



AGAMag'

Mars 2021
n° 31

NOTRE PROFESSION
TPT et TPNI

A PROPOS DE...
Le vaccin anti-COVID

HORS-SUJET
La Zambie



LE THEME

La pathologie de l'épaule

AGAM

Association Genevoise
des Assistantes & Assistants Médicaux



Contribuez à votre journal

ENVOYEZ-NOUS VOS TEXTES
POUR LE PROCHAIN NUMÉRO

jusqu'au 3 mai 2021 au courriel suivant : journal@agam-ge.ch

www.agam-ge.ch

Allez vous promener sur le site internet de l'AGAM, vous y trouverez diverses informations, la possibilité de vous inscrire aux formations continues, de poster et de consulter les offres d'emploi. Pour les assistant-e-s qui ne sont pas encore inscrit-e-s sur notre **MailingList**, mais intéressé-e-s à suivre les cours, merci de consulter notre site internet et de vous y inscrire directement.

*Chers membres,
Chers partenaires,*

L'AGAM organise désormais tous les cours pratiques et théoriques de formation continue. Nous nous efforçons en permanence de vous offrir des cours vous permettant de développer et de maintenir vos compétences professionnelles. Pour ce faire, nous sommes à la recherche de matériel tel que:

ECG, chariot, stérilisateur, tensiomètre manuel etc.

Si vous souhaitez offrir une deuxième vie à du matériel que vous n'utilisez plus, nous vous invitons à contacter Sara ou Estime. En vous remerciant d'avance de votre collaboration



Centre de Thérapies
et de Formations en
Hypnose

Formation professionnelle en hypnose

Formation en hypnose thérapeutique complète, sur une année, permettant d'acquérir de solides compétences pour une pratique professionnelle
Certification hypnothérapeute NGH

Formation d'hypnose dans les soins

Cursus sur 5 mois destiné à outiller le personnel soignant pour les actes médicaux

Relation patient - Douleurs - Anesthésie - Hypnose conversationnelle

Nouveau: Option pédiatrie (1 jour 1/2 sup.)

Formation de SleepTalk®

La formation a pour but de venir en aide aux enfants de manière douce. Les thérapeutes évaluent les besoins de l'enfant et adapte une méthode individualisée transmise aux parents.

Contact et informations supplémentaires

www.temet-nosce.ch

Route des Jeunes 9 • 1227 Genève • 077 427 82 61 • Maha Lahode

SOMMAIRE

Actualités	2
Notre Profession	3-5
TPT et TPNI	
Le thème	6-11
La pathologie de l'épaule	
Formation continue	12-13
Conférences et cours 2021	
A propos de ...	14-15
Le vaccin anti-COVID	
Hors-sujet	
La Zambie	16-17
Partenaires	
Agenda	18
Impressum	19-20
	20

COORDONNEES DU COMITE AGAM

AGAM – 1200 Genève
Tél.: 077 501 77 43
www.agam-ge.ch
comite@agam-ge.ch

Présidente

Marie Estime LORREUS GACHET

AGAM, 1200 Genève
Tél.: 077 409 53 21
presidente@agam-ge.ch

**Vice-présidente, trésorière
& fichier des membres**

Isabel IGLESIAS

AGAM 1200 Genève
Tél. : 076 389 43 24
tresorier@agam-ge.ch

Responsable du journal

Sara OEUVRAY

AGAM, 1200 Genève
Tél. : 076 693 27 18
journal@agam-ge.ch

**Formation continue
(conférences)**

Virginie DUPERTUIS

AGAM, 1200 Genève
Tél.: 076 693 20 21
formation@agam-ge.ch

**Formation continue
(cours pratiques)**

Fabienne SEDDA

AGAM, 1200 Genève
Tél.: 079 175 51 71
formation@agam-ge.ch

Déléguée auprès de la FMH

Christine ECUYER

AGAM, 1200 Genève
Tél. : 078 775 92 05
deleguefmh@agam-ge.ch

EDITORIAL

*Chères lectrices,
Chers lecteurs,*

Le coronavirus est malheureusement toujours d'actualité pour cette année 2021. Dans ce premier numéro de l'année, votre journal vous informe des nouveautés concernant l'évolution de cette situation sanitaire avec l'arrivée du vaccin anti-covid à ARN Messenger.

Vous allez également découvrir une nouvelle formation pour la profession d'assistant-e médical-e qui débutera courant septembre. Celle-ci donnera la possibilité aux personnes non-diplômées et exerçant déjà le métier d'obtenir un CFC après 2 ans de formation.

Dans ce numéro, nous avons également choisi de vous décortiquer une articulation de notre corps, l'épaule. De la naissance à l'âge avancé, l'épaule peut être douloureuse à tous les stades de la vie.

Enfin, pour vous ressourcer, vous faire oublier tous les tracés de la vie quotidienne, nous vous proposons de vous évader dans un pays d'Afrique australe, la Zambie.

Bonne lecture !

Sara Oeuvsray

ACTUALITÉS

Du nouveau à Genève !

Une nouvelle formation d'assistant-e médical-e pour adulte en emploi va prochainement voir le jour à Genève. Mise en place d'un commun accord entre l'OFPC, l'OrTra santé social Genève, l'AGAM et l'AMGe, celle-ci remplacera l'actuelle formation proposée dans le cadre d'une procédure de Validation des Acquis de l'Expérience (VAE).

Cette nouvelle formation, l'article 32 de l'Ordonnance fédérale sur la Formation Professionnelle (OFPr), permet aux intéressé-e-s d'obtenir une première ou une nouvelle certification. La procédure de qualification est la même que pour les apprenti-e-s et elle a également lieu en même temps. Pour entrer dans cette procédure de qualification, les personnes doivent préalablement disposer d'au moins cinq années d'expérience professionnelle dont 3 ans dans la profession d'AM.

L'actuelle formation par VAE a été jugée peu efficiente pour permettre aux candidat-e-s d'obtenir un CFC. En effet, organisée sur base modulaire, les candidat-e-s attendaient parfois de nombreuses années avant de pouvoir valider l'ensemble des modules de formation. En outre, le contenu de la formation n'était plus en adéquation avec celui édicté par la nouvelle ordonnance sur la formation professionnelle initiale d'assistant-e médical-e avec CFC.

Par ailleurs, afin de faciliter la conciliation entre vie professionnelle, familiale et la formation, les horaires de formation ont été révisés. Ainsi, celle-ci se tiendra à l'avenir uniquement en journée les vendredis et les samedis.

Cordonnée par l'OrTra, cette formation débutera en **septembre 2021**. Elle accueillera 18 participant-e-s, trié-e-s sur les volets par l'OFPC, et durera 2 ans pour cette première volée pilote. Au terme de ce pilote, le groupe de travail évaluera l'opportunité de raccourcir davantage encore la durée de formation.

L'AGAM souhaite d'ores et déjà bonne chance à tous-tes les candidat-e-s.

Estime Lorréus Gachet
Présidente



NOTRE PROFESSION

TEST DE PREMIER TRIMESTRE ET TEST PRÉNATAL NON INVASIF

Le test de premier trimestre (TPT) est proposé à toutes les femmes enceintes, entre la 11^e et la 14^e semaine de grossesse. Il sert à déterminer le risque d'anomalies chromosomiques chez l'enfant à naître pour les trisomies 21, 18 et 13.

Ce test comprend une échographie réalisée vers la 12^e semaine et une analyse de sang maternel. Il permet donc de calculer un risque potentiel. L'un des éléments primordiaux pour ce calcul de risque est la clarté nucale. Cela consiste à mesurer, à l'échographie, l'épaisseur de la nuque de l'embryon. Le risque augmente donc en fonction de l'épaisseur de celle-ci. Un autre marqueur important est le dosage sanguin de la β -hCG libre et de la protéine PAPP-A. Ces substances se retrouvent dans le sang de toutes les femmes enceintes, mais à un taux différent chez un fœtus porteur de trisomie 21, 18 ou 13.

L'âge de la maman, combiné aux éléments précités, permettent le calcul de probabilité statistique d'avoir un fœtus porteur d'une de ces trois trisomies. C'est donc bien une probabilité et non une fiabilité.

Un résultat est considéré comme augmenté ou intermédiaire lorsque le risque de trisomie est supérieur à 1 sur 1000 (1/500, 1/150, 1/50, etc). Ce résultat ne prouve donc ainsi pas la présence d'une trisomie mais calcule bien un risque de trisomie.



Selon le niveau de risque, d'autres tests peuvent être proposés au cas par cas :

- un test prénatal non invasif (TPNI) en cas de risque intermédiaire, supérieur à 1 sur 1000 et si l'échographie est normale;
- un diagnostic prénatal invasif (choriocentèse, amniocentèse) en cas de risque élevé et en combinaison avec d'autres critères (échographie anormale, grossesse multiple, clarté nucale très élevée, etc).

Le test prénatal non invasif (TPNI) est proposé dès la 10^e semaine de grossesse. Il est réalisé à partir d'une simple prise de sang chez la femme enceinte et ne présente donc aucun danger pour le fœtus.

Ce test est pris en charge par l'assurance obligatoire des soins (AOS) uniquement si le fœtus présente un risque de trisomie supérieur à 1 sur 1000 à l'issu du TPT. Cette analyse permet donc d'analyser le matériel génétique du fœtus (ADN) libéré par le placenta dans le sang de la mère.

Un résultat négatif signifie que le risque de trisomie 13, 18 et 21 chez le fœtus est très faible (moins de 1%) et dans ce cas, l'amniocentèse n'est donc pas indiquée.

Lorsque le test est positif, cela indique que le fœ-



TEST DE PREMIER TRIMESTRE ET TEST PRÉNATAL NON INVASIF

tus est très probablement porteur de la trisomie (99.9% pour la trisomie 21). Ce résultat doit donc impérativement être confirmé par un diagnostic invasif de type amniocentèse. Les résultats du test sont disponibles dans les 5 à 8 jours ouvrables.

Les conditions de prise en charge de ce test sont définies par l'article 13b de l'Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS). Comme toutes analyses génétiques, un consentement écrit de la femme enceinte est obligatoire et cette analyse peut être prescrite uniquement par des spécialistes en gynécologie et obstétrique avec une formation approfondie en médecine fœto-maternelle.

Cette analyse est récente et permet avec une grande fiabilité (99.9%) de déterminer si le fœtus

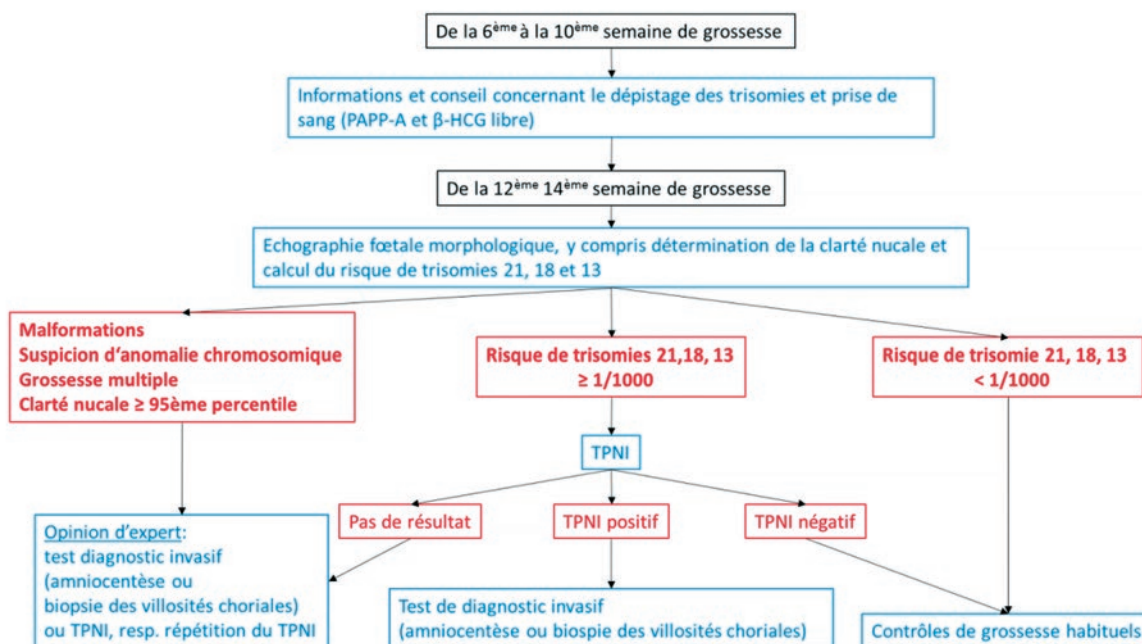
est potentiellement porteur de la trisomie 21, 18 ou 13. Il est non invasif et ne présente donc aucun danger pour le fœtus ou la mère, comme c'est le cas avec l'amniocentèse et/ou le prélèvement des villosités chorales.

En effet, jusqu'en 2016, ces deux examens invasifs étaient systématiquement proposés aux futures mères de 35 ans et plus, partant du principe qu'à partir de cet âge, le risque était de 1 sur 360 et remplissant ainsi largement les conditions de l'OPAS.

Sara Oeuvray

Sitographie :

www.hug.ch
www.admin.ch



D O S S I E R

La pathologie de l'épaule

L'épaule est une articulation particulière du corps humain et se distingue des autres articulations, y compris des articulations du membre supérieur. Elle est suspendue par rapport au tronc, et n'a pour point de fixation que l'extrémité latérale de la clavicule (articulation acromio-claviculaire), l'autre extrémité de la clavicule s'articulant avec le manubrium sternal, le reste de la fixation étant assurée par les muscles. Cette particularité est l'origine de l'extrême mobilité de l'épaule et de la pathologie, qui, elle, aussi, est différente des autres articulations.

Un peu d'anatomie pour commencer

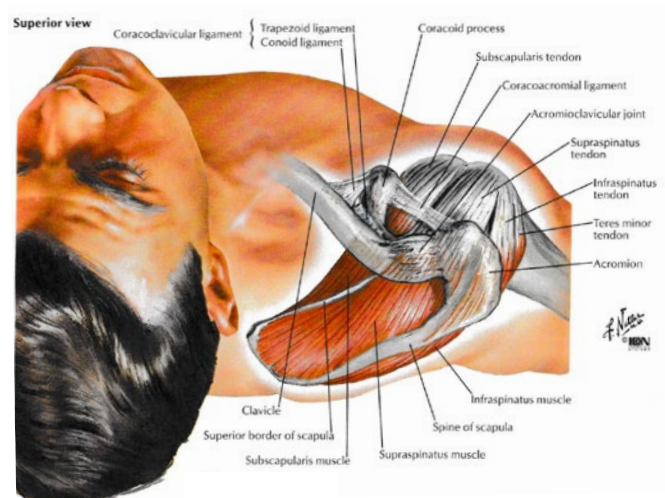
L'articulation de l'épaule est formée de trois pièces osseuses :

- la clavicule encroutée de cartilage à ses deux extrémités ;
- l'omoplate, composée d'une écaïlle qui se renfle à un de ses sommets en un massif osseux, de la glène qui est recouverte de cartilage sur la face postérieure de l'écaïlle et de l'épine de l'omoplate qui se prolonge avec l'acromion, surplombant la glène ;
- l'acromion a une surface encroutée de cartilage qui s'articule avec la clavicule et formant ainsi l'articulation acromio-claviculaire.

L'humérus, os long du bras, a une épiphyse sphérique encroutée de cartilage, s'articulant avec la glène.

L'épaule se décompose en deux articulations au sens premier du terme et d'une pseudo articulation que représente la fixation de l'omoplate. L'articulation acromio-claviculaire est une arthrodie qui a trois degrés de mobilité mais dont les amplitudes restent limitées. L'articulation gléno-humérale est une énarthrose dont les surfaces articulaires sont très différentes en taille, les faisant volontiers comparer à une balle de golf sur son tee. La mobilité de la gléno-humérale a de grandes amplitudes dans les trois plans de l'espace.

L'omoplate est plaquée sur le thorax par des muscles qui sont séparés de l'omoplate et du thorax par des bourses séreuses qui assurent le glissement de l'omoplate sur le thorax, la portant en avant ou en arrière, ou vers le haut ou le bas ou toute combinaisons de ces deux mouvements. Cette mobilité est limitée par l'articulation acromio-claviculaire, mais avec aussi des mouvements de la clavicule par rapport au thorax. La combinaison de l'ensemble de ces mouvements permet des mouvements de circumduction du bras.



La stabilité de ces articulations est principalement assurée par les ligaments et les muscles qui entourent ces articulations, contrairement au membre inférieur où la stabilité des articulations repose principalement sur l'emboîtement des pièces osseuses. Autour de l'articulation de l'épaule, et en plus des muscles qui assurent la motricité, circulent les vaisseaux (artères, veines et lymphatiques) et les nerfs destinés à l'innervation motrice et sensitive du membre supérieur (plexus brachial) d'une importance particulière pour l'utilisation du membre supérieur.

La pathologie est, elle aussi, extrêmement variée, et se manifeste de façon différente selon les âges.

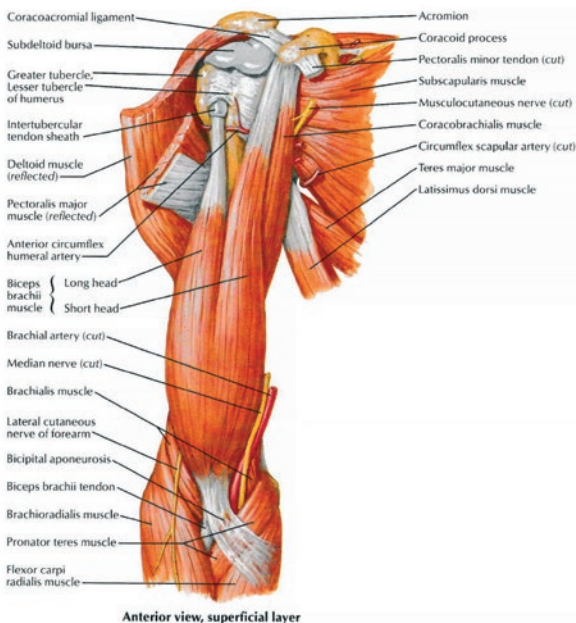
Les principales pathologies liées à la naissance

A la naissance, les principales pathologies sont liées aux manœuvres d'accouchement et favorisées par les accouchements dystociques. La paralysie obstétricale du plexus brachiale se manifeste par un bras flasque qui ne bouge pas aux différents stimuli. Il s'agit d'une élévation des racines du plexus

brachial. Elle évolue vers une amélioration mais avec des séquelles plus ou moins importantes et des rétractions des muscles atrophiques, mal innervés qui génèrent des déformations osseuses. Très rapidement, une chirurgie de greffe nerveuse des racines lésées peut corriger et améliorer la récupération nerveuse et par là même minimiser les séquelles et permettre un développement pratiquement normal du membre supérieur.

Plus tard dans l'enfance, seule la chirurgie de transferts tendineux couplés à des gestes d'arthrolyse et de ténotomie des muscles rétractés décrites dans les années trente reste la solution la plus efficace mais au prix de séquelles importantes et de raccourcissement du membre supérieur.

Le diagnostic peut être difficile avec la fracture du décollement épiphysaire de l'extrémité supérieure de l'humérus, car là encore le bras est flasque et sans mobilité. La radiographie est pauvre car le squelette est encore peu minéralisé au niveau épiphysaire. L'échographie est utile pour mettre en évidence la fracture et l'hématome périosté.



Les anomalies de développement osseux, comme les agénésies de la glène sont présentes dès la naissance mais de découverte beaucoup plus tardive, car très bien tolérées pendant très longtemps. Elles peuvent devenir source d'instabilités ou d'arthrose et posent alors des problèmes thérapeutiques parfois très difficiles à résoudre.

L'enfance n'est pas marquée d'une pathologie spécifique. Mais c'est à cette période que l'on peut constater une hyperlaxité de l'épaule par des amplitudes articulaires ex-

gérées et principalement une rotation de l'épaule coude au corps au-delà de 90° (qui est le meilleur signe diagnostique). L'examen clinique doit s'attacher à dissocier la mobilité gléno-humérale de la mobilité scapulo-thoracique. Il est important de rechercher si cette hyperlaxité est isolée, parfois au seul membre supérieur, ou si elle s'intègre dans un syndrome héréditaire comme le syndrome de Marfan (avec une grande taille des troubles oculaires et cardiaques) ou plus sévère encore dans la maladie d'Ehler Danlos qui est un trouble héréditaire du tissu conjonctif (hyperélasticité cutanée et hyperlaxité sévère diffuse).

L'hyperlaxité simple évolue, normalement, vers une diminution et une mobilité normale à l'âge adulte. Mais elle s'expose à l'instabilité et ou peut devenir douloureuse vers l'adolescence.

La luxation volontaire postérieure de l'épaule

Un chapitre particulier est la luxation volontaire postérieure de l'épaule. Elle peut être uni ou bilatérale. Elle s'installe progressivement, elle est totalement indolore, et s'explique par la distension progressive de la capsule et des ligaments et est aggravée par les contractions musculaires qui amènent la tête de l'humérus en arrière de la glène avec un ressaut visible. Elle devient un jeu pour l'enfant, mais aggrave une hyperlaxité déjà préexistante. Le traitement repose essentiellement sur la prise de conscience du caractère pathogène d'une telle pratique qui doit être totalement proscrite. Normalement, l'âge permet de voir disparaître cette pathologie. Parfois des dégâts capsulo-ligamentaires anatomiques rendent ces luxations postérieures volontaires douloureuses et persistantes au-delà de l'adolescence. Leur traitement en est difficile et repose sur les mêmes principes que les luxations postérieures traumatiques.

Durant l'enfance, la pathologie traumatique n'a aucune particularité au niveau de l'épaule par rapport aux autres articulations.

La pathologie de l'instabilité et des luxations

L'adolescence est marquée par l'apparition de la pathologie de l'instabilité et des luxations. Elle peut siéger à deux niveaux, acromio-claviculaire et gléno-humérale. Cette pathologie se prolonge tout au long de la vie.

L'instabilité acromio-claviculaire est toujours post-traumatique. Certains sports comme le rugby et le vélo exposent plus particulièrement à ce type de lésion.

La stabilité de l'articulation acromio-claviculaire est assurée par des ligaments périarticulaires que sont les ligaments acromio-claviculaires, et par des ligaments extra articulaires que sont les ligaments coraco-claviculaires. La coracoïde est une apophyse située en dedans de la glène sur laquelle sont insérés les ligaments coraco-claviculaires. L'insertion claviculaire de ces ligaments se faisant à distance de l'articulation acromio-claviculaire. L'instabilité acromio-claviculaire ou luxation acromio-claviculaire ou disjonction acromio-claviculaire, se fait par la rupture partielle ou complète des ligaments acromio-claviculaires et coraco-claviculaires, et elle fragilise le seul élément de fixation de l'épaule au reste du squelette du tronc.

La manifestation clinique est une chute de l'omoplate et de l'épaule associée à une déformation du relief de l'articulation acromio-claviculaire qui est sous la peau.

L'épaule est douloureuse, et la palpation retrouve la déformation et une mobilité excessive de l'articulation acromio-claviculaire décrite comme une touche de piano et un tiroir antéro-postérieur.

L'intensité de la déformation de la mobilité de l'articulation acromio-claviculaire permet de décrire différents stades.

Si les déformations modérées qui sont le fait d'une atteinte des seuls ligaments acromio-claviculaires avec un respect quasi complet des ligaments coraco-claviculaires, cicatrisent toujours avec une récupération ad integrum après un traitement orthopédique qui repose sur une immobilisation coude au corps, suivie d'une physiothérapie, les atteintes conjointes des ligaments acromio-claviculaires et coraco-claviculaires sont plus compliquées et posent des problèmes thérapeutiques. Cette atteinte bipolaire rend la réparation difficile. Car si les ligaments coraco-claviculaires sont relativement faciles à réparer, à l'inverse les ligaments acromio-claviculaires sont beaucoup plus difficiles à réparer chirurgicalement. Il est facile de réparer ces lésions en urgences, car la stabilisation par la reconstruction des ligaments coraco-claviculaires permet de réduire l'articulation acromio-claviculaire en bonne position ce qui permet aux ligaments acromio-claviculaires de cicatriser. Passé la troisième semaine après le traumatisme, les ligaments acromio-claviculaires n'ont plus la capacité de cicatriser spontanément, et la seule réparation des ligaments coraco-claviculaires est insuffisante, et nécessite des gestes de ligamentoplastie.

Le risque est une réparation insuffisante avec la persistance d'une instabilité résiduelle, source de douleur, de faiblesse musculaire, et surtout elle expose à une récurrence de disjonction acromio-claviculaire pour une répétition du traumatisme même

minime en intensité ou à une dégradation arthrosique de l'articulation acromio-claviculaire.

L'instabilité de l'articulation gléno-humérale se manifeste par des luxations de l'épaule avec une perte de contact totale entre les deux surfaces articulaires, et par des subluxations, où la perte de contact entre les surfaces articulaires est partielle et incomplète et qui sont regroupées sous le terme générique d'épaule douloureuse instable.

Les luxations de l'épaule sont principalement antérieures, ou plus exactement antéro-internes.

La relative incongruence de l'articulation gléno-humérale du fait de l'asymétrie de taille des surfaces articulaires de la tête humérale qui est la plus grande et de la surface de la glène de l'omoplate qui est beaucoup plus petite, est améliorée par un fibrocartilage qui augmente en partie la surface articulaire de la glène de l'omoplate, et par des ligaments qui partent de ce fibrocartilage ou labrum et vont s'insérer sur la tête de l'humérus. Mais elle explique la capacité de l'articulation gléno-humérale à se déboîter et à se luxer.



La luxation se produit lors d'un traumatisme violent, et provoque une déformation caractéristique de l'épaule, associant une abduction rotation interne et un "coup de hache" sous le relief de l'acromion. La luxation est très douloureuse, et n'est calmée que par la réduction de la luxation par des manœuvres externes. Mais elle peut se réduire spontanément pendant le traumatisme et se résume alors à une douleur intense suivie d'une sensation d'endolorissement de l'épaule qui s'estompe rapidement, faisant méconnaître le diagnostic et exposant à une instabilité permanente source de luxations récidivantes. La luxation provoque la déchirure du fibrocartilage ou labrum ou bourrelet glénoïdien inséré sur la glène de l'omoplate. La luxation peut s'accompagner de lésions des structures anatomiques qui sont au voisinage de l'épaule. En premier lieu, elle peut s'accompagner d'atteinte des nerfs avec des paralysies qui le plus souvent récupèrent spontanément sans

nécessité de réparation chirurgicale. Mais aussi d'atteinte vasculaire, surtout artérielle et de lésions musculaires par déchirure des tendons des muscles de la coiffe des rotateurs qui s'insèrent sur la tête de l'humérus (et participent pour une certaine part à la stabilité de l'articulation gléno-humérale) et de fractures parcellaires de la tête humérale ou de la glène de l'omoplate.

Le traitement de la luxation repose sur la réduction de l'articulation qui peut parfois nécessiter une anesthésie générale ou tout au moins une forte analgésie, l'immobilisation d'au moins trois semaines et d'une physiothérapie après l'immobilisation.

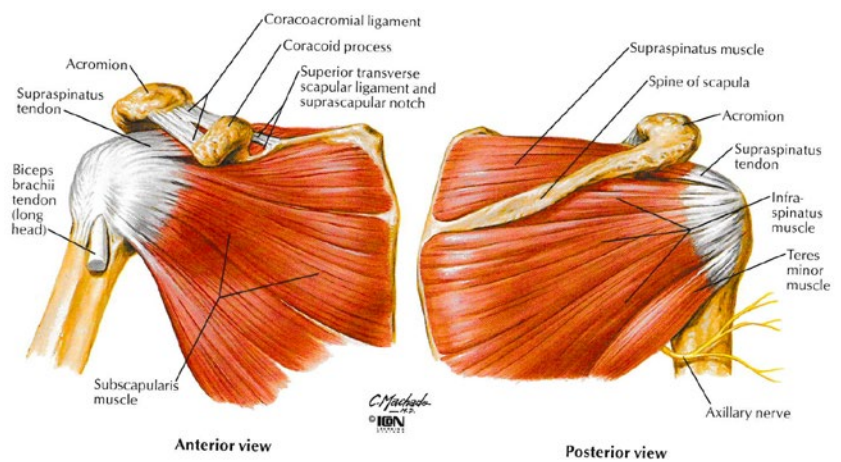
La luxation peut être postérieure. Elle était l'apanage des crises convulsives, mais se rencontre aussi, de nos jours, dans les traumatismes à haute énergie. Le diagnostic est plus difficile car elles sont souvent moins douloureuses, sans déformation caractéristique, mais avec une impossibilité de porter l'avant-bras en rotation externe. Elles sont très souvent associées à une fracture tassement de la tête humérale qui réalise une encoche antérieure comme une balle de pingpong.

L'instabilité ou subluxation, ou épaule douloureuse instable se manifeste par une appréhension quand le patient porte son bras en abduction rotation externe (dans la position de l'armer, ou en voulant lancer un objet). Il ressent une faiblesse et une sensation de mouvement anormal de la tête humérale et peut être douloureux. Cette sensation est facilement reproductible en portant le bras en rotation externe et abduction et en exagérant la sollicitation du bras.

Les examens complémentaires, arthroscanner IRM et arthro IRM, permettent de préciser les dommages de fibrocartilage de la glène appelé labrum ou bourrelet glénoïdien qui est habituellement détaché du bord antérieur et inférieur de la glène. Le traitement repose sur la réparation du bourrelet glénoïdien qui peut être solidement fixé à la glène par différents moyens. Actuellement ces réparations se font sous arthroscopie.

La luxation récidivante est caractérisée par la répétition des luxations pour des traumatismes de plus en plus minimes, avec à l'extrême, la survenue de luxation durant le sommeil. Elle témoigne de l'absence de cicatrisation du fibrocartilage de la glène ou labrum ou bourrelet glénoïdien. Ce qui entraîne une défaillance

de la stabilisation antérieure de l'épaule. Au fil des luxations, les ligaments peuvent se distendre et s'allonger, le bord antérieur de la glène de l'omoplate se déformer et il est décrit comme un écurement de la glène, il peut se fracturer, diminuant et aggravant encore l'incongruence anatomique de départ. La fracture tassement de la partie postérieure de la tête humérale, ou encoche postérieure peut elle aussi s'aggraver. Tous ces éléments aggravent l'instabilité de l'épaule et favorisent les nouvelles luxations. Et pour chacune d'elles, il existe toujours le risque de lésions nerveuses, musculaires, vasculaires ou fracturaires.

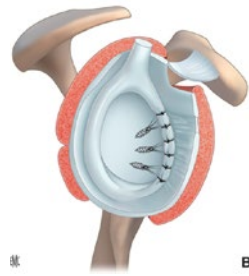


Le traitement est d'autant plus difficile, que les lésions osseuses et capsulo-ligamentaires sont importantes. Il repose sur deux axes, la réparation ligamentaire et ou la réparation osseuse ou l'augmentation osseuse de la glène et les réparations des lésions associées. Schématiquement, les réparations capsulo-ligamentaires sont regroupées sous le terme de Bankart du nom du chirurgien, les gestes osseux sous le terme de butée osseuse ou coracoïdienne ou Latarjet. L'os pouvant provenir de l'apophyse coracoïdienne, de la crête iliaque ou d'os de banque. Un geste complémentaire peut s'imposer lorsque l'encoche postérieure de la tête humérale est trop importante soit par un "remplissage" par les parties molles ou une greffe ostéo-cartilagineuse.

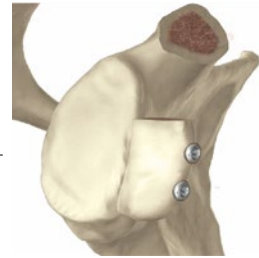
Le choix entre les différentes techniques se faisant en fonction des lésions constatées sur les examens précédemment décrits. Toutes ces chirurgies sont suivies par une physiothérapie essentielle à la récupération. Mais malgré la réparation anatomique de la stabilité de l'articulation gléno-humérale, les patients peuvent conserver une appréhension telle, qu'elle limite l'utilisation du membre supérieur dans les sports.

Malheureusement, le traitement des luxations récidivantes de l'épaule peut échouer avec comme conséquence la réapparition des luxations. Les procédés chirurgicaux sont alors de plus en plus compliqués à réaliser.

L'évolution des luxations récidivantes opérées ou non opérées, peut se faire vers une dégradation arthrosique du fait de l'usure prématurée du cartilage articulaire de la glène et de la tête de l'humérus.



Les luxations postérieures récidivantes posent les mêmes problèmes avec une difficulté supplémentaire liée au caractère moins développé de l'appareil capsulo ligamentaire postérieur et au moins grand nombre de techniques chirurgicales possibles. Mais une place importante est faite à la technique de "remplissage" de l'encoche antérieure de la tête humérale (intervention de Maclaughlin) ou de greffe ostéocartilagineuse.



Les gestes ligamentaires purs restent aléatoires, et les butées osseuses postérieures ont de moins bons résultats que les butées antérieures et ont une proportion de lyse osseuse avec une résorption plus ou moins complète de la butée beaucoup plus fréquente.



Les luxations de l'épaules qu'elles soient antérieures ou postérieures, chez l'adolescent et l'adulte jeune ont un risque élevé de récurrence. Ce risque de récurrence diminue avec l'âge.

De nombreuses études ont montré que plus la première luxation de l'épaule survenait jeune, plus le risque de récurrence et de luxations récidivantes est élevé. D'autres facteurs comme le type de sport et le niveau de compétiteur diminuent les chances de réussite d'une intervention ligamentaire isolée.

Tous ces éléments doivent être pris en compte dans l'évaluation de l'instabilité et dans les indications thérapeutiques.

Les dyskinésies de l'épaules et de la ceinture scapulaire

Chez l'adulte jeune, en plus de la pathologie de l'instabilité et des luxations, s'ajoute les problèmes de dyskinésies de l'épaule et de la ceinture scapulaire. Les mouvements de l'épaule font intervenir de façon séquentielle l'articulation gléno-humérale et l'association de l'articulation acromio-claviculaire et scapulo thoracique où les muscles stabilisateurs de l'omoplate jouent un rôle important. La séquence des contractions musculaires amène l'omoplate en position fonctionnelle et permet à l'articulation gléno-humérale

d'avoir la meilleure efficacité.

Tous ces mécanismes se passent en l'absence de toute intervention volontaire. Pour des raisons encore mal analysées, et en l'absence de toute atteinte nerveuse des nerfs périphériques qui commandent les muscles stabilisateurs et moteurs de l'épaule, il peut exister une désynchronisation du mouvement de l'épaule avec une séquence aberrante qui provoque un décollement de l'omoplate gênant la mobilisation de l'articulation gléno-humérale et limitant les amplitudes des mouvements de l'épaule en les rendant moins efficaces et parfois douloureux. Ces atteintes peuvent être uni ou bilatérales. Elles nécessitent une étude clinique de l'ensemble de l'épaule en dissociant les mouvements de l'articulation gléno-humérale des mouvements de la scapulo-thoracique et après avoir éliminé toute atteinte neurologique tronculaires des branches du plexus brachial à destination de l'épaule.

Le traitement repose essentiellement sur la physiothérapie en vue de reprogrammer les séquences musculaires des mouvements de l'épaule. C'est un traitement souvent très long, mais qui permet la récupération d'une fonction articulaire satisfaisante de l'épaule.

Les atteintes neurologiques

A contrario, il peut exister des atteintes neurologiques qui altèrent la fonction de l'épaule.

La plus proche des dyskinésies est l'atteinte du nerf long thoracique qui innerve le muscle serratus anterior, ou anciennement grand dentelé, qui est sous l'omoplate tendu de la cage thoracique au bord spinal de l'omoplate et est un stabilisateur de l'omoplate en la paquant contre la cage thoracique. Sa paralysie provoque un décollement du bord spinal de l'omoplate dans les mouvements d'élévation antérieure et d'abduction et limite les amplitudes de ces mouvements. La paralysie est due à une compression du nerf long thoracique au niveau de la cage thoracique par des plans musculaire. Le diagnostic repose sur l'électromyogramme qui permet aussi de localiser le siège de la compression qui sera levée par un geste chirurgical et permettra la récupération fonctionnelle par la physiothérapie.

L'autre atteinte neurologique, est celle du nerf supra scapulaire (qui innerve principalement les muscles supra et infra épineux situés de part et d'autre de l'épine, en arrière de l'omoplate). Elle peut revêtir différentes formes et avoir différentes origines.

Il peut s'agir d'une véritable neuropathie qui altère la structure du nerf, et peut être secondaire à des mouvements de sonnette répétitifs de l'omoplate. Le sport le plus souvent en cause est le volley-ball. La manifestation clinique est une atrophie douloureuse

des muscles sus et infra épineux. Le diagnostic est affirmé par l'électromyogramme. Les possibilités thérapeutiques sont pauvres, car il ne s'agit pas d'un syndrome canalaire avec une compression extrinsèque, et les récupérations sont incomplètes.

Les compressions extrinsèques du nerf supra scapulaires sont rares et peuvent siéger au niveau de l'échancrure coracoïdienne au pied de l'apophyse coracoïde ou entre l'épine de l'omoplate et le massif de la glène dans le défilé spino glénoïdien. A ces deux endroits, il existe un ligament qui peut comprimer le nerf supra scapulaire.

Dans le premier cas, comme dans la neuropathie, l'atrophie musculaire touche à la fois les muscles sus et infra épineux. Dans le second cas l'atrophie ne touche que le muscle infra épineux.

Dans l'atteinte au niveau du défilé spino-glénoïdien, la compression peut être causé par un kyste arthrosynovial qui a son origine dans une lésion de la partie haute et postérieure du bourrelet glénoïdien. Mais aussi par un lipome qui s'est développé au contact du muscle infra épineux ou aussi par une malformation vasculaire qui comprime le nerf dans le défilé. Dans ces cas, l'IRM permet le diagnostic précis de la compression en plus de l'électromyogramme.

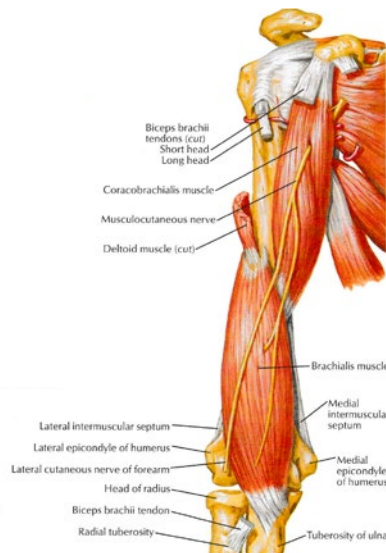
Dans tous ces cas, le traitement est chirurgical et permet l'arrêt de la symptomatologie mais la récupération du volume musculaire est souvent partielle quand l'atrophie est ancienne.

Une autre entité neurologique est à connaître, il s'agit d'une névralgie amyotrophiante de l'épaule ou syndrome de Parsonage Turner ou encore plexopathie brachiale aiguë. Il s'agit d'une inflammation du plexus brachial de cause inconnue qui associe une douleur inaugurale intense suivie de paralysie flasque et d'amyotrophie de plusieurs groupes musculaires. Le diagnostic est clinique souvent conforté par des signes spécifiques à l'électromyogramme. L'évolution peut être longue et laisser des séquelles amyotrophiques définitives.

Les atteintes inflammatoires

Les phénomènes inflammatoires peuvent aussi toucher la capsule. C'est la capsulite rétractile.

Là encore, les phénomènes douloureux peuvent être intenses et s'accompagnent d'une limitation de la mobilité passive de l'épaule. Et c'est là, le meilleur signe diagnostique, la diminution



de la mobilité passive de la rotation externe en position coude au corps. L'IRM montre des atteintes inflammatoires prédominantes au niveau antéro supérieur dans l'intervalle des rotateurs. L'origine en est complexe. Elle peut être liée à un diabète ou à une maladie de Dupuytren. Elle peut être réactionnelle après un traumatisme physique ou psychique. Ou être une manifestation d'un syndrome douloureux régional complexe (anciennement algodystrophie). L'évolution est habituellement spontanément favorable au terme d'une longue période.

Le traitement peut accélérer cette évolution. Il repose sur les médicaments anti-inflammatoires, les arthrodistensions, qui assurent une distension capsulaire propice à la récupération plus rapide des amplitudes articulaires. En dernier recours une arthrolyse chirurgicale réalisée sous arthroscopie permet aussi une récupération de la mobilité.

Les tendinopathies calcifiantes sont constituées par des dépôts d'amas calcique au sein du tendon des muscles de la coiffe des rotateurs. Leur apparition est d'un mécanisme encore peu connu. Elles sont de différentes formes selon que l'amas calcique est très pâteux pratiquement liquide ou plus solide crayeux. L'évolution est relativement imprévisible en restant quiescent pendant une longue période ou se rompant dans l'espace sous acromial comme un abcès et déclenchant une douleur extrême avec une épaule figée très peu mobile nécessitant un traitement symptomatique. Pour éviter cette phase de libération de la calcification, il est possible de réaliser, sous contrôle radioscopique ou échographique, une ponction lavage de la calcification. Rarement, il est nécessaire de réaliser l'exérèse de la calcification sous contrôle arthroscopique.

L'adulte jeune peut être victime de rupture des tendons de la coiffe des rotateurs pour des traumatismes violents à haute énergie avec une prédilection pour les atteintes du tendon du muscle sous scapulaire. La symptomatologie est superposable à la symptomatologie des ruptures dégénératives que nous aborderons plus tard.

Les accidents de luxation de l'épaule restent souvent isolés avec un risque limité de luxation récidivante.

La dégénérescence de l'articulation acromio-claviculaire peut être la conséquence d'une disjonction ancienne, mais aussi apparaître sans fait déclenchant par la simple altération du cartilage articulaire.

La douleur reste limitée à l'articulation acromio-cla-

viculaire. La radiographie et l'IRM montre une déminéralisation de l'articulation avec un œdème de l'extrémité distale de la clavicule et une ostéophytose. Le traitement repose sur des infiltrations de corticoïdes de l'articulation acromio-claviculaire et à un stade extrême à la résection arthroplastie de l'extrémité distale de la clavicule.

Les pathologies dégénératives

Après l'âge de la quarantaine, c'est l'apparition de la pathologie dégénérative. Pathologie dégénérative dont les contours ont été précisés par Charles NEER. Décrivant le conflit sous acromial et le syndrome d'empiètement. Il s'agit de phénomènes douloureux en rapport avec l'inflammation de la bourse séreuse sous acromiale (entre les tendons des muscles de la coiffe des rotateurs en bas et la face inférieure de l'acromion en haut) qui est favorisée par l'ossification progressive de l'insertion acromiale du ligament acromio-coracoïdien créant le "bec acromial". Le bec acromial en rigidifiant l'arche acromiale augmente les contraintes sur la coiffe des rotateurs. Situation aussi aggravée par la morphologie plus ou moins courbe de l'acromion (description et stades de Bigliani).

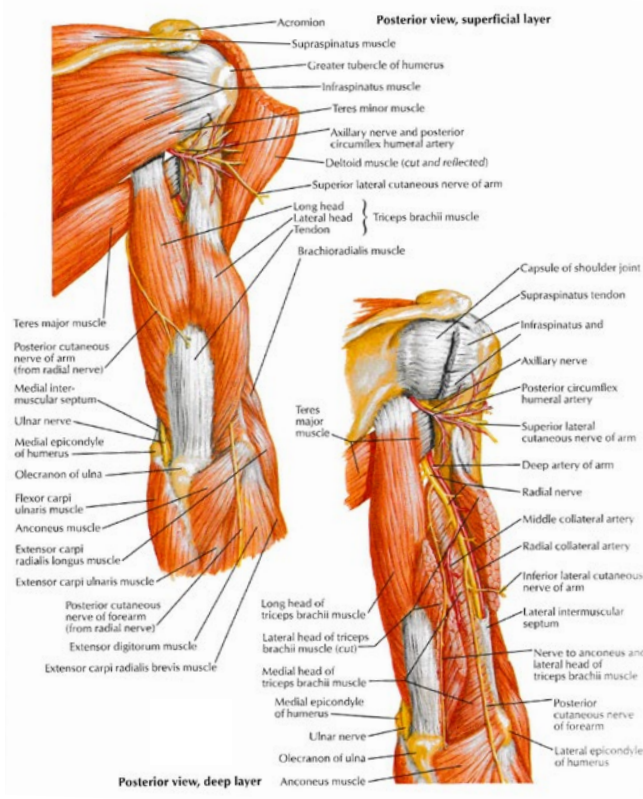
Pour Charles NEER l'évolution se fait vers la rupture des tendons des muscles de la coiffe des rotateurs. La réalité est plus complexe et l'apparition d'une rupture des tendons des muscles de la coiffe des rotateurs dépend aussi d'autres facteurs et la physiopathologie est encore incomplètement connue à ce jour.

Le conflit sous acromial, en plus des douleurs diurnes et nocturnes, s'accompagne de signes cliniques caractéristiques décrits en particulier par YOCUM, JOBE et BURKHART. Les radiographies simples de l'épaule et l'IRM complètent ce bilan et permettent d'envisager le traitement qui repose en premier lieu sur la physiothérapie et les infiltrations de corticoïdes dans la bourse sous acromiale. Ce n'est que secondairement ou devant des déformations importantes de l'acromion que le geste d'acromioplastie doit être proposé. Plus récemment, Christian GERBER a proposé un nouvel index le Critical Shoulder Angle CSA calculé sur la radiographie de face de l'épaule et qui permettrait d'évaluer le risque de lésion de la coiffe des rotateurs versus omarthrose (arthrose gléno-humérale).

A cet âge, la luxation antéro-interne de l'épaule expose le patient à une rupture des tendons de la coiffe des rotateurs avec une grande fréquence. La rupture de la coiffe doit être systématiquement recherchée si l'évolution après la réduction de la luxation et l'immobilisation ne permet pas de récu-

pérer une mobilité normale et laisse persister des douleurs et une perte de force.

Là encore les ruptures de la coiffe traumatiques sont fréquentes, mais sont souvent favorisées par une inflammation chronique des tendons de la coiffe suite à un conflit sous acromial.



La rupture dégénérative de la coiffe des rotateurs est plutôt l'apanage des personnes de soixante ans.

Cette rupture se fait très progressivement, avec une composante vasculaire, inflammatoire et mécanique. Elle commence par la face articulaire (gléno-humérale) ou la face bursale (vers l'acromion). Avant d'atteindre 50% de l'épaisseur du tendon, il lui est possible de cicatriser spontanément ou grâce à une décompression sous acromiale.

Lorsque la rupture dépasse la moitié de l'épaisseur du tendon, les chances de cicatriser sont quasi nulles. Quand la rupture est complète en épaisseur (transfixiante), l'évolution se fait inexorablement vers l'agrandissement de la rupture et l'atteinte des tendons voisins. La coiffe est constituée de trois tendons principaux (le sus épineux au-dessus, l'infra épineux en arrière et le sous scapulaire en avant) du tendon du teres minor (anciennement muscle petit rond), et du tendon de la longue portion du biceps qui circule entre les tendons de la coiffe.

La symptomatologie est très variable et déroutante, car toutes les ruptures de coiffe ne sont pas dou-

loureuses et ne s'accompagnent pas de perte de la mobilité de l'épaule.

Les douleurs sont diurnes et nocturnes, parfois insomniantes et favorisées par les mouvements. Les signes cliniques sont similaires aux signes du conflit sous acromial. La mobilité est très variable depuis une mobilité normale à une mobilité très réduite avec un déficit très important d'élévation, qui fait parler d'épaule pseudo paralytique. La rotation externe doit être étudiée car elle conditionne souvent le geste thérapeutique.

La force musculaire est le signe pathognomonique de la rupture de la coiffe et n'est jamais pris en défaut. L'examen clé est l'arthro-IRM qui confirmera le diagnostic, mais surtout précisera la taille de la rupture, la qualité des tendons restants et surtout permettra de mesurer l'atrophie musculaire et l'infiltration graisseuse des corps musculaires.

Le traitement symptomatique de la douleur et la physiothérapie peuvent améliorer la symptomatologie, mais n'influenceront jamais sur la force musculaire. Seule la chirurgie pourra, en l'absence d'atrophie musculaire et d'infiltration graisseuse des corps musculaires, des muscles de la coiffe et des rotateurs, pourra apporter une restauration de la force musculaire.

Les indications thérapeutiques vont dépendre de l'âge, de l'activité et du niveau d'activité, des attentes du patient et surtout des possibilités thérapeutiques en fonction de la taille de la lésion, de l'ancienneté, et surtout de la qualité tendineuse et musculaire (atrophie et infiltration graisseuse).

Un sujet jeune, encore en activité avec une profession manuelle, un niveau d'activité élevé, et avec des muscles de bonnes qualités, justifie une réparation rapide lui permettant de reprendre ses activités après un délai de six mois indispensables à la cicatrisation et à la réparation.

A l'inverse, un sujet plus âgé, retraité, sédentaire, avec un niveau d'activité modéré et a fortiori avec une rupture de grande taille sur des muscles atrophiés et une infiltration graisseuse évoluée, bénéficiera d'un traitement médical en premier lieu et d'un geste chirurgical au résultat plus aléatoire qu'en cas d'échec du traitement médical.

Au total, l'indication thérapeutique sera pesée et discutée avec le patient dans un souci de restaurer une épaule normale chez un sujet jeune actif, et d'accepter un traitement fonctionnel chez un patient âgé et peu demandeur.

Aujourd'hui, le traitement chirurgical est surtout arthroscopique, permettant un geste précis, fiable et peu ankylosant. Ce qui permet d'opérer des patients aux épaules raides que la physiothérapie ne permet pas d'assouplir tant les douleurs rendent cette dernière inefficace.

Dans des ruptures très étendues avec des déficits moteurs important et handicapants, des techniques de transfert tendineux permettent de recouvrir des mouvements jusque-là impossibles, malgré les différents traitements. Le latissimus dorsi (anciennement grand dorsal) et le trapèze inférieur sont les principaux muscles utilisés lors de ces transferts.

Toutes ces techniques de réparation des tendons des muscles de la coiffe des rotateurs ont fait, ces trois dernières décennies, des progrès considérables tant par l'apport de l'arthroscopie que par l'amélioration technique des matériaux utilisés. Et d'une technique hasardeuse aux résultats médiocres, la réparation de la coiffe est devenue une technique fiable aux résultats satisfaisant dans 80 à 85% des cas.



Ensuite, la pathologie est dominée par la dégradation arthrosique de l'articulation gléno-humérale.

Cette dégradation peut survenir sur des épaules jusque-là sans pathologie, avec des tendons des muscles de la coiffe des rotateurs en bon état, mais où on a pu préexister une ostéochondromatose (prolifération de fragment ostéo cartilagineux développés aux dépens de la synoviale articulaire) ou après un long passé de luxations récidivantes de l'épaule, ou après une chirurgie de l'instabilité de l'épaule (butée antérieure ou même Bankart).

Cette arthrose gléno-humérale ou omarthrose est centrée car les deux pièces articulaires sont situées l'une en face de l'autre.

Lorsque les tendons des muscles de la coiffe des rotateurs sont rompus, la dégradation arthrosique se fait avec une ascension de la tête humérale qui vient buter sur l'acromion et, peut à l'extrême se déformer et épouser la forme de la tête humérale (acétabulisation de l'acromion). Cette forme est dite excentrée car l'ascension de la tête humérale modifie les rapports articulaires.

Le mécanisme est la disparition du cartilage articulaire et la déformation des pièces articulaires qui perdent la congruence permettant la mobilité.

Sur le plan clinique, la symptomatologie est dominée par des douleurs mécaniques à la mobilisation de l'articulation et la diminution progressive de la mobilité

dans tous les secteurs de mobilité. Sur le plan radiographique, il existe une disparition de l'interligne articulaire, l'apparition d'une ostéophytose autour des surfaces articulaires, une densification de l'os sous chondral avec création de géodes et une déformation des extrémités articulaires.



Si dans les formes débutantes d'omarthrose centrée, sans perte trop importante de la mobilité, comme dans les autres articulations, les injections d'acide Hyaluronique permettent de retarder l'évolution destructrice de l'omarthrose, dans les formes évoluées avec perte de la mobilité, la solution est la mise en place d'une prothèse qui reprend le dessin de l'anatomie et qu'on appelle prothèse anatomique.

Ces prothèses anatomiques ont évolué rapidement ces dernières années. Les prothèses sans tiges se sont imposées par leur simplicité de mise en place et aussi par la simplicité de leur révision en cas de problème.

Le maillon faible des prothèses anatomiques reste l'implant glénoïdien dont la longévité est trop souvent hypothétique. L'évolution du dessin et des matériaux utilisés devrait permettre une amélioration prochaine de la longévité.

Dans l'omarthrose excentrée, l'évolution des prothèses s'est faite par tâtonnements jusqu'à la modélisation de PM GRAMMONT qui a posé les fondements de la prothèse inversée.

En inversant les reliefs articulaires (de convexe sur l'humérus et concave sur la glène à convexe sur la glène et concave sur l'humérus), en médialisant le centre de rotation de la gléno-humérale, en augmentant le bras de levier du muscle deltoïde, et en augmentant la contrainte de la prothèse, il a permis aux patients atteints d'omarthrose excentrée de retrouver une indolence, une mobilité de l'épaule et une partie de la force musculaire.

Différents modèles, respectant les principes fondateurs, ont permis des améliorations. La mise en place

est relativement simple et a aussi été améliorée par l'utilisation de logiciels qui permettent la planification de la position des implants, ainsi que la réalisation d'instruments ancillaires qui rendent le geste précis et reproductible.

Les récentes études montrent que la survie des prothèses inversées s'améliore au fil du recul des premiers modèles. Cette perspective est encourageante et pousse à proposer ce geste prothétique à de plus en plus de patients en repoussant l'âge de l'implantation.

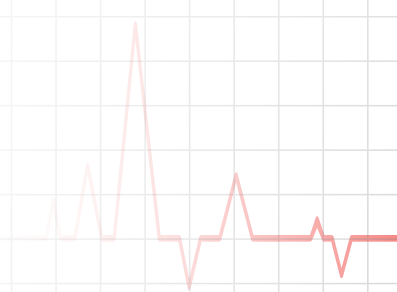
La prothèse inversée est une solution possible dans les cas de luxations récidivantes du sujet âgé qui s'accompagne très souvent de défaillance de la coiffe des rotateurs. L'aspect semi-contrainte de la prothèse inversée permet une stabilité de l'articulation gléno-humérale.

L'association de transfert tendineux du latissimus dorsi et du teres major à la mise en place d'une prothèse inversée permet la restauration d'une rotation externe active qui améliore de façon significative le résultat fonctionnel de la prothèse inversée.

Chez les sujets très âgés, la prothèse inversée peut être une solution rapide et fiable dans les fractures complexes de l'extrémité supérieur de l'humérus.

La pathologie de l'épaule est mieux connue, elle est multiple avec des atteintes comme l'instabilité qui intéresse tous les âges. Mais aussi avec des pathologies spécifiques aux différents âges de la vie. Les progrès récents apportés aux différents traitements permettent d'améliorer la fonction des malades avec une relative certitude.

Dr Bruno Toussaint
Chirurgien-orthopédiste



FORMATION

CONTINUE

CONFÉRENCES 2021

Chères membres, chers membres,

Beaucoup de nos conférences en 2020 ont été reportées en raison de la situation sanitaire malheureusement toujours actuelle. Des conférences sont organisées et auront lieu en présentiel ou, dans le cas contraire, par visioconférence si la situation ne s'améliore pas d'ici là.

Tous nos cours postgrades pratiques tels que les perfusions/IV; techniques radiologiques conventionnelles élargies, etc sont maintenus mais avec un nombre de participant restreint.

L'hypercholestérolémie familiale chez l'enfant et l'adolescent

L'hypercholestérolémie familiale est une maladie héréditaire qui touche 1 personne/200-250 en Suisse et qui expose l'individu atteint à un risque 3-16 fois plus élevé de maladie cardiovasculaire précoce. L'identification dès l'enfance des individus à haut risque permet de leur offrir une prévention primaire sur mesure et d'augmenter leur espérance de vie.

Cet exposé vous permettra de comprendre l'origine génétique et la physiopathologie de l'hypercholestérolémie familiale. Vous connaîtrez aussi les recommandations actuelles pour l'amélioration de la santé cardiovasculaire et les nouveaux traitements disponibles, ce qui vous sera très utile dans votre pratique quotidienne.

Date : Mardi 20 avril 2021 à 19h00

Lieu : OrTra Santé-Social
Rue des Charmilles 28 - 1203 Genève

Intervenante : Dre Nathalie Brun - pédiatre, elle développe la consultation spécialisée des lipides chez l'enfant et l'adolescent à l'Hôpital des Enfants à Genève, centre de référence Orphanet. Elle travaille actuellement en cabinet comme pédiatre indépendant et aux HUG comme médecin associé.

Prix: Gratuit pour les membres, les VAE et les apprenti-e-s
CHF 20.- pour les non-membres



FORMATION CONTINUE

CONFÉRENCES 2021

Visite du centre OTIUM

Le centre OTIUM propose un programme de réadaptation ontologique validé par la ligue suisse du cancer, afin d'améliorer la qualité de vie des personnes touchées par la maladie et faciliter le retour à la vie de tous les jours.

La particularité de ce programme est que la personne décide des thérapies dont elle souhaite bénéficier.

- Thérapies individuelles
- Cours collectifs
- Ateliers à thèmes

Accessibles en un seul et même lieu, accueillant et chaleureux.

Toutes les thérapies et l'ensemble des thérapeutes ont été validés par un comité médical.

Nous nous réjouissons de vous recevoir tout prochainement.

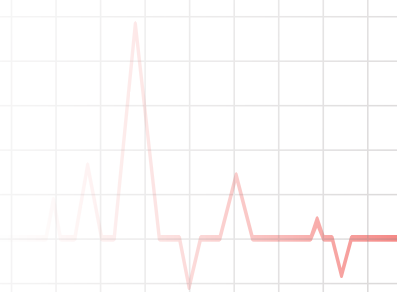
- Date :** Mercredi 6 octobre 2021 à 10h00
- Lieu :** Centre OTIUM
Place des Philosophes 18 – 1205 Genève
- Intervenantes :** Mme Rose Avila Galan, responsable de l'accueil et Mme Déborah Brun, assistante médicale
- Prix :** Gratuit pour les membres, les VAE et les apprenti-e-s
CHF 20.- pour les non-membres



COURS/ATELIERS PRATIQUES

Ateliers pratiques interactifs, par petits groupes, qui vous permettront d'être aux normes par rapport aux exigences de la santé publique et de pratiquer en toute légalité ces gestes. Au terme de la formation, un certificat officiel sera délivré par l'AGAM.

- ✓ *Retraitement des dispositifs médicaux réutilisables*
- ✓ *Injections intraveineuses et perfusions*
- ✓ *Techniques radiologiques conventionnelles élargies*
- ✓ *Radioprotection*



FORMATION

CONTINUE

COURS/ATELIERS PRATIQUES

En plus des formations proposées ci-dessus, l'AGAM organise également des formations pour ceux ou celles désireux-seuses de rafraîchir ou perfectionner leurs connaissances professionnelles. Ces formations ont lieu en fonction du nombre suffisant de participant-e-s.

- ✓ *Communication téléphonique*
- ✓ *Electrocardiogramme*
- ✓ *Education thérapeutique*
- ✓ *Homéopathie*
- ✓ *Hypnose dans les soins*
- ✓ *Ponction veineuse*
- ✓ *Premiers secours*
- ✓ *Traitement de plaie*
- ✓ *Tarmed*

Pour plus d'information, rendez-vous sur notre site internet, www.agam-ge.ch

Ces cours pratiques se suivent uniquement sur inscription

INJECTIONS INTRAVEINEUSES ET PERFUSIONS

Depuis l'entrée en vigueur le 1er janvier 2019 de la nouvelle ordonnance du SEFRI sur la formation professionnelle initiale des AM, *les injections intraveineuses, la préparation et la pose de perfusion font désormais partie intégrante du plan de formation*. Les assistant(e)s sont tenu(e)s de se mettre à jour pour maintenir l'équivalence de leur CFC et/ou Diplôme en suivant un cours de perfusion ad hoc. *Les formatrices dans les centres et cabinets médicaux sont tenues d'acquérir cette compétence pour former en toute légalité les apprenti-e-s.*

TECHNIQUES RADIOLOGIQUES CONVENTIONNELLES ÉLARGIES

L'Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP) a donné son autorisation à l'AGAM pour la formation «Techniques radiologiques conventionnelles élargies» selon l'Ordonnance du 22 juin 1994 sur la radioprotection et sur l'Ordonnance du 15 septembre 1998 sur la formation et les activités autorisées en matière de radioprotection. Cette formation a également été accréditée par Odamed. *Ce module est donc reconnu pour le Brevet Fédéral de Coordinateur-trice en médecine ambulatoire.*

Cette formation s'adresse exclusivement aux assistant-e-s médicaux-ales avec CFC et aux assistant-e-s médicaux-ales diplômé-e-s DFMS avec une autorisation pour la radiologie.

Pour pouvoir mieux nous organiser, nous invitons les AM intéressé-e-s à nous envoyer leur dossier complet. Une prochaine session sera organisée en fonction du nombre de participants.

FORMATION CONTINUE

RADIOPROTECTION

Selon la nouvelle ordonnance sur la radioprotection (OrPaP) entrée en vigueur le 1er janvier 2018, *toute-s les assistant-e-s médicaux-les titulaires d'un CFC et/ou d'un diplôme sont tenu-e-s de suivre une formation continue en matière de radioprotection.* Dans ses explications, suivant l'introduction de cette nouvelle ordonnance, l'Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP) précise ce qui suit :

« Les assistants médicaux formés en Suisse suivent la formation requise en radioprotection dans le domaine de la radiologie conventionnelle dans le cadre de leur formation professionnelle de base (CFC). (...) Les assistants médicaux sont donc habilités à utiliser des installations à rayons X à des fins de diagnostic médical sous la responsabilité d'un médecin ayant qualité d'expert. L'utilisation d'installations de radioscopie, de tomodynamométrie et de mammographie en est exclue. (...) Les personnes formées en radioprotection ont l'obligation de suivre une formation continue tous les cinq ans au moins ».

A compter de l'entrée en vigueur de l'OrPaP, *tou-te-s les assistant-e-s, mêmes ceux/celles ne travaillant pas avec une installation de radiologie, disposent de 5 ans pour mettre à jour leurs connaissances et garder un titre équivalent à la nouvelle génération d'assistant-e-s.*

Pour vous permettre de répondre à cette nouvelle exigence, l'AGAM, en collaboration avec l'Association Suisse des Techniciens en Radiologie Médicale (ASTRM), propose dès à présent une formation théorique valable pour toutes les professions du para-médicales soumises à cette ordonnance. Il est prévu pour les assistant-e-s, ainsi que les assistant-e-s dentaires, technicien-ne-s en salle d'opération, hygiénistes dentaires et technicien-ne-s en radiologie médicale, *un volume de 8 périodes de 45 minutes, soit un total de 6 heures de formation théorique.*

Les inscriptions sont ouvertes sur le site internet de l'AGAM (www.agam-ge.ch), sous la rubrique « Cours pratiques ». Les assistant-e-s peuvent s'inscrire en choisissant le thème souhaité. Les cours ont lieu en visioconférence pour le moment.

Ces cours sont donc destinés à tout-e-s les assistant-e-s médicaux-ales en Suisse même ceux/celles qui ne travaillent pas avec une installation radiologique.

- Thèmes prévus:**
- Législation: Nouveautés et mise en pratique quotidienne
 - Prise en charge de la femme enceinte
 - Prise en charge pédiatrique
 - Imagerie numérique et paramètres d'exposition
 - Informer et communiquer sur le risque radiologique

Inscription aux conférences et aux cours pratiques uniquement sur internet : www.agam-ge.ch

Pour tout renseignement, vous pouvez contacter :

Responsables AGAM de la formation continue
Fabienne SEDDA ou Virginie DUPERTUIS
formation@agam-ge.ch

A PROPOS DE...

LE VACCIN ANTI-COVID

Technologie à la base des vaccins

Les vaccins à ARN concernant le COVID-19 fournissent des instructions pour fabriquer la même protéine virale, la protéine spike du coronavirus, utilisée par le virus pour pénétrer dans nos cellules. Des études ont démontré qu'il était hautement immunogène, ce qui signifie que si nos cellules immunitaires rencontrent cette protéine, elles établiront une forte réponse, ce qui devrait protéger les receveurs contre une future maladie COVID-19.

Une fois que nos cellules ont fabriqué la protéine virale, elle est affichée sur leurs surfaces, où les cellules immunitaires qui passent peuvent la repérer et y répondre. Pour produire un vaccin à ARNm, les scientifiques créent une version synthétique de l'ARNm codant pour la protéine de pointe. Celui-ci est conditionné à l'intérieur de nanoparticules grasses, pour permettre à l'ARNm de traverser plus facilement les membranes externes des cellules, qui sont également constituées de matière grasse.

Une fois à l'intérieur de la cellule, l'ARNm entre en contact avec la machinerie de fabrication des protéines, qui est située dans le cytoplasme de la cellule. Il n'entre pas dans le noyau, où sont stockés nos chromosomes.



Les vaccins élaborés par Pfizer / BioNTech et Moderna sont les premiers vaccins à ARNm à être approuvés pour une utilisation chez l'homme, mais la technologie utilisée est en développement depuis deux décennies.

Toute nouvelle technologie médicale apporte son lot d'inquiétude, surtout concernant un vaccin destiné à être injecté dans nos muscles, mais le principe de vaccins à vecteur viral comme celui utilisé contre Ebola, a été largement utilisé lors de la récente épidémie d'Ebola en République démocratique du Congo et en Ouganda, avec plus de 300.000 personnes ayant reçu le vaccin.



Bien que les vaccins à ARNm soient une nouvelle technologie, il n'y a aucune raison de penser qu'ils auront un effet durable sur notre biologie.

Qu'est-ce que l'ARN Messenger

L'ARN messenger (ARNm) se trouve dans toutes les cellules vivantes et transporte les codes de l'ADN contenu dans le noyau cellulaire vers le ribosome, organe en charge de la synthèse des protéines situé lui-même dans le cytoplasme cellulaire.

Ces brins de code génétique agissent comme des intermédiaires chimiques entre l'ADN (acide désoxyribonucléique) qui stocke notre patrimoine génétique, situé dans nos chromosomes et ce ribosome qui produit les protéines dont nous avons besoin pour fonctionner.

L'ARN (acide ribonucléique) fournit les instructions dont cette machinerie a besoin pour assembler ces protéines.

Cette molécule a été décrite pour la première fois en 1956 par les scientifiques Elliot Volkin et Lazarus Astrachan. En plus de l'ARNm, il existe deux autres types principaux d'ARN : l'ARN ribosomal (ARNr) et l'ARN de transfert (ARNt).

Un ribosome est un organe cellulaire. Il fonctionne comme une micromachine pour fabriquer des protéines. Les ribosomes sont composés de protéines et d'acides nucléiques spéciaux. La traduction des informations et la liaison des acides aminés sont au cœur du processus de production de protéines.

Un ribosome, formé de deux sous-unités se verrouillant ensemble, est nécessaire pour :

- traduire les informations codées du noyau cellulaire fourni par l'acide ribonucléique messenger (ARNm),
- lier l'ensemble des acides aminés sélectionnés et collectés dans le cytoplasme par transfert d'acide ribonucléique (ARNt). (L'ordre dans lequel les acides aminés sont liés ensemble est déterminé par l'ARNm).

A PROPOS DE...

LE VACCIN ANTI-COVID

- Exporter le polypeptide produit vers le cytoplasme où il formera une protéine fonctionnelle.

Les ribosomes se trouvent libres dans le cytoplasme ou liés au réticulum endoplasmique (ER) pour former un ER rugueux. Dans une cellule de mammifère, il peut y avoir jusqu'à 10 millions de ribosomes.

Plusieurs ribosomes peuvent être attachés au même brin d'ARNm, cette structure est appelée polysome ou polyribosome. Les ribosomes n'ont qu'une existence temporaire. Lorsqu'elles ont synthétisé un polypeptide, les deux sous-unités se séparent et sont soit réutilisées soit rompues.

Les ribosomes peuvent assembler les acides aminés à une cadence de 200 par minute. Les petites protéines peuvent donc être fabriquées assez rapidement mais deux à trois heures sont nécessaires pour des protéines plus grosses.

Important : L'ARNm n'est pas identique à l'ADN, et il ne peut pas se combiner avec notre ADN pour changer notre code génétique. Donc aucun risque de modification génétique au sein de la cellule. Par ailleurs, du fait de sa fragilité, l'ARN messager ne restera dans une cellule que pendant environ 72 heures, avant d'être dégradé, mais l'ARNm aura accompli sa mission, il aura envoyé le message pour lutter contre un virus, dans le cas qui nous intéresse ici, provoquer une réponse immunitaire sans injecter de virus (atténué). Les cellules de notre corps vont-elles-mêmes produire de ce fait des protéines contre le virus, grâce à l'ARN qui aura servi de modèle et l'information sera transmise au système immunitaire. La cible est donc la protéine spike, située sur ces sortes de pointes qui donnent au virus son aspect d'oursin en 3D ou de couronne en 2D (d'où son préfixe corona) et il est probable que même s'il s'agit d'un variant du covid-19 de 2020, le système immunitaire sera capable d'agir sur cette protéine spike,

clé de la pénétration du virus dans la cellule.

Les messages viraux

Lorsque nous sommes infectés par un virus, y compris des virus relativement inoffensifs comme ceux qui causent le rhume, ils injectent leur matériel génétique dans nos cellules, ce qui entraîne l'envoi de fragments d'ARNm codant pour des protéines virales à notre machinerie de fabrication de protéines. Cela permet au virus d'assembler de nouvelles particules virales à partir de ces protéines et de se propager.

Bien que les vaccins à ARNm soient une technologie relativement nouvelle, ils sont basés sur le même principe : fournir de l'ARNm dans nos cellules, qu'elles utiliseront pour fabriquer une protéine virale.

Certains virus comme le VIH peuvent intégrer leur matériel génétique dans l'ADN de leurs hôtes, mais ce n'est pas le cas de tous les virus, et le VIH ne peut le faire qu'avec l'aide d'enzymes spécialisées qu'il transporte avec lui.

Les vaccins ARNm ne portent pas ces enzymes, il n'y a donc aucun risque que le matériel génétique qu'ils contiennent altère notre ADN.

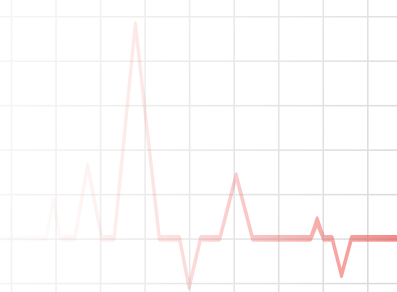
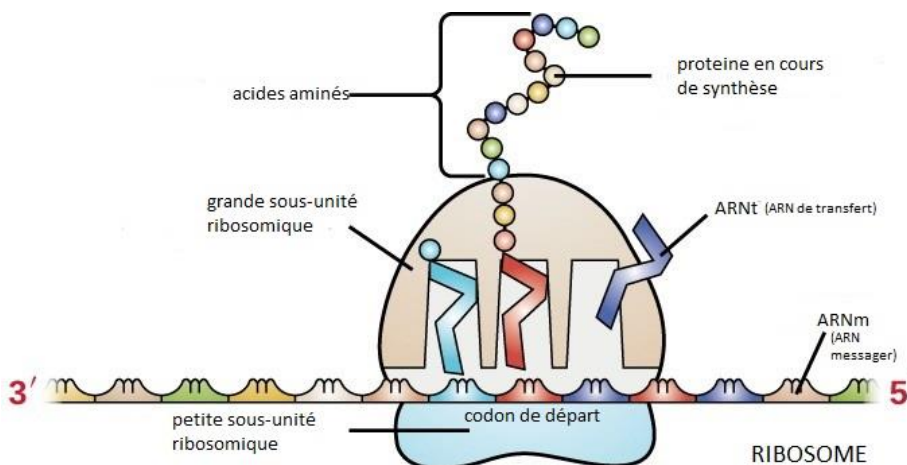
Alain Farrugia – Biologiste

Credit images

Chokniti Khongchum - Pixabay

Angelo Esslinger - Pixabay

Wilfried Pohnke - Pixabay



LA ZAMBIE, SES PARCS, SES SAFARIS À PIED ET SES CHUTES

La Zambie est un pays d'Afrique australe, sans accès à la mer dont son nom provient du fleuve Zambèze (4ème fleuve le plus long d'Afrique). C'est un état démocratique dont sa capitale est Lusaka. Sa population est estimée à seize millions d'habitants en 2017. La langue officielle est l'anglais.

Majoritairement recouvert par la savane, le pays abrite encore une riche biodiversité, avec une faune et une flore typique de paysages et milieux variées. Il existe plusieurs parcs nationaux en Zambie ; j'en ai choisi deux : le parc national de Lower Zambezi et le parc national de South Luangwa.

Le parc national du Lower Zambezi

C'est le parc le plus récent de Zambie et incontestablement l'un des parcs les plus intéressants de toute l'Afrique australe. Il est situé dans le sud-est de la Zambie, au nord du fleuve Zambèze. La beauté de ce parc, qui s'étend sur plus de 4'000 kilomètres, réside dans la nature intacte de ces paysages faits de montagnes, de baobabs, de savane et d'arbres magnifiques comme les ébènes, figuiers, acajous, acacias géants, tamariniers, arbres saucisses, etc.

Les collines constituent une véritable toile de fond du parc et sont recouvertes d'arbres feuillus.

Les rives du Zambèze constituent une réserve d'eau inépuisable et sont particulièrement belles, recouvertes de roseaux qui fournissent une nourriture de qualité tout au long de l'année aux animaux du parc.

Ce parc abrite tous les animaux sauvages de la région à l'exception des rhinocéros et des girafes. Les éléphants se trouvent fréquemment en troupes de dizaines d'individus au bord du fleuve dont les eaux foisonnent d'hippopotames et de crocodiles. Il y a également de nombreux buffles et le parc est également réputé pour sa grande présence de lions et léopards. Plus de 400 oiseaux ont été recensés dont les martins et les guêpiers.

Les animaux les plus présents du parc sont notamment les éléphants, les hippopotames et les crocodiles.

La meilleure saison pour un safari est la période sèche, soit d'avril à

octobre. Durant la saison des pluies, les pistes sont impraticables et l'eau du fleuve est boueuse. Plus on avance dans la saison sèche et plus les animaux se concentrent au bord du fleuve car les autres points d'eau disparaissent.

Dans ce parc les activités proposées sont variées. En effet, les safaris peuvent se faire en 4x4, en bateau, à pied ou en canoé. La densité d'hippopotames rend l'excursion en canoé passionnante et impressionnante.



Le parc national de South Luangwa

Ce parc national d'une superficie de 9050 km² est situé dans l'est de la Zambie, au sud de la rivière Luangwa. Il est considéré comme étant l'une des plus importantes réserves naturelles du pays. La concentration d'animaux est parmi la plus grande d'Afrique grâce à la rivière Luangwa et ses affluents, véritable source de vie.

Le South Luangwa abrite toute la faune africaine à l'exception du rhinocéros et du guépard. Les éléphants sont parfois présents en troupes de plus de 50 individus. En saison sèche, les hippopotames s'entassent dans les parties de la rivière qui reste en eau ce qui peut provoquer des affrontements impressionnants.

On y trouve également la girafe de Thornicroft. Cette espèce est un peu plus petite que les autres et les dessins de sa fourrure sont très bien définis. C'est d'ailleurs pour la protéger que le parc a été créé.

La meilleure saison pour un safari est également la période sèche.

HORS -SUJET



Safari à pied

La Zambie est considérée comme étant la Mecque des safaris à pied, ou walking safari, et c'est l'un de ses plus grands atouts. C'est dans ce parc de South Luangwa qu'est né le safari à pied. Il se pratique en demi-journée au départ des lodges et en général le matin. Contrairement à des pays comme l'Afrique du Sud, le Kenya ou la Tanzanie, il est autorisé à l'intérieur de tous les parcs nationaux et l'on approche réellement les animaux de très près, même les plus gros...

La distance parcourue à pied est certes moindre que la distance parcourue en 4x4 mais les sensations et les expériences sont totalement différentes : entendre les bruits et les odeurs de la savane, ressentir une montée d'adrénaline en approchant de grands animaux, observer et apprendre à

reconnaître des traces et les suivre, etc. L'immersion dans la nature est totale. Les animaux les plus craints par les guides sont les buffles et les éléphants qui sont susceptibles de charger. Heureusement, ce sont des animaux qui se repèrent de loin, on peut donc rester à distance raisonnable.

Les prédateurs ne s'attaquent pas à l'homme, au contraire ils le craignent. Le seul moment où il faut se méfier des lions est lorsqu'ils sont en couple avec une femelle fertile, le mâle est chargé de testostérone et est capable de charger à tout moment. C'est la raison principale pour laquelle on ne marche jamais dans les hautes herbes qui pourraient dissimuler un couple de lions.

Un safari à pied est toujours encadré par 2 personnes minimum : le guide, dont le rôle est de repérer les animaux, de donner des explications et répondre aux questions et le ranger qui est armé s'occupe de la sécurité du groupe.



HORS -SUJET

Il faut aussi savoir que les safaris à pied sont interdits aux enfants de moins de 16 ans. En effet, de par leur taille, les plus jeunes enfants peuvent être considérés comme une proie. Face à un animal, il faut pouvoir se maîtriser, pas de bruit, pas de geste brusque et surtout ne pas courir. Il est difficile de prévoir comment un enfant va réagir s'il est impressionné.

Les chutes Victoria

Les chutes Victoria sont des chutes d'eau situées sur le fleuve Zambèze qui constitue à cet endroit la frontière entre la Zambie et le Zimbabwe. Elles donnent un spectacle incroyable car elles se jettent dans une longue faille du plateau pour s'échapper par un étroit canyon, appelé les gorges de Bakota. C'est le plus grand rideau d'eau de la planète ; la hauteur des chutes peut atteindre 108 mètres et 1700 mètres de long. De nombreux îlots au sommet des chutes divisent le flot en une série de chutes distinctes dont la plus haute s'appelle « Rainbow Falls » (les chutes de l'Arc-en-ciel) et la moins hautes, « Devil's Falls » (les chutes du Diable). 9 millions de litres d'eau par seconde se déversent dans le canyon. Elles font partie des cataractes les plus importantes du monde avec les chutes du Niagara et de celles d'Iguazu.

Ces chutes comptent parmi les sept merveilles naturelles du monde, elles sont d'ailleurs inscrites au patrimoine mondial de l'UNESCO.

Les populations locales appellent les chutes « Mosi-ao-Tunya » qui signifie « la fumée qui gronde ».

En effet, au plus haut de la saison, quand le débit



de l'eau est à son maximum, cette colonne de fumée qui gronde s'aperçoit jusqu'à 50 kilomètres à la ronde.

C'est le célèbre explorateur, David Livingstone qui fut le premier européen à observer ces chutes en 1855 et les renomma en l'honneur de la reine Victoria du Royaume-Uni. La ville zambienne voisine porte le nom de cet explorateur écossais tandis que sa statue se trouve du côté du Zimbabwe.

La Zambie est un pays à découvrir pour les amoureux de la nature !

Fabienne Sedda



DELTA

Depuis septembre 2016, le réseau DELTA, en partenariat avec l'AGAM, vous propose des cours de formation continue. Ces formations ont lieu, en général, **le samedi matin de 9h00 à 13h00** à la clinique et permanence d'Onex, sauf exception.

Ces formations sont gratuites pour les AM membres du réseau DELTA. Une participation de CHF 15.- est demandée pour les non-membres DELTA.

Les inscriptions doivent être envoyées par e-mail 2 mois à l'avance à : inscription.ge@reseau-delta.ch, ceci afin d'éviter les désistements non annoncés qui impactent l'organisation des formations. (aucune confirmation ne vous sera envoyée en retour).

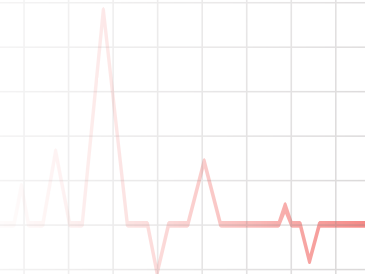
Face à la situation sanitaire actuelle, Delta n'a pas pu vous proposer des cours pour la fin de l'année 2020. Nous mettons tout en œuvre pour reprendre ces cours avec Delta dans les meilleurs délais et vous proposer un calendrier pour 2021.

Les prochaines formations vous seront communiquées ultérieurement par e-mail et sur notre site internet (www.agam-ge.ch)

Comme moi,
choisissez le
réseau Delta
auprès de votre
assurance
maladie

**LE RÉSEAU DE SANTÉ DELTA,
ÇA C'EST INTELLIGENT !**

 **Delta**
réseau de santé
www.reseau-delta.ch



AGENDA

IMPRESSUM

Tous vos rendez-vous avec l'AGAM pour 2021



MARS 2021

Jeudi 25 mars 2021
de 19h00 à 21h00

Radioprotection
Imagerie numérique et paramètre
d'exposition

Visioconférence

AVRIL 2021

Samedi 17 avril 2021
dès 13h00

Techniques radiologiques
conventionnelles élargies
(examen)

Centre médical
de la Servette
1203 Genève

Mardi 20 avril 2021
de 19h00 à 21h00

L'hypercholestérolémie chez l'enfant et
l'adolescent

Ortra Santé-Social
1203 Genève

MAI 2021

Jeudi 20 mai 2021
de 8h30 à 17h00

Perfusion/IV

Ch. des Bougeries 15
1231 Conches

Mardi 25 mai 2021
de 19h00 à 21h00

Témoignages de personnes vivant avec
le VIH

Ortra Santé-Social
1203 Genève

JUIN 2021

Samedi 12 juin 2021
horaires à définir

Facturation de la médecine
complémentaire

Lieu à préciser

SEPTEMBRE 2021

Samedi 18 septembre 2021
dès 8h30

Journée d'automne de l'AGAM
«Médecine esthétique et réparatrice»

Starling Hotel Genève
1218 Le Grand-Saconnex

OCTOBRE 2021

Mercredi 6 octobre 2021
de 10h00 à 12h00

Visite du centre OTIUM

Place des Philosophes 18
1205 Genève

NOVEMBRE 2021

Mardi 9 novembre 2021
de 19h00 à 21h00

Les maladies dues aux tiques

Ortra Santé-Social
1203 Genève

IMPRESSUM

AGAMag' journal de l'Association Genevoise des Assistantes et Assistants Médicaux (AGAM)
Edition N°31 / mars 2021 - Tirage 500 exemplaires
PÉRIODICITÉ 3x/an (février-juin-octobre) / LA RÉDACTION Sara OEUVRAY, journal@agam-ge.ch
ONT PARTICIPÉ À LA RÉDACTION DE CE NUMÉRO
Estime Lorréus Gachet, Sara Oeuvray, Dr Bruno Toussaint, Alain Farrugia, Fabienne Sedda
RÉALISATION / IMPRESSION
COPYTREND - ctgeneve@copytrend.ch - Tel.: +41 (0)22 343 21 50

La reproduction totale ou partielle des articles contenus dans AGAMag' est autorisée,
libre de droits, avec mention obligatoire de la source.

Avec l'AGAM et Unia Genève, défendons ensemble nos droits !

**Etre membre de l'AGAM et du syndicat Unia c'est renforcer
notre solidarité et améliorer la défense de notre profession**

UNIA

Le Syndicat.

**Unia Genève
Secrétariat régional**

5, chemin Surinam
Case postale 288
CH-1211 Genève 13
T +41 848 949 120
<http://geneve.unia.ch>
geneve@unia.ch

Depuis le 1er mars 2007, le secteur des cabinets médicaux se retrouve sans protection conventionnelle. Conséquence, les salaires d'embauche se sont effondrés : 32% des assistantes médicales gagnent aujourd'hui moins que l'ancien minimum conventionnel, et ce pourcentage atteint même 48% dans les grandes structures telles que les permanences médicales. Auparavant, la convention collective de travail (CCT) des assistantes médicales prévoyait une grille des salaires minima ainsi qu'une durée hebdomadaire du travail de 40 heures.

Contre la sous-enchère salariale, une protection collective est nécessaire

L'AGAM et le syndicat Unia se battent ensemble contre la dégradation des conditions salariales des assistantes médicales qui mettent cette profession, majoritairement féminine, en danger. En dernière instance, c'est la sécurité des patients qui se trouve aujourd'hui préteritiée. Seule une convention collective de travail ou, à défaut, un contrat-type édicté par l'Etat permettent de sécuriser les salaires à l'embauche, de garantir des conditions de travail correctes et de sauver une mission indispensable à la population.

En adhérant au syndicat, nous renforçons notre représentativité et nous améliorons la défense de nos droits. Salaires, temps de travail, retraites, formations... autant de sujets pour lesquels nous avons besoin d'une protection forte et efficace. C'est pourquoi l'AGAM recommande à ses membres la double affiliation avec le syndicat Unia. Ensemble, nous sommes plus forts !



© Photography Geneva by Demir SÖNMEZ

**Les membres de l'AGAM bénéficient d'une réduction
des cotisations Unia à hauteur de la cotisation à l'AGAM.**



ASSISTER ORGANISER SECONDER

Analyses médicales: quelles que soient vos attentes, Dianalabs, Dianapath, Fertas et Genesupport vous accompagnent tout au long de votre journée pour vous faciliter le quotidien



Dianalabs, Dianapath, Fertas, Genesupport sont membres du réseau Medisupport

dianalabs.ch

dianapath.ch