubles du sommeil, d'une part par la communication de mesures d'hygiène de sommeil, et d'autre part par un traitement médicamenteux temporaire.

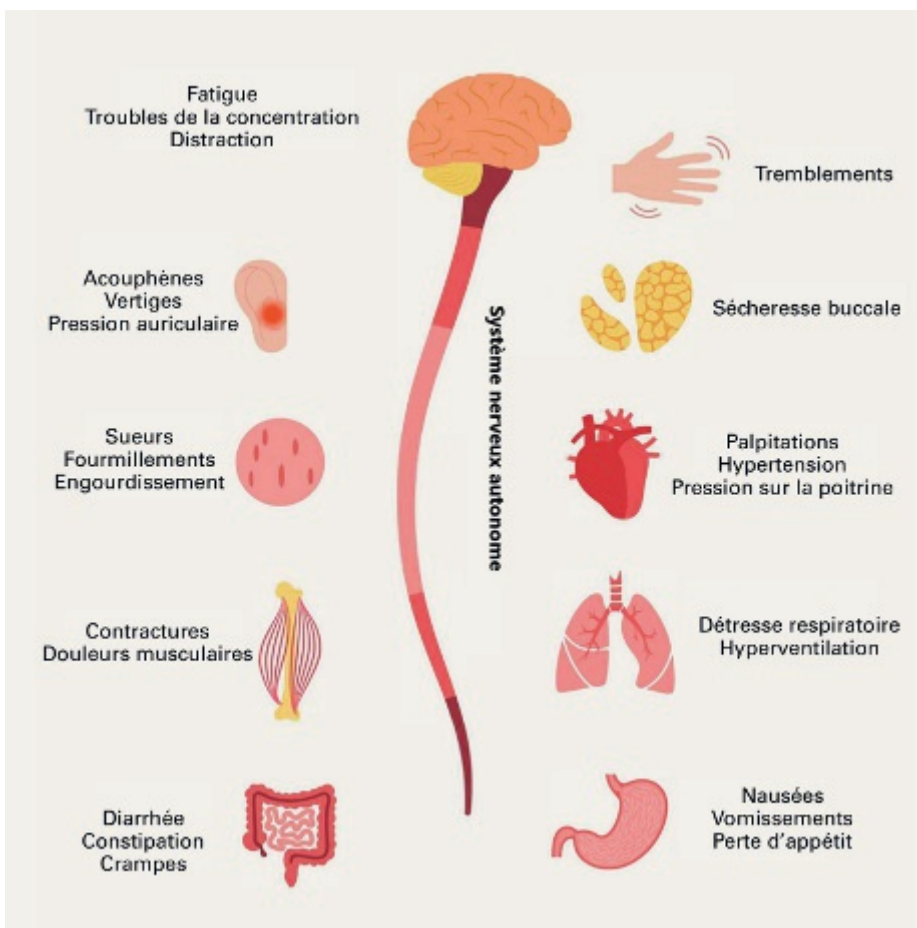


Figure 2: Illustration du système nerveux végétatif.

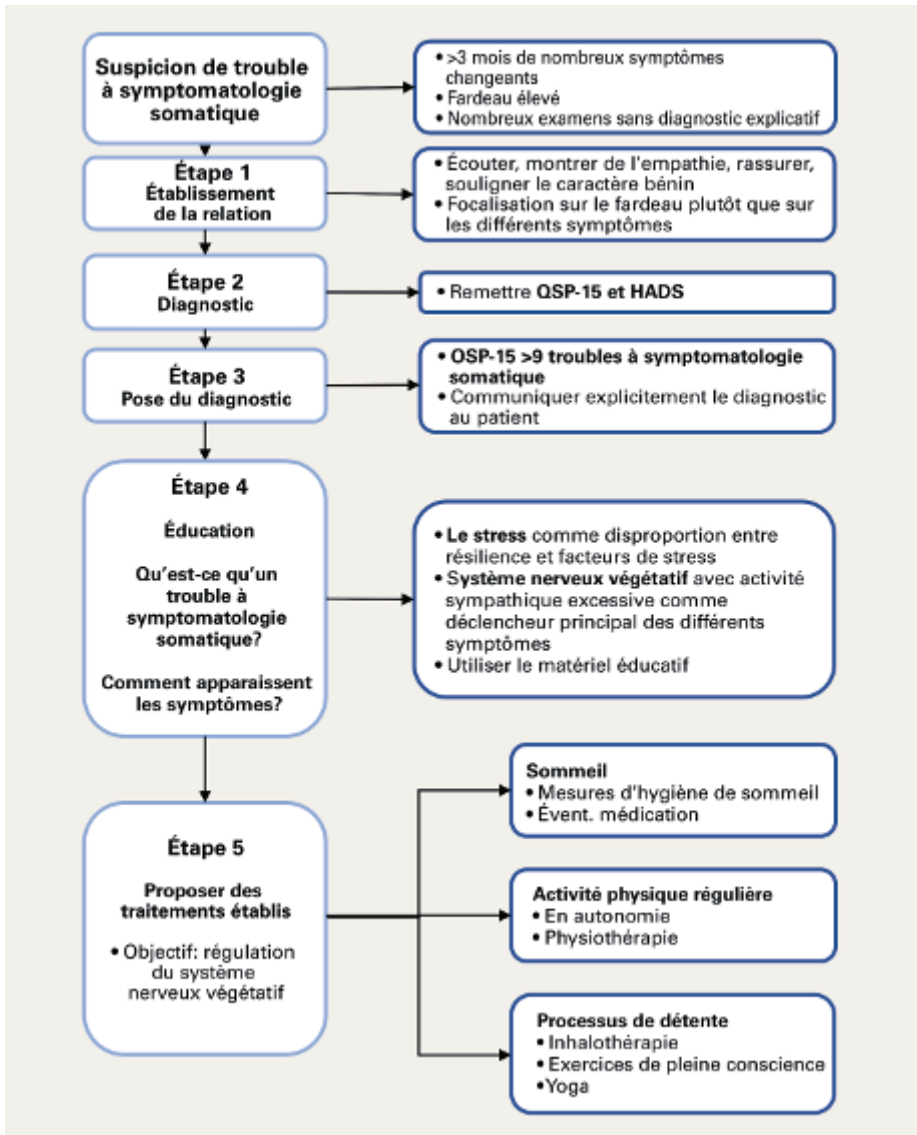


Figure 3: Flowchart.

Celui-ci s'oriente en fonction des directives [2] et se base sur une approche graduelle (1. produits végétaux comme le houblon et la valériane, 2. antidépresseurs sédatifs comme la trimipramine ou la trazodone, 3. hypnotiques comme le zolpidem). La transition vers la psychothérapie ambulatoire devrait être envisagée en cas de fardeau psychosocial pertinent ou de comorbidité psychique [2], mais ce n'est pas toujours nécessaire. En fonction de la motivation spécifique de la patiente ou du patient, l'approche thérapeutique multimodale peut être complétée par des formes thérapeutiques complémentaires (par ex. inhalothérapie, thérapie basée sur la pleine conscience, biofeedback, méditation, entraînement autogène) [2]. La délivrance d'un arrêt de travail de courte durée, évaluée consciencieusement, peut s'avérer nécessaire dans les situations aiguës. Cependant, les interruptions de travail trop longues doivent être évitées autant que possible [2].

Histoire de cas – partie 4: une bonne collaboration plutôt que «le revoilà»

Au bout de quelques semaines, Monsieur Meier se présente à un nouveau rendez-vous de suivi. Il affirme que la qualité de son sommeil s'est nettement améliorée, et ajoute que la physiothérapie l'a aidé à se sentir à nouveau bien dans son corps. Il explique être fier de se rendre régulièrement aux rendez-vous et de faire quelque chose pour lui-même malgré son quotidien exigeant. Vous l'appuyez dans son intention de conserver à l'avenir une activité physique régulière. Une nouvelle détermination du score QSP-15 [8] confirme la nette amélioration du fardeau lié aux symptômes somatiques.

Résumé pour la pratique

Le diagnostic de trouble à symptomatologie somatique, également appelé syndrome de détresse physique (code CIM-11: 6C20) [1], facilite la gestion des différents troubles fonctionnels. Désormais, l'attention se concentre

sur l'ampleur du fardeau causé par les symptômes. Ce n'est donc plus un diagnostic d'exclusion, et il permet une discussion précoce avec la personne concernée dans le cadre d'une approche double (somatique et fonctionnelle). Pour une mise en œuvre concrète des directives S3 actuelles [2] dans le quotidien du cabinet, nous recommandons l'algorithme de travail structuré présenté ici (fig. 3) avec un diagnostic clair (QSP-15 [8] et HADS [9]) et une éducation détaillée incluant du matériel visuel.

La fiche d'information sur le texte est disponible sous forme d'appendice en ligne séparé à l'adresse www.primary-hospital-care.ch

Conflict of Interest Statement

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

Correspondance

Daniel Imhof
Hausarztmedizin
MediX Gruppenpraxis Wipkingen
Rotbuchstrasse 46
CH-8037 Zürich
[daniel.imhof\[at\]medix.ch](mailto:daniel.imhof[at]medix.ch)

Références

- 1 OMS 2022 www.int.cim-11 (en ligne) disponible sur (accès le 12.04.2023)
- 2 Roenneberg, C., Henningsen, P., Sattel, H., Schäfer, R., & Hausteiner-Wiehle, C. (2018). S3-Leitlinie Funktionelle Körperbeschwerden. AWMF online.
- 3 Wampold, B. E. (2017). What should we practice? A contextual model for how psychotherapy works. The cycle of excellence: Using deliberate practice to improve supervision and training, 49–65.
- 4 Büchi, S., & Haas, S. (2017). Das Patientenvertrauen im Fokus. Bulletin des médecins suisses, 98(25), 829–831.
- 5 Haller, H., Cramer, H., Lauche, R., & Dobos, G. (2015). Somatoform disorders and medically unexplained symptoms in primary care: a systematic review and meta-analysis of prevalence. Deutsches Ärzteblatt International, 112(16), 279.
- 6 Roenneberg, C., Sattel, H., Schaefer, R., Henningsen, P., & Hausteiner-Wiehle, C. (2019). Funktionelle Körperbeschwerden. Dtsch Arztebl Int, 116, 553–560.
- 7 Fink P, Toft T, Hansen MS, Ørnboel E, Olesen F. Symptoms and syndromes of bodily distress: an exploratory study of 978 internal medical, neurological, and primary care patients. Psychosom Med. 2007 Jan;69(1):30–9. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e31802e46eb> PMID:17244846
- 8 Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-15: validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. Psychosom Med. 2002;64(2):258–66. <https://doi.org/10.1097/00006842-200203000-00008> PMID:11914441.
- 9 Snaith RP. The Hospital Anxiety And Depression Scale. Health Qual Life Outcomes. 2003 Aug;1(1):29. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-1-29> PMID:12914662

Quelles sont les nouveautés dans la mise à jour 2022?

Directives sur le diabète sucré de type 2

Dans la mise à jour des directives sur le diabète sucré de type 2 [1], le réseau de médecins de famille *mednetbern* se concentre sur l'établissement de nouveaux médicaments basés sur l'évidence et les changements de traitement qui en découlent. De nouvelles valeurs cibles pour les comorbidités cardiovasculaires, l'hypertension artérielle et l'hyperlipidémie, mais aussi des aspects importants pour la médecine de famille, comme l'aptitude à la conduite et la capacité de travail, complètent ces directives destinées aux médecins de premier recours.

Amato Giani^a, Stefan Schäfer^a, Beat Müller^b

^a mednetbern; ^b médecin consultant

Résultats [2, 3]

Les bases n'ont pas changé!

- Le questionnaire de dépistage FINDRISK [4, 5] reste la pierre angulaire du case-finding.
- La pose du diagnostic repose sur chacune des quatre valeurs de laboratoire suivantes: glycémie veineuse à jeun $\geq 7,0$ mmol/l; glycémie veineuse aléatoire $\geq 11,1$ mmol/l; HbA1c $\geq 6,5\%$; test de tolérance au glucose par voie orale (OGTT): $\geq 11,1$ mmol après deux heures.
- Les valeurs cibles d'HbA1c sont les suivantes: $< 7\%$ pour les diabétiques de < 70 ans; $7-7,5\%$ pour les diabétiques de ≥ 70 ans (en cas de fragilité $8-8,5\%$, en veillant à éviter les hypoglycémies).
- Les mesures thérapeutiques générales (modification du mode de vie, information, accord sur les objectifs thérapeutiques et leur contrôle, mobilisation de l'entre-aide, instructions de soins) restent prioritaires dans le traitement.

Nouveautés

- Le diagnostic de prédiabète (CIM-10 R73) est défini dans la section Case-Finding par

les valeurs de laboratoire suivantes: glycémie veineuse à jeun $5,6-6,9$ mmol/l; ou glycémie veineuse aléatoire $7,8-11,0$ mmol/l; ou HbA1c $5,7-6,4\%$.

– Pharmacothérapie:

Un traitement médicamenteux est nécessaire si la valeur cible d'HbA1c n'a pas été atteinte après un changement de mode de vie durant 3 mois. En cas de valeurs très élevées (HbA1c $> 10\%$), un traitement médicamenteux est immédiatement mis en place. Nous faisons la distinction entre le traitement initial et le traitement add-on. Le concept de traitement de première à quatrième ligne est abandonné.

Traitement initial

Metformine (réduction de la dose de 50% en cas d'insuffisance rénale de stade KDIGO 3b, arrêt à partir de KDIGO 4).

En cas d'intolérance à la metformine ou d'insuffisance rénale, les inhibiteurs du SGLT-2 (officiellement jusqu'à KDIGO 3b), les analogues du GLP-1 ou les inhibiteurs de la DPP-4 sont recommandés.

En cas de comorbidités cardiovasculaires, la metformine doit être associée précocement

à un inhibiteur du SGLT-2 et/ou à un analogue du GLP-1. L'insuline a sa place dans le traitement initial en cas de décompensation aiguë du métabolisme du glucose.

Traitement add-on

Si le traitement initial ne permet pas d'atteindre la valeur cible d'HbA1c (il convient de tenir compte des limitations de nature médico-assurantielle, voir la liste des spécialités!) [6].

Inhibiteurs du SGLT-2 en cas d'insuffisance cardiaque et/ou rénale et/ou de risque cardiovasculaire.

Analogues du GLP-1 en cas de priorité donnée à la perte de poids et/ou de risque cardiovasculaire élevé.

Inhibiteurs de la DPP-4 appropriés en cas d'insuffisance rénale sévère.

Insuline basale (éventuellement plus insuline prandiale à action rapide) ou insuline mixte.

Un nouveau traitement par sulfonyles doit uniquement encore être instauré dans des cas justifiés.

Un tableau pratique pour le choix des différentes classes de médicaments en fonction du scénario clinique est intégré dans les lignes directrices.

La chirurgie bariatrique joue un rôle supplémentaire distinct dans le traitement du diabète sucré de type 2.

Valeurs cibles pour la pression artérielle et le cholestérol LDL

- Pour les diabétiques de type 2, la valeur cible de pression artérielle est de <130/90 mm Hg.
- Les valeurs cibles de cholestérol LDL diffèrent en fonction de la charge de morbidité: diabète avec atteintes d'organes cibles: <1,4 mmol/l; diabète sans atteintes d'organes cibles: <1,8 mmol/l; diabète sans atteintes d'organes cibles et durée du diabète <10 ans: <2,6 mmol/l.

Capacité de travail

Les conséquences de l'hyperglycémie chronique (acuité visuelle, polyneuropathie) ou les hypoglycémies menaçantes (conductrices professionnelles et conducteurs professionnels) peuvent compromettre l'exercice de la profession actuelle. Pour les jeunes diabétiques de type 2, nous recommandons donc, en fonction de leur activité, l'instrument de la détection et de l'intervention précoces de l'assurance-invalidité [7].

Aptitude à la conduite [8]

1^{er} groupe (voiture particulière, moto): Chez les patientes et patients informés, le principe applicable est celui d'un contrôle glycémique stable, sans hypoglycémies ou hyperglycémies susceptibles d'avoir une incidence sur la conduite. Dans la mesure du possible, les sulfonurées ou l'insuline ne doivent pas être prescrites. Si un traitement avec ces préparations est nécessaire, une instruction précise doit être donnée (fiche d'information sur la conduite automobile en cas de diabète sucré).

2^e groupe (camion, transport de personnes, autobus): Il est recommandé d'adresser les patientes et patients à des diabétologues ou à des médecins du trafic. Le transport professionnel de personnes est généralement interdit en cas de traitement par insuline.

Conclusion, perspectives

Les considérations détaillées sur le traitement médicamenteux dans ces directives entendent tenir compte des nombreuses nouvelles connaissances et de l'évolution dynamique réjouissante. Le rajeunissement croissant de la population concernée (épidémie d'obésité, manque d'activité physique) souligne la nécessité d'adopter des mesures préventives dans le sens d'une modification du mode de vie. Les membres de mednetbern exerçant dans le domaine de la médecine du trafic recommandent

une instruction plus intensive des automobilistes qui doivent être traités par insuline ou sulfonurées. Il semblerait que les diabétiques de type 2 concernés conduisent souvent sans avoir pris connaissance de la fiche d'information sur la conduite automobile en cas de diabète sucré.

Le guide est disponible sous forme d'annexe en ligne en tant que document séparé à l'adresse: www.primary-hospital-care.ch

Conflict of Interest Statement

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

Correspondance

Dr méd. Amato Giani
Spécialiste FMH en médecine interne générale
Praxis Giani, mednetbern AG
Sidlerstrasse 4
CH-3012 Bern
[amato.giani\[at\]hin.ch](mailto:amato.giani[at]hin.ch)

Références

- 1 <https://www.mednetbern.ch/publications/mellitus-update-2022.pdf>
- 2 2019 update to: Management of hyperglycaemia in type 2 diabetes, 2018. A consensus report by the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). www.easd.org/statements.html
- 3 Recommandations de la Société Suisse d'Endocrinologie et de Diabétologie (SGED-SSED) pour le traitement du diabète de type 2 (2020). https://www.sgedssed.ch/fileadmin/user_upload/6_Diabetologie/61_Empfehlungen_Facharzt/2020_Swiss_Recomm_Medis_FR_def.pdf
- 4 Lindström J, Tuomilehto J. The diabetes risk score: a practical tool to predict type 2 diabetes risk. *Diabetes Care*. 2003 Mar;26(3):72531. <https://doi.org/10.2337/diacare.26.3.725> PMID:12610029
- 5 <https://www.mednetbern.ch/publications/fragebogen.pdf>
- 6 <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-leistungen-tarife/Arzneimittel.html>
- 7 <https://www.bsv.admin.ch/bsv/fr/home/assurances-sociales/iv/grundlagen-gesetze/les-prestations-de-las-surance-invalidite/iv-eingliederung/iv-frueherfassung.html>
- 8 Directives concernant l'aptitude et la capacité à conduire lors de diabète sucré. https://www.sgedssed.ch/fileadmin/user_upload/6_Diabetologie/61_Empfehlungen_Facharzt/2018_10_10_Neue-Auto-Richtlinien_SGED_FR_def.pdf

De la valeur de laboratoire au diagnostic

Hypercalcémie due à?

Diana Lehmann^a, Stephan Bauer^b, Helen Kovari^c, Claude Cao^d^a Ärztin, Abteilung Allgemeine Innere Medizin Klinik Hirslanden, Zürich; ^b Facharzt für Urologie, Klinik Hirslanden, Zürich; ^c Fachärztin für Infektiologie, Zentrum für Infektionskrankheiten, Hirslandenkliniken Hirslanden und Im Park, Zürich; ^d MPH Chefarzt Allgemeine Innere Medizin, Klinik Hirslanden, Zürich

Première consultation aux urgences et antécédents

Un patient âgé de 71 ans s'est présenté aux urgences en raison d'une détérioration de son état général, d'une faiblesse croissante, d'une perte de poids et d'une fatigue. Il se plaignait en outre d'une incontinence urinaire avec impériosité et d'une forte sensation de soif. Les symptômes avaient commencé il y a quatre mois et s'étaient fortement aggravés au cours des deux dernières semaines.

En ce qui concerne les antécédents connus du patient, un carcinome urothélial papillaire de la vessie pT1 G3 avait été diagnostiqué quatre mois auparavant. La tomодensitométrie du thorax et de l'abdomen réalisée à l'époque n'avait révélé aucun signe de métastase. Étant donné que le patient présentait en plus une hyperplasie de la prostate de stade II

et de multiples calculs vésicaux, une résection transurétrale a été effectuée pour retirer la tumeur de la vessie d'environ deux centimètres, ainsi qu'une résection transurétrale de la prostate et une ablation des calculs vésicaux. Par la suite, le patient a été traité par des instillations de Bacille de Calmette-Guérin (BCG) à intervalles hebdomadaires. En raison d'une intolérance signalée par le patient, qui s'est traduite par des nausées et des vomissements, seules quatre des six instillations prévues ont été effectuées.

Sur le plan clinique, le patient présentait un état général nettement réduit, il était afebrile et stable sur le plan circulatoire (PA 158/80 mm Hg, FC 94/min, SpO₂ 99%, T 37 °C). De plus, la turgescence de la peau était diminuée et le teint était pâle. Sur le plan neurologique, le patient semblait somnolent avec un GCS de 13 et n'était que partiellement orienté vis-à-vis des personnes et dans l'espace, en plus d'être ralenti. Ses pupilles étaient anisocores, avec une cécité de l'œil gauche présente depuis la naissance. La déglutition était difficile. Le reste de l'examen physique n'a révélé aucune autre anomalie. Le patient souffrait d'un diabète sucré de type 2, traité par gliclazide. Aucune autre maladie n'était connue.

Les analyses de laboratoire effectuées aux urgences (tab. 1) ont montré une fonction rénale fortement diminuée avec une créatinine de 382 (59–104 µmol/l), un DFGe de 18 ml/min/1,73 m², une urée de 32 (3,0–9,2 mmol/l), une hypercalcémie sévère de 3,80 (2,10–2,60 mmol/l) de calcium corrigé par l'albumine ainsi qu'une CRP légèrement augmentée de 33 (<5,0 mg/l).

Évolution ultérieure et première hospitalisation

En présence de symptômes de crise hypercalcémique avec somnolence, déficit musculaire

Commentaire

Les principales anomalies dans le cas décrit sont l'hypercalcémie et l'insuffisance rénale. Compte tenu des antécédents du patient, des métastases osseuses pourraient être à l'origine de l'hypercalcémie. La progression du carcinome urothélial expliquerait à la fois la perte de poids et l'altération croissante de l'état général. Une récurrence locale dans la vessie pourrait entraîner une obstruction des voies urinaires excrétrices et, par conséquent, une stase urinaire avec hydronéphrose et insuffisance rénale associée. Les tumeurs peuvent également synthétiser du peptide apparenté à la parathormone (PTHrP) et provoquer par ce biais une hypercalcémie. Étant donné que le dernier examen d'imagerie réalisé quatre mois auparavant n'avait révélé aucun signe de métastase et qu'une opération de la tumeur suivie d'un traitement par instillations avait été effectuée, une progression de la tumeur semblait plutôt improbable. Une hypercalcémie peut également être la conséquence d'une intoxication à la vitamine D ou d'une hyperparathyroïdie primaire. L'impériosité mictionnelle fréquente pourrait indiquer une infection des voies urinaires. Une néphrite peut être la cause d'une insuffisance rénale. La CRP augmentée plaide en faveur d'une inflammation, mais la fièvre fait défaut.

(trouble de la déglutition), désorientation et déshydratation, le patient a été admis en unité de soins intensifs et réhydraté. Un traitement de suppléance rénale n'a pas été nécessaire. Pour réduire le taux de calcium, le patient a

Tableau 1: Valeurs de laboratoire à l'admission (valeurs hors de la plage de référence en rouge).

Sérum	Plage de référence	
Sodium	132-146 mmol/l	137
Potassium	3,5-5,0 mmol/l	3,3
Calcium	2,10-2,60 mmol/l	3,72
Ca corrigé par l'albumine	2,10-2,60 mmol/l	3,80
Phosphate	0,87-1,45 mmol/l	1,76
Créatinine	59-104 µmol/l	382
DFGe (formule CKD-BIS1)	ml/min/1,73 m ²	18,0
Urée	3,0-9,2 mmol/l	29,4
CRP	<5,0 mg/l	33,2

reçu une seule fois du dénosumab. Par la suite, la clairance rénale estimée s'est améliorée pour atteindre une valeur de 30 ml/min/1,76 m². Le taux de calcium s'est normalisé et par conséquent, les symptômes neurologiques du patient se sont améliorés.

La première étape du diagnostic différentiel de l'hypercalcémie a consisté à déterminer la parathormone en plus du calcium corrigé par l'albumine à partir d'un échantillon de sang prélevé simultanément; le dosage de la parathormone est absolument nécessaire pour différencier une hypercalcémie dépendante de la parathormone d'une hypercalcémie indépendante de la parathormone. Elle était de 1,5 pmol/l (1,95–8,49 pmol/l) – une valeur basse qui exclut une hyperparathyroïdie primaire. La détermination du taux de 25-OH-vitamine D, qui s'est avérée normale, a permis d'exclure un apport exogène, par exemple par substitution excessive.

Une échographie de l'abdomen a permis d'exclure une cause post-rénale de l'insuffisance rénale. La seule anomalie constatée était un manque de netteté du parenchyme rénal.

Lors des tests urinaires effectués (tab. 2), le profil des protéines urinaires était anormal. En effet, les protéines dans l'urine spontanée étaient de 323 mg/l (<150 mg/l), avec un quotient créatinine/protéine de 71 mg/mmol (<7,9 mg/mmol) et une protéinurie estimée de 718 mg par jour (<150 mg/jour). Ainsi, l'anamnèse et les résultats de l'échographie suggéraient une possible néphrite interstitielle;

Commentaire

Après avoir exclu les diagnostics différentiels précédemment mentionnés, il a désormais été suspecté que les instillations de BCG étaient la cause de l'insuffisance rénale aiguë, y compris de l'hypercalcémie, car elles coïncidaient temporellement avec la détérioration de l'état général décrite par le patient.

Sur le plan physiopathologique, une réaction inflammatoire sévère, possiblement aussi granulomateuse, aux instillations de BCG a été supposée. Cela aurait pu expliquer la nécrose tubulaire et fournir une indication sur l'hypercalcémie avec augmentation de la vitamine 1,25-OH D₃.

Des cas de néphrite interstitielle, parfois granulomateuse, ont certes été décrits dans la littérature suite à une instillation de BCG, mais aucune nécrose tubulaire aiguë n'a été rapportée.

une biopsie rénale a donc été effectuée pour l'exclure.

Cette dernière a révélé des signes de nécrose tubulaire aiguë, en partie en cours de régénération, ainsi que des signes d'atteinte post-rénale (de longue date ou antérieure). Il n'y avait pas de signes de précipitations de phosphate de calcium ou d'inflammation granulomateuse, ni de signes de glomérulonéphrite rapidement progressive.

Le diagnostic d'infection aiguë des voies urinaires n'a pas pu être confirmé: nombre de leucocytes 354 (<25/μl) seulement légèrement augmenté; peu de bactéries (148/μl), et l'examen microbiologique est resté sans croissance de germes jusqu'à la sortie du patient.

Ces résultats n'ont pas permis de tirer de conclusions formelles, car la nécrose tubulaire aiguë ne permet pas de déterminer la cause.

Évolution: 2^e hospitalisation

Deux mois plus tard, le patient s'est à nouveau présenté aux urgences. Il se plaignait de fatigue, de troubles de la concentration et de faiblesse générale, ainsi que d'une polydipsie et d'une polyurie croissantes depuis plusieurs jours. Le patient a affirmé ne pas présenter de symptômes tels qu'une faiblesse musculaire, des nausées, des vomissements, une constipation, des douleurs abdominales, une perte de poids, des douleurs osseuses, une dysurie, une algurie, une hématurie ou de la fièvre/des frissons.

Cliniquement, le patient était stable sur le plan circulatoire (PA 161/87 mm Hg, FC 80/min, SpO₂ 97%, T 36,6 °C), dans un état général diminué et légèrement ralenti. L'examen clinique était au demeurant sans particularité.

Les analyses de laboratoire ont révélé une hypercalcémie prononcée de 3,16 mmol/l et un faible taux de parathormone de 1,5 pmol/l (1,95–8,49 pmol/l), ainsi qu'un taux élevé de 1,25(OH)₂-vitamine D de 99,3 ng/l (15,2–90,1 ng/l) et un peptide apparenté à la parathormone (PTHrP) inférieur à 0,78 pmol/l (<1,47 pmol/l). Comme aucune instillation de BCG n'avait été effectuée entre-temps, il a été jugé improbable qu'elle en soit la cause. Le dernier examen d'imagerie concernant la tumeur de la vessie datant de six mois, une TEP-TDM a été réalisée pour rechercher une tumeur.

L'examen de TEP-TDM (fig. 1) a révélé des foyers diffus, à forte activité métabolique, dorsalement à la paroi de la vessie jusqu'au sigmoïde, ainsi que des foyers dans la vésicule séminale et la prostate et une affection diffuse du péritoine. Il a été estimé qu'il s'agissait le plus probablement d'une récurrence du carcinome urothélial avec carcinose péritonéale. Ensuite, une résection transurétrale de la vessie, une biopsie de la prostate et une laparoscopie ont été réalisées afin de préciser le diagnostic des

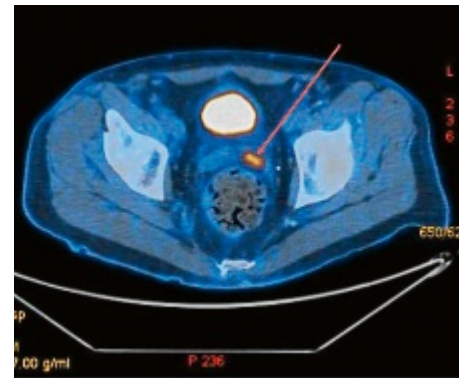


Figure 1: PET-CT: foyer métaboliquement actif entre la vessie et le sigmoïde.

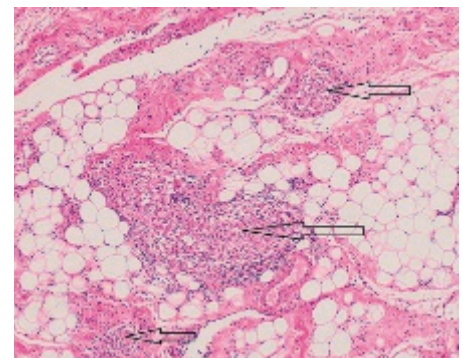


Figure 2: Omentum majus avec inflammation granulomateuse, coloration HE, agrandissement ×100.

zones suspectes de tumeur dorsalement à la vessie, avec prélèvement de biopsies.

L'examen histologique des échantillons prélevés dans le cadre de la résection transurétrale de la vessie a révélé une récurrence du carcinome urothélial papillaire non invasif G3 dans le dôme de la vessie. Dans l'échantillon de tissu du plancher de la vessie, une inflammation chronique, en partie à cellules géantes, avec calcification intramurale sans malignité a été constatée. Les biopsies du grand épiploon (fig. 2) et de la prostate ont également montré une inflammation granulomateuse sévère (fig. 3). La suspicion de métastases et de carcinose péritonéale n'a pas pu être confirmée.

C'est à ce moment-là que nous avons reçu le résultat de l'analyse urinaire mycobactériologique de la première hospitalisation, qui montrait désormais une croissance de *Mycobacterium bovis* BCG après dix semaines. Le test de résistance a montré une sensibilité à l'éthambutol, à l'isoniazide, à la rifampicine et à la streptomycine et une résistance au pyrazinamide.

Les analyses PCR réalisées sur les biopsies du grand épiploon et de la prostate sont restées négatives pour les mycobactéries, y compris le type *Mycobacterium bovis* (aucune recherche de mycobactéries par cultures n'a été effectuée).

Case report

Conclusion

Au vu des résultats pris dans leur ensemble, nous avons posé le diagnostic d'une infection locale à *Mycobacterium bovis* (BCGite) consécutive aux instillations de BCG dans le cadre du carcinome urothélial papillaire de la vessie et de récurrence locale du carcinome urothélial dans le dôme de la vessie.

Un traitement antituberculeux associant éthambutol, rifampicine et isoniazide a été instauré. Sous ce traitement, la fatigue et les performances se sont rapidement améliorées. Le traitement a été arrêté au bout de six mois. Les paramètres inflammatoires sont restés dans la norme après l'arrêt du traitement. Un examen de TEP-TDM 2 semaines après l'arrêt du traitement a montré une régression complète de l'activité métabolique dans la paroi de la vessie ainsi qu'une nette régression des infiltrats épiploïques/mésentériques qui avaient fait suspecter une carcinose péritonéale.

L'hypercalcémie ayant conduit au diagnostic et le taux élevé de 1,25(OH)₂-vitamine D se sont normalisés et ne sont plus survenus par la suite.

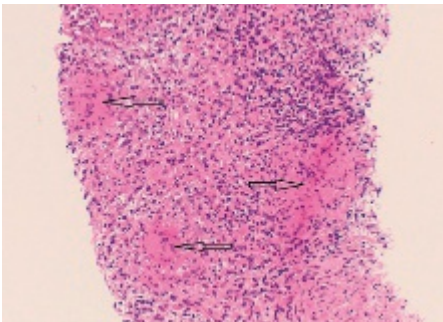


Figure 3: Prostate avec inflammation granulomateuse, coloration HE, agrandissement $\times 100$.

L'hypercalcémie frappante, dont le diagnostic différentiel est présenté dans l'organigramme ci-dessous, n'a pas été causée par des métastases osseuses dans le cas décrit ici, comme cela avait été supposé initialement, mais le plus vraisemblablement par l'infection à mycobactéries. La constellation des valeurs de laboratoire associant un taux élevé de 1,25(OH)₂-vitamine D et simultanément un faible taux de PTHrP indique un excès de 1,25(OH)-vitamine D. Comme un ap-

blement par l'infection à mycobactéries. La constellation des valeurs de laboratoire associant un taux élevé de 1,25(OH)₂-vitamine D et simultanément un faible taux de PTHrP indique un excès de 1,25(OH)-vitamine D. Comme un ap-

Tableau 2: Analyse d'urine.

Urine	Plage de référence	
Créatinine dans l'urine spontané	3,46–22,9 mmol/l	4,528 l
Protéines dans l'urine spontanée	<150 mg/l	325
Protéine/créatinine	<7,9 mg/mmol	71,8
Protéinurie estimée/jour	<150 mg/jour	718,4
Sodium	54-190 mmol/l	45
Excrétion sodium / créatinine	10,6-19,3 mmol/mmol	10,1
Osmolalité	50-1200 mosmol/kgH ₂ O	349
** Cytométrie en flux du sédiment urinaire*		
Leucocytes	<25 / μ l	354
Érythrocytes	<23 / μ l	5
Cellules épithéliales	<31 / μ l	13
Cellules épithéliales pavimenteuses	<31 / μ l	0,3
Cellules épithéliales de transition	<1 / μ l	0,3
Cylindres	<1.7 / μ l	0.9
Cylindres hyalins	<1 / μ l	0,4
Bactéries	/ μ l	148
Champignons	<1 / μ l	1
Mucus	<1 / μ l	0
Conductivité	7–28 mS/cm	6,4

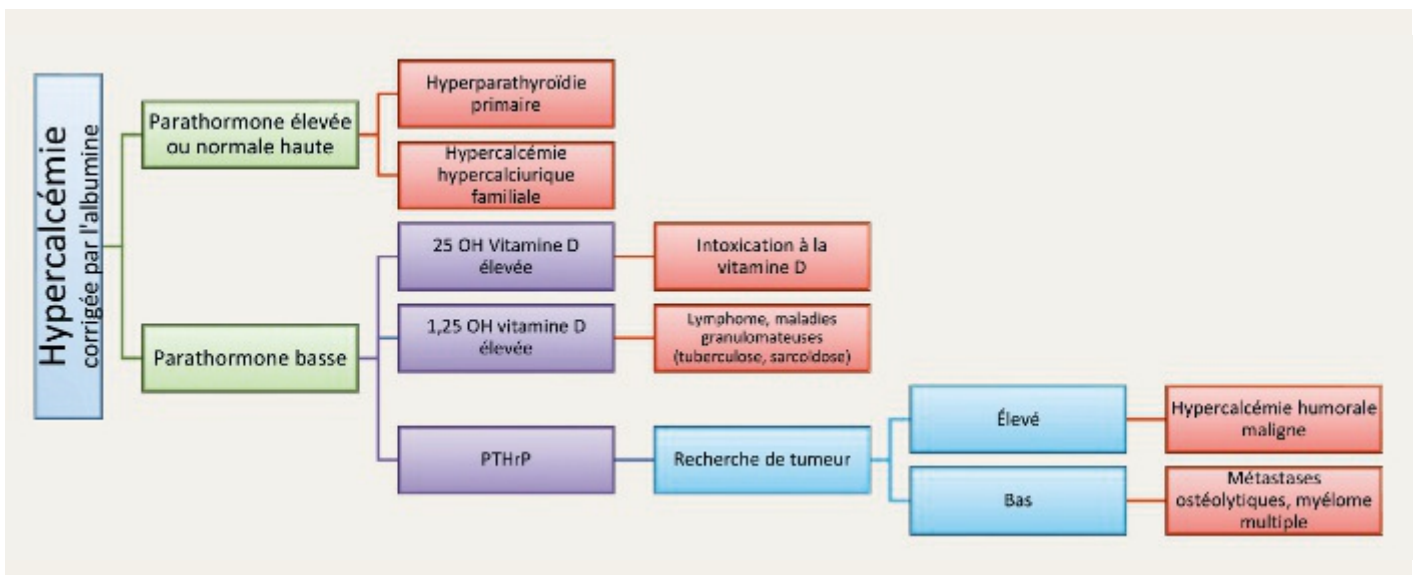


Figure 4: Diagnostic différentiel de l'hypercalcémie, PTHrP = Parathormon related peptide. PTHrP = peptide apparenté à la parathormone.

port exogène de calcitriol, par exemple par substitution excessive, a pu être exclu compte tenu du taux normal de 25(OH)-vitamine D, seule une production endogène entraine encore en ligne de compte, comme cela se produit dans les granulomatoses (sarcoïdose, tuberculose, lèpre, histioplasmose, etc.) et lors d'une activation paraneoplasique de la vitamine D au sens d'une conversion de la 25-OH-vitamine D présente dans l'organisme en 1,25(OH)₂-vitamine D par la 1 α -hydroxylase (maladie de Hodgkin, lymphomes à cellules T, léiomyoblastome). La détermination du PTHrP revêt une grande importance diagnostique dans la mesure où le PTHrP est produit de manière ubiquitaire et non pas uniquement dans la glande parathyroïde comme c'est le cas de la parathormone. Les cellules tumorales peuvent également produire du PTHrP et entraîner ainsi une hypercalcémie par une absorption accrue de calcium par les reins et à partir des os, comme c'est le cas pour la parathormone.

Aucun des examens de laboratoire et des examens radiologiques effectués n'a révélé de signes de lymphome. Ainsi, la BCGite dans le cadre des instillations de BCG est la cause la plus probable. La pathogenèse de l'hypercalcémie dans les granulomatoses s'explique par une surproduction de 1,25(OH)₂-vitamine D dans les macrophages formant les granulomes, ce qui augmente l'absorption gastro-intestinale du calcium et le taux sérique de calcium.

Le BCG (Bacille de Calmette-Guérin), une bactérie atténuée de type sauvage de *Mycobacterium bovis*, est utilisé depuis 1921 comme vaccin vivant contre la tuberculose. Depuis les années 1980, il est utilisé avec succès dans le traitement des tumeurs non invasives de la vessie.

Les infections causées par *Mycobacterium bovis* BCG sont une complication rare – dans la littérature, l'incidence cumulée est estimée à moins de 5%. L'intervalle de temps entre le traitement et l'apparition des symptômes est en moyenne de 170 jours [1]. Les hommes sont nettement plus souvent touchés (plus de 95%). La manifestation la plus fréquente de la BCGite est l'infection systémique (34%), suivie de l'infection locale (urogénitale) (23%). Les autres sites de manifestation sont ostéomusculaires (20%, par ex. arthrite, spondylodiscite, abcès musculaire) ainsi que vasculaires (6%), oculaires (9%), hépatiques (6%), cutanés (1%) et pulmonaires (0,7%) [2, 3].

6% des infections urogénitales à mycobactéries tuberculeuses touchent la vessie, soit sous forme d'ulcérations solitaires avec nécrose parfois caséuse, soit sous forme de cystite avec leucocyturie stérile. La fréquence de l'atteinte rénale est estimée à 3,5% dans la littérature et celle-ci peut se manifester par une néphrite avec inflammation granulomateuse ou par une tumeur rénale à l'imagerie.

Il convient en revanche d'en distinguer une réaction d'hypersensibilité après instillation de BCG, qui peut également s'accompagner d'une formation granulomateuse, mais dans laquelle des germes ne sont pas mis en évidence. Dans ce cas, le traitement consisterait en l'administration de corticoïdes par voie systémique.

Dans le cas décrit ici, *Mycobacterium bovis* BCG a pu être mis en évidence par culture. La BCGite a touché la prostate, la vessie et le péritoine adjacent. Le traitement consiste en l'administration d'une triple association d'éthambutol, de rifampicine et d'isoniazide pendant six à neuf mois. Dans les cas graves, par exemple en cas de tuberculose miliaire ou de méningite tuberculeuse, des glucocorticoïdes sont également utilisés. Il existe toujours une résistance intrinsèque au pyrazinamide.

Take-Home Message

- Face à des symptômes non spécifiques, il convient de penser à un trouble électrolytique!
- La cause de l'hypercalcémie doit être délimitée à l'aide du taux de parathormone, de PTHrP, de 25-OH-vitamine D et de 1,25(OH)₂-vitamine D (fig. 4) et traitée de manière ciblée.
- Une infection tuberculeuse pertinente à *Mycobacterium bovis* (BCGite) peut également être provoquée par des instillations de BCG et doit être traitée par la triple association de rifampicine, d'éthambutol et d'isoniazide pendant au moins six mois. Dans le cadre du diagnostic différentiel, il faut penser à une réaction d'hypersensibilité stérile.

Correspondance

Diana Lehmann
Allgemeine Innere Medizin
Hirslanden Klinik Zürich
Witellikerstrasse 40
CH-8032 Zürich
[lehmann.diana\[at\]hotmail.com](mailto:lehmann.diana[at]hotmail.com)

Remerciements

Nous remercions le service de radiologie de la clinique Hirslanden de Zurich pour les clichés radiologiques. Nous remercions le Dr Horcic de l'Institut für histologische und zytologische Diagnostik AG Aarau pour les images histologiques.

Conflict of Interest Statement

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

Références

1 Larsen ES, Nordholm AC, Lillebaek T, Holden IK, Johansen IS. The epidemiology of bacille Calmette-Guérin infections after bladder instillation

from 2002 through 2017: a nationwide retrospective cohort study. *BJU Int.* 2019 Dec;124(6):910–6.
2 Medicine (Baltimore). 2014 Oct;93(17):236–54. Bacillus Calmette-Guérin (BCG) infection following intravesical BCG administration as adjunctive therapy for bladder cancer: incidence, risk factors, and outcome in a single-institution series and review of the literature.
3 Levi L, Groh M, De Castro N, Bergeron A, Schlemmer F. [BCG infection following intravesicular immunotherapy for bladder cancer]. *Rev Mal Respir.* 2018 Apr;35(4):416–29.



EMPLOIS

Bulletin des médecins suisses



À consulter
maintenant!

Publier des offres d'emploi là où elles sont lues!

- Abonnements de recherche avec notifications
- Possibilité de postuler et administration des candidatures
- Optimisé pour tous les terminaux



jobs.saez.ch

Powered by:
EMHMedia
SCHWEIZERISCHER ÄRZTEVERLAG
EDITIONS MEDICALES SUISSES