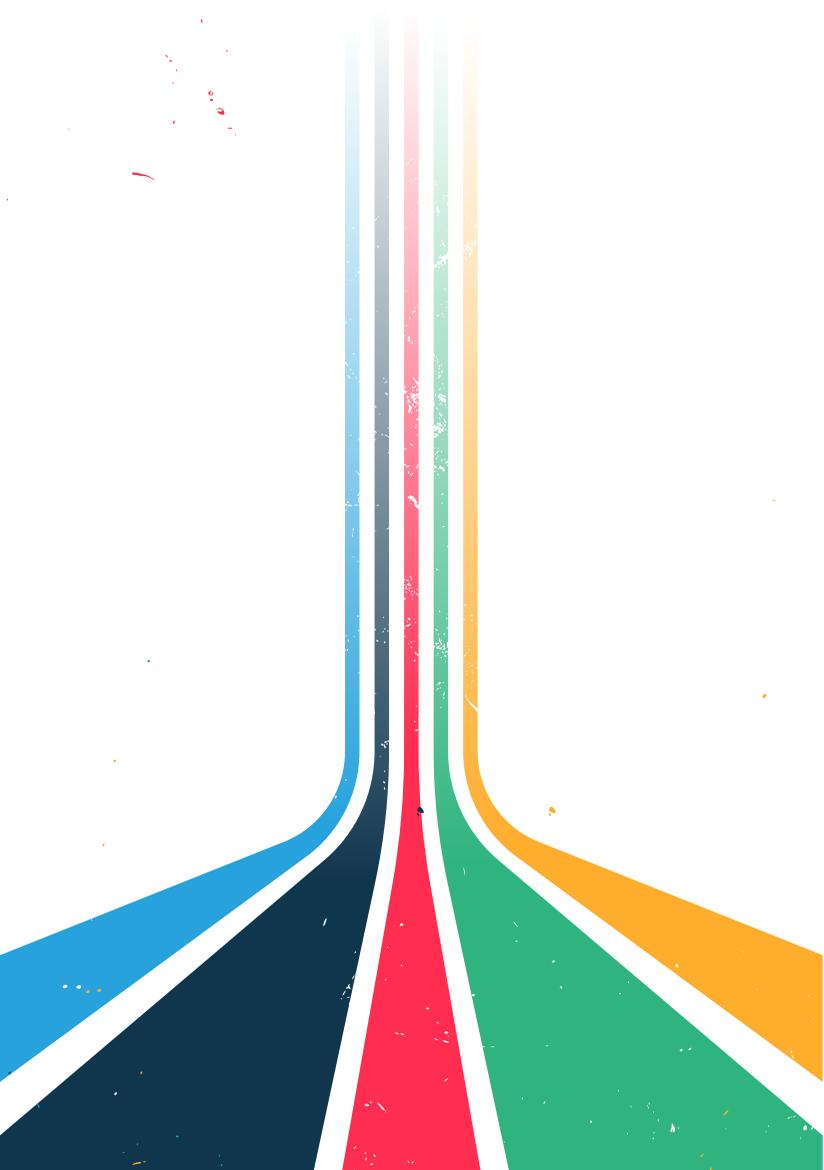


la lettre



6 0 JAHRE ANS ANNI

Ä K ÄRZTEKASSE

CAISSE DES MÉDECINS

C M CASSA DEI MEDICI

TOUJOURS AU TOP DEPUIS 60 ANS !



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



Caisse des Médecins · Société coopérative · Agence Genève-Valais
Route de Malagnou 40A · 1208 Genève · Tél. 022 869 45 50 · Fax 022 869 45 06
www.caisse-des-medecins.ch · geneve@caisse-des-medecins.ch



Au cœur de l'innovation



Dr Michel Matter
Président de l'AMGe

Noël n'est pas en novembre

Plusieurs marathons

On a coutume de dire qu'un marathon se court pendant 30 kilomètres avec les jambes, puis 10 km avec la tête, 2 km avec le cœur et enfin 195 mètres à travers ses propres larmes. Une intelligente gestion de la distance, du tempo et du corps est essentielle. Aucun marathon, aussi célèbre soit-il, n'est un parcours rectiligne ou facile. Les conditions externes, parfois extrêmes, ont un impact direct sur la performance. Le but ultime est de devenir un « finisher », de passer la ligne d'arrivée tant espérée, quel que soit son temps. Seule la finalité compte.

Notre association court actuellement plusieurs marathons tant les dossiers, en particulier dans le domaine des tarifs médicaux, sont tentaculaires et au long court. Ces dossiers sont incontournables pour l'avenir de nos pratiques. Ils nécessitent un investissement en temps et en ressources rarement connu jusqu'ici. Aucun dossier ne peut avancer par la seule force de l'AMGe. Nos partenaires sont une source et un appui déterminants pour défendre au mieux les intérêts de nos membres, mais aussi la qualité de la médecine.

Des tarifs médicaux à réadapter

Souvent, et on l'a encore lu et entendu récemment, de nombreux journalistes confondent le chiffre d'affaires et le revenu des médecins. Nul n'ignore que les charges pesant sur nos cabinets et centres médicaux ont pris l'ascenseur depuis plusieurs années. La tarification médicale pour l'assurance obligatoire des soins (AOS) date de 2004 lors de l'introduction du Tarmed, tarif revu à la baisse à maintes reprises par l'autorité fédérale.

Dans le domaine des assurances complémentaires, les négociations tarifaires datent déjà de plusieurs années et se sont déroulées au fil du temps avec le Groupe Mutuel, puis la CSS et en dernier lieu avec Assura. Ce sont, et nous aimons à le rappeler, des négociations qui amènent à un accord tarifaire commun couvrant les honoraires des médecins et des chirurgiens qui restent indépendants et qui soignent des patientes et des patients qui veulent avoir la garantie du libre choix du médecin et d'une prise en charge optimale.

Notre association court actuellement plusieurs marathons tant les dossiers, en particulier dans le domaine des tarifs médicaux, sont tentaculaires et au long court.

Dans le lourd dossier des assurances complémentaires, à lire le positionnement de certains assureurs d'Outre-Sarine, on a l'impression que Noël est en novembre!

2025, année de toutes les batailles tarifaires

L'année 2025 devrait être celle de tous les possibles et de toutes les batailles. Au moment d'écrire ces lignes, l'ensemble des partenaires tarifaires a donné son accord pour l'introduction souhaitée par le Conseil fédéral, selon sa décision du 19 juin dernier, de l'attendu Tardoc au 1^{er} janvier 2026, qui représente une structure tarifaire revue et modernisée, mais aussi de forfaits médicaux selon la volonté du Parlement. Si l'ensemble des partenaires tarifaires a donné son feu vert, cela signifie aussi un OUI de la part de la FMH. Ce oui fut dur à obtenir tant l'analyse des forfaits proposés a fait bondir nombre de sociétés de disciples. Difficile en effet de ne pas les soutenir tant le constat de forfaits archaïques est frappant. L'assemblée des délégués de la FMH a accepté, quelques heures avant l'ultimatum au 31 octobre imposé par le Conseil fédéral, de soutenir le futur Tardoc et les forfaits en exigeant que des mesures d'accompagnement, incluant les spécialistes, soient entreprises pour remanier les forfaits inappropriés et également protéger la médecine de premier recours ainsi que les psychiatres et les pédopsychiatres. Le paquet tarifaire est donc en route. L'AMGe, via son appartenance à la Société médicale de la Suisse romande (SMSR) et sa présence à la Chambre médicale de la FMH ainsi qu'aux séances tarifaires, restera attentive à ce que la valorisation de la médecine de

famille, des pédiatres et de l'ensemble de la psychiatrie soit réelle et qu'elle ne devienne pas une simple variable d'ajustement. Les futurs revenus via le Tardoc ne devront pas être engloutis par les premières hausses des charges en cabinet. Ce serait un non-sens comme celui vécu depuis 2004 et la soi-disant revalorisation de l'acte intellectuel. À contrario, les spécialistes ne devront pas subir la quadruple peine de connaître des forfaits inadaptés leur être imposés, de voir leurs revenus en ambulatoire ne plus leur permettre d'investir dans l'outil de travail garant du progrès et de la qualité des soins, de crouler sous des charges incompressibles à défaut de réduire le personnel soignant et enfin de subir une valeur du point moindre alors que Genève a toujours préconisé une valeur du point tarifaire unique à travers la communauté médicale genevoise. La cohésion des médecins est fondamentale. Ensemble, nous sommes plus forts.

Dans le lourd dossier des assurances complémentaires, à lire le positionnement de certains assureurs d'Outre-Sarine, on a l'impression que Noël est en novembre! Comment comprendre l'attitude séparatrice et hautaine de Sanitas qui décrète, seule, que tous les acteurs font faux, qu'elle-seule saurait ce qui sera le mieux pour Genève et qu'elle uniquement est capable de répondre aux exigences de la FINMA, fixées pour fin 2025. Rompre un contrat avec les cliniques privées, comme l'a fait Sanitas fin octobre, est adminis-

trativement simple, plein de dédain pour des citoyennes et des citoyens qui ont payé des primes supplémentaires pour s'assurer du libre choix de leur médecin et en rupture avec toute réelle volonté d'un partenariat fort comme nous le connaissons avec d'autres assurances et certaines cliniques genevoises. Nous avançons avec ces partenaires vers un but commun, celui de créer un tarif avec des prix nets, séparant clairement ce qui est à charge de l'AOS de ce qui est du ressort des assurances complémentaires. Le travail est colossal et la volonté affichée par les assureurs Assura, Mutuel, Swica, l'hôpital de La Tour, les cliniques genevoises du groupe Hirslanden, les chirurgiens

et anesthésistes membres du groupe de travail, le Bureau du Conseil de l'AMGe et par notre secrétaire général est impressionnante. La fin de l'année approche, chaque journée permet de progresser vers une solution proposée en commun, en partenariat, qui est souvent appelée « le modèle genevois ».

Définitivement, Noël n'est pas en novembre ! Il reste du temps avant de dresser le sapin, de le décorer et de le garnir de présents.

Les marathoniens vous le diront, seule la ligne d'arrivée compte. ●

Nous avançons avec ces partenaires vers un but commun, celui de créer un tarif avec des prix nets, séparant clairement ce qui est à charge de l'AOS de ce qui est du ressort des assurances complémentaires.



CLINIQUE DE CRANS-MONTANA

MÉDECINE INTERNE DE RÉHABILITATION

Nos pôles d'excellence:

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

Admissions

➔ Rendez-vous sur hug.ch/crans-montana/admissions

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

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



CLINIQUE DE CRANS-MONTANA



1010219

Entreprise Romande, 18-31 octobre 2024

«La baisse du point Tarmed entraîna des licenciements»

TARMED Lors de son introduction en 2004, la valeur du point Tarmed, qui sert à facturer les prestations ambulatoires à charge de l'assurance obligatoire des soins, était de 98 centimes. Elle a été baissée à 96 centimes dès 2008, puis a fait l'objet de demandes de baisse à 94, puis 91 centimes.

Propos recueillis par Steven Kakon

En décembre 2023, une quarantaine d'assurances ont fait recours contre la décision du Département genevois de la santé et des mobilités de fixer la valeur du point Tarmed à 96 centimes. Le Tribunal administratif fédéral l'a admis et a réduit provisoirement le point à 94 centimes, soit une diminution de revenus pour les médecins de 2%. Il se prononcera sur le fond entre fin 2024 et début 2025.

Cet été encore, trois assureurs - Helsana, Sanitas et KPT - ont demandé une nouvelle baisse, avec une valeur de 91 centimes, accordée. Les médecins doivent donc facturer leurs prestations 6% moins cher pour les assurés de ces compagnies.

Interview avec le docteur Didier Châtelain, président de l'Association des médecins de famille à Genève.

Qu'est-ce qui vous a poussé à protester au parc des Chaumettes, devant les HUG, avec des dizaines d'autres médecins le 16 septembre dernier?

C'est le coup de poignard dans le dos que nous avons tous reçu cette année, qui nous empêche de prodiguer des soins de qualité et qui va nous entraîner à ne plus pouvoir délivrer certaines prestations. Notre masse de travail a augmenté, or, il est difficile de nous demander de continuer à fournir des soins de qualité quand en parallèle on baisse notre rémunération.

Ces dernières années, nous avons travaillé gratuitement de très nombreuses heures par semaine et par mois. En effet, nous ne pouvons pas facturer à l'assurance plus de dix minutes par mois pour les patients de moins de 65 ans et plus vingt minutes par mois pour les patients de plus de 65 ans ou les cas complexes. Tout le

travail qui n'est pas effectué en présence du patient au cabinet médical ne peut être facturé.

Quelles sont ces tâches réalisées gratuitement?

Il s'agit du temps passé à répondre aux infirmiers qui ont un souci au domicile du patient, aux autres prestataires de soin et à la famille. Ce temps n'est pas facturable, donc pas facturé, alors que cela représente au minimum une à deux heures par jour de notre temps de travail.

Les médecins de premier recours - essentiellement les médecins de famille, les pédiatres, les gériatres, les psychiatres - subissent cette réforme de plein fouet. En tant que médecin de famille, vous êtes donc en première ligne?

Oui, nous sommes les plus touchés, et plus gravement, car nous n'avons pas

de gestes techniques qui amènent une rémunération supplémentaire. Nous n'avons pas non plus la possibilité de facturation hors LAMal (assurance obligatoire des soins – ndlr), contrairement à d'autres spécialités. Nous avons de réelles difficultés. Je tiens à rappeler qu'un médecin de famille est un spécialiste de médecine interne générale, ce qui implique au minimum cinq ans d'études après le diplôme de médecine, et la réussite de l'examen fédéral.

Pourquoi les médecins de premiers recours gagnent-ils moins alors que le point Tarmed est le même pour tous ?

Le médecin de premier recours n'a que très peu de gestes techniques qui, eux, sont valorisés en termes de nombre de points. Nous ne facturons que le temps d'écoute et d'examen clinique, à la différence d'autres spécialistes qui peuvent effectuer des gestes techniques rémunérateurs. Je ne parle même pas des spécialités qui travaillent avec les assurances privées, c'est-à-dire hors TarMed et qui peuvent gagner beaucoup d'argent.

De combien le revenu moyen de vos consultations a-t-il baissé ces dernières années ?

En vingt ans, mon tarif horaire n'a cessé de diminuer. Il a baissé d'environ 23 %.

De combien ont augmenté vos charges ?

Il est difficile de donner un chiffre, car il faudrait prendre en compte l'augmentation de l'énergie, des fournitures, etc. Globalement, je constate une diminution du pouvoir d'achat de plus de 40% en considérant le salaire de mon assistante, le loyer et les prix généraux qui augmentent chaque année.

Les médecins de familles genevois se mobilisaient déjà en 2008 et 2009 lors de la première baisse du point Tarmed depuis son introduction en 2004. Cette nouvelle baisse met-elle en péril la profession ?

Elle met surtout en péril notre capacité à pouvoir promulguer des soins de manière adéquate.

Le risque, c'est qu'on ne puisse plus rémunérer notre personnel médical, ce qui entraîne déjà et va encore entraîner des licenciements partiels, voire complets. Si je licencie mon assistante médicale, il n'y aura plus de réponse téléphonique les après-midis et de prestations médicales effectuées dans ces horaires, donc de soins prodigués par téléphone, de réponses urgentes. La deuxième conséquence à cela, c'est que des patients vont devoir se rendre dans les services d'urgence, dont l'engorgement va nettement s'aggraver. ●

Écoutez notre podcast sur
www.entrepriseromande.ch

Le médecin de premier recours n'a que très peu de gestes techniques qui, eux, sont valorisés en termes de nombre de points. Nous ne facturons que le temps d'écoute et d'examen clinique, à la différence d'autres spécialistes qui peuvent effectuer des gestes techniques rémunérateurs.

12 MOIS
12 ACTIONS

POUR UNE RÉDUCTION DE L'UTILISATION DES ÉCRANS

Un usage raisonné des écrans est bénéfique pour la santé et le climat. L'amélioration des connaissances des effets des écrans sur la santé individuelle et planétaire, ainsi qu'une éducation numérique sont indispensables pour faire face à l'utilisation excessive d'écrans.

LES ÉCRANS EN CHIFFRES

- ✓ 8 outils numériques par foyer.¹
- ✓ Les adolescents suisses utilisent leur smartphone en moyenne 3h30/jour la semaine et 5 h/jour le week-end.²
- ✓ À partir de 16 ans, 50% des personnes ont déjà été victimes de harcèlement sexuel en ligne.²
- ✓ 42% des enfants de 6-13 ans regardent leur téléphone pendant la nuit.³
- ✓ En Europe, les adultes passent environ 51 h/semaine devant un écran, dont 20% au travail.⁴

BÉNÉFICES POUR LA SANTÉ D'UNE RÉDUCTION DE L'UTILISATION DES ÉCRANS

- ✓ Amélioration des troubles du sommeil, visuels et musculosquelettiques.
- ✓ Augmentation de l'activité physique.
- ✓ Amélioration des troubles psychiatriques⁵ (par exemple, états dépressifs, mal-être, solitude, angoisses, comportements agressifs, trouble d'« attention multitâche »).

CHEZ L'ENFANT EN PARTICULIER⁶

- ✓ Diminution de l'épidémie de myopie.
- ✓ Amélioration de la gestion des émotions et des capacités d'apprentissage.
- ✓ Diminution des traumatismes psychologiques post-exposition à des images choquantes/harcèlement.

BÉNÉFICES POUR LA PLANÈTE D'UNE RÉDUCTION DE L'UTILISATION DES ÉCRANS⁷

✓ Réduction de l'extraction des métaux rares nécessaires à la production des écrans.

✓ Réduction des émissions de gaz à effet de serre :


1 ordinateur = 1 tonne de CO₂

✓ Diminution de la consommation électrique mondiale : 6-10 % de l'électricité mondiale est consommée par l'utilisation d'écrans.

LA PRESCRIPTION DURABLE



- ◆ Pour les enfants, utiliser les écrans en compagnie d'un adulte.
- ◆ Acquérir des connaissances numériques.
- ◆ Privilégier les interactions sociales.
- ◆ Veiller à avoir des activités variées, une activité physique et un sommeil suffisant.
- ◆ Acheter des téléphones reconditionnés et penser à réparer ses outils numériques plutôt que de les remplacer.

Quand aborder la question de l'utilisation des écrans

Lors de consultations de contrôle pour les enfants, de consultations pour des troubles du sommeil, du comportement ou des humeurs ou pour des problématiques de harcèlement, en cas de surpoids/obésité.

RÉFÉRENCES



1. Enfants et écrans : à la recherche du temps perdu. Avril 2024. Disponible sur : <https://www.elysee.fr/admin/upload/default/0001h6f6ec68abed9cc1b1f3043d87b9f795e62779b09.pdf>

2. Külling C, Waller G, Suter L, et al. Étude James 2022. Disponible sur : www.zhaw.ch/psychologie/james

3. <https://www.jeunesetmedias.ch/medias/jeunes-et-medias-faits-et-chiffres>

4. <https://employes.ch/lune-vie-devant-lecran>

5. Kierzek G, Lledo PM, Levezuel N, Lowenstein W, Tisseron S. Observatoire sur le bon usage des écrans. En ligne : <https://lebonusageedescreens.fr/>

6. Yang S, Said M, Peyre H, et al. Association of screen use with cognitive development in early childhood: the ELFE birth cohort. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2024 may; 65(5): 780-693.

7. <https://www.actioninnocence.org/publication/pollution-numerique-2/>



Illustration : Agence Les Deux Dandys | Texte : Jean Paul Rathgeb, Jean-Yves Corajod, Martine Bideau



Articles publiés
sous la direction de

JEAN-LUC RENY

Service de médecine
interne générale
Département de
médecine
Hôpitaux
universitaires de
Genève

Formation post-graduée, carrière médicale et bien-être: c'est possible!

Dre AMANDINE BERNER, Dre VIOLENE PORTO, Dre CAMILLE RENOLD et Pr JEAN-LUC RENY

Rev Med Suisse 2024; 20: 1911-2 | DOI: 10.53738/REVMED.2024.20.892.1911

Dans un article récent du *NEJM* intitulé «Being Well while Doing Well — Distinguishing Necessary from Unnecessary Discomfort in Training»,¹ Lisa Rosenbaum pose la question suivante: «La recherche de l'excellence est-elle en contradiction avec la recherche du bien-être?»

L'épuisement professionnel est l'un des grands maux du XXI^e siècle. En médecine, cette notion peut apparaître en contradiction avec le don de soi et l'endurance à toute épreuve historiquement associés à la profession. Pourtant, les chiffres sont là. En Suisse, dans une enquête conduite en 2018 auprès de médecins assistants en formation post-graduée de médecine interne générale,² 20% des 472 répondants rapportaient un faible niveau de bien-être et des regrets par rapport à leur choix de carrière. En 2023, dans un autre sondage auprès des membres de l'Association des médecins assistants et chefs de clinique (ASMAC), la moitié des médecins interrogés déclaraient avoir de temps en temps pensé «Je n'en peux plus» et 68 % estimaient leur durée de travail excessive et ne respectant pas la loi sur le travail.³ Malgré les biais méthodologiques inhérents à ces enquêtes et l'expression par certains des plus seniors «qu'avant, c'était bien plus dur», les perceptions des plus juniors sont un écho sociétal actuel à cette pénibilité et doivent être prises en compte.

Ne soyons pas angéliques, la formation et la pratique médicale sont et resteront exigeantes. Néanmoins, les conditions de travail et les attentes évoluent, notamment en termes

d'équilibre entre vie professionnelle et privée. Dans ces grandes évolutions, il nous semble donc important de pouvoir identifier les facteurs et les moyens à disposition permettant à la fois d'assurer la meilleure qualité des soins portée aux patient-es et de permettre aux médecins de s'épanouir dans leur formation professionnelle. Avec une littérature scientifique autour du «well-being» de plus en plus étoffée, il est démontré qu'un médecin épuisé est un médecin moins performant⁴ et que bien-être et épanouissement professionnel sont des aspects d'une carrière à ne pas négliger.

**BIEN-ÊTRE ET
ÉPANOUISSEMENT
PROFESSIONNEL
SONT DES
ASPECTS D'UNE
CARRIÈRE À NE
PAS NÉGLIGER**

L'exemple danois, dans le cadre de la refonte de leur système de santé, pourrait s'approcher d'un tel équilibre, avec notamment une formation médicale plus flexible et une limite de 37 heures de travail hebdomadaires. Néanmoins, ce pays, comme d'autres, souffre d'une pénurie de personnel soignant et la réduction du nombre d'hôpitaux n'est pas sans impact sur les patient-es. Cette réduction du temps de travail a aussi un impact sur la continuité des soins stationnaires et sur la durée de la formation si l'on veut atteindre un même niveau d'exposition et d'expérience. La réduction isolée du temps de travail ne permettrait donc pas de tout résoudre.⁵ Une étude intéressante conduite en 2020 aux États-Unis auprès de médecins en formation post-graduée de médecine interne et de pédiatrie⁶ met en lumière six facteurs associés à l'épanouissement professionnel: la qualité du leadership dans les programmes de formation, le climat d'apprentissage, les connexions sociales, le plaisir dans la pratique médicale, l'équilibre entre vie professionnelle et privée,

Bibliographie

- 1 – Rosenbaum L. Being Well while Doing Well - Distinguishing Necessary from Unnecessary Discomfort in Training. *N Engl J Med.* 2024;390(6):568-72.
- 2 – Zumbrunn B, Stalder O, Limacher A, et al. The well-being of Swiss general internal medicine residents. *Swiss Med Wkly.* 2020;150:w20255.
- 3 – ASMAC. Management Summary relatif au sondage auprès des membres 2023 réalisé sur mandat de l'Association suisse des médecins-assistant(e)s et chef(fe)s de clinique (asmac) 2023. Disponible sur: https://vsao.ch/wp-content/uploads/2023/05/Sondage-membres-2023-Management-Summary_FR.pdf
- 4 – Tawfik DS, Scheid A, Profit J, et al. Evidence Relating Health Care Provider Burnout and Quality of Care: A Systematic Review and Meta-analysis. *Ann Intern Med.* 2019;171(8):555-67.
- 5 – Zaugg J, Gilli Y. Les médecins danois ont trouvé l'équilibre. *Bulletin des médecins Suisses.* 2023;104:12-6.
- 6 – Hyman JH, Doolittle B. Thriving in Residency: a Qualitative Study. *J Gen Intern Med.* 2022;37(9):2173-9.

Extrait de la Revue Médicale Suisse 2/2

et les facteurs intrinsèques parmi lesquels l'optimisme et la résilience. Si certaines des caractéristiques intrinsèques, propres à chacun et chacune, sont étroitement dépendantes d'un bon « matching » entre un individu et un type de formation post-graduées, les autres facteurs offrent des perspectives d'amélioration au niveau systémique. Parmi celles-ci, le renforcement du mentorat, la co-construction d'une culture d'équipe, le développement d'un climat d'apprentissage favorable et de relations positives entre médecins cadres et médecins juniors, leur offrant une évolution avec autonomie et bienveillance, l'adaptation de la formation structurée et non structurée ou encore une meilleure orientation et un suivi de carrière. Ces éléments sont autant de leviers, certains actionnables à moindre coût, au niveau des centres formateurs. L'implémentation de nouvelles technologies pourra aussi libérer du temps pour soutenir la mise en place de tels projets. À plus grande échelle, administration, réglementation et financements doivent faire l'objet d'une réflexion politique plus globale. Pour agir, il faudra donc aborder ces enjeux de manière différen-

ciée, tout en gardant à l'esprit que chaque médecin est unique. Comme en sport ou en art, les besoins et compétences varient. Toute initiative visant à améliorer le bien-être au sein des programmes de formation devra donc être aussi personnalisée que possible, en soutenant, sans être normatif, le potentiel de chacun.

Notre métier est une source d'épanouissement extraordinaire. À nous d'œuvrer ensemble et avec toutes les générations de médecins pour soutenir les efforts nécessaires pour aspirer à cet épanouissement, dans cette période de transition sociétale. Dès lors, l'exigence est non seulement compatible mais doit aller de pair avec le bien-être au travail.

Remerciements: À l'ensemble des médecins-adjoint-es, chef-fes de clinique et médecins internes du service, en particulier Pauline Darbellay-Farhoumand, Thomas Agoritsas, Delphine Vetterli et les délégués des internes du Service de médecine interne générale des HUG, 2023-2024, pour les échanges plus approfondis et le travail ensemble.

**L'EXIGENCE EST
NON SEULEMENT
COMPATIBLE
MAIS DOIT ALLER
DE PAIR AVEC LE
BIEN-ÊTRE AU
TRAVAIL**



Articles publiés
sous la direction de

**ANTOINE
GEISSBÜHLER**

Doyen
Faculté de médecine
Université de Genève

Notre faculté s'engage pour une médecine responsable

Pr ANTOINE GEISSBÜHLER

Rev Med Suisse 2024; 20: 1892-3 | DOI : 10.53738/REVMED.2024.20.891.1892

Comment assurer la formation des médecins dont la communauté a besoin, tant en nombre qu'en qualifications? Comment faire face au désenchantement croissant dans cette profession et qui se manifeste parfois déjà en cours d'études? Comment adapter les curricula pour faciliter l'évolution vers l'interprofessionnalité, l'intégration des outils numériques et l'utilisation responsable de l'intelligence artificielle? Comment diminuer la précarité des chercheurs et des chercheuses qui s'engagent dans la voie académique? Comment maintenir l'attractivité et l'excellence de la recherche dans une Suisse qui se désinvestit dans ce domaine et s'isole au sein de l'Europe? Comment contribuer aux défis sociétaux pour plus de durabilité et de diversité? Comment valoriser notre position privilégiée au sein de la Health Valley lémanique et de la Genève internationale?

Voici quelques-unes des questions que s'est posée notre équipe de direction de la Faculté de médecine alors qu'elle prenait ses fonctions pour son mandat de quatre ans. En réponse, nous avons formulé nos ambitions stratégiques.

Tout d'abord, faire de la Faculté un lieu inclusif de débat participatif où l'on s'engage pour les causes d'aujourd'hui que sont la durabilité, la diversité, la digitalisation et l'intelligence artificielle. Il s'agit notamment de renforcer la formation et la recherche dans le domaine de la santé planétaire, de questionner l'écoresponsabilité de nos pratiques médicales et de recherche. Il faut aussi développer un sens critique pour l'utilisation raisonnée des outils numériques et de l'intelligence artificielle. Pour ce faire, la richesse de notre Université polyvalente peut être mieux utilisée, de même que nos liens au niveau lémanique.

Nous souhaitons y vivre au quotidien le respect, la bienveillance, l'égalité et la diversité, tout en renforçant la planification et le suivi des carrières juniors, en élargissant les perspectives d'évolution et en facilitant la mobilité interne et la formation continue.

Afin de former des professionnels responsables qui s'engagent dans ce monde en mutation, nous devons réfléchir à la transmission des connaissances, des compétences, mais aussi de nos valeurs, en intensifiant le mentorat de nos étudiantes et étudiants, en réévaluant les formats et contenus d'apprentissage, et en poursuivant les efforts visant à favoriser un choix de carrière orienté vers la médecine de premier recours.

Cela implique aussi de donner un sens renouvelé aux métiers de médecin, de chercheur et de chercheuse, en développant l'identité professionnelle ainsi que de nouvelles compétences managériales et de leadership,

afin de contribuer à la transformation positive du système de santé.

Pour développer, attirer et retenir les talents, il est aussi nécessaire de renforcer la masse critique d'activités et d'infrastructures dans quelques domaines prioritaires. Un exemple prometteur est celui du Campus Biotech où vont se concentrer des activités de recherche, de soins et de valorisation pour les neurosciences, la santé mentale et le numérique, en collaboration avec d'autres institutions lémaniques. Plus généralement, la recherche clinique doit poursuivre son développement et son académisation, tout en valorisant nos liens historiques avec la santé internationale et humanitaire.

Enfin, nous souhaitons rayonner par la recherche et l'innovation aux niveaux régional,

**DONNER UN SENS
RENOUVELÉ AUX
MÉDECINS ET
CHERCHEURS EN
DÉVELOPPANT
L'IDENTITÉ
PROFESSIONNELLE**

Extrait de la Revue Médicale Suisse 2/2

national et international. Cela passe par un renforcement des activités translationnelles entre la médecine fondamentale et clinique, un dialogue permanent entre ces deux domaines, facilité par des financements incitatifs et des infrastructures partagées. La recherche clinique offre aussi aux futurs professionnels de la santé l'opportunité de formuler des hypothèses, de clarifier les enjeux liés à la connaissance et à la mise en œuvre des pratiques, et de s'approprier ainsi

les avancées de la médecine, qu'ils peuvent ensuite appliquer au quotidien auprès des patients. Cela implique un lien renforcé avec le riche écosystème régional de l'innovation et de la valorisation, ainsi que le développement de partenariats externes.

Voici donc un programme ambitieux et dont l'implémentation a démarré. Il est illustré par les différents articles de cette revue.

La Faculté de médecine face aux enjeux de la société

INTERVIEW DU PR ANTOINE GEISSBÜHLER PAR SOPHIE LONCHAMPT

Rev Med Suisse 2024; 20: 1894-5 | DOI: 10.53738/REVMED.2024.20.891.1894



PR ANTOINE GEISSBÜHLER

Doyen de la Faculté de médecine
Chef du HJ5-LAB au Département de radiologie
et informatique médicale, Université de Genève
Directeur de l'enseignement et de la recherche
Hôpitaux universitaires de Genève
Médecin-chef du Service de cybersanté et télé-
médecine, Hôpitaux universitaires de Genève

Quel rôle joue une faculté de médecine face aux défis sociétaux? Comment la formation médicale peut-elle contribuer à répondre aux enjeux auxquels fait face le système de santé? Réponses du Pr Antoine Geissbühler, doyen de la Faculté de médecine de l'Université de Genève.

De quels médecins la société de demain aura-t-elle besoin?
Antoine Geissbühler (AG): Nous aurons besoin de médecins capables de répondre aux enjeux posés par le vieillissement de la population et l'augmentation des maladies chroniques. Aujourd'hui, nous formons encore trop peu de médecins, notamment des médecins de premier recours. Il est admis qu'un système de santé équilibré devrait compter environ 50% de généralistes. À Genève, ce chiffre se situe plutôt entre 15 et 25%, ce qui est largement insuffisant pour promouvoir la santé et coordonner les soins de la population.

Comment comptez-vous remédier à ce déséquilibre?
AG: Depuis cette rentrée, les étudiants de deuxième année ont accès à une «mention de médecine de premier recours». Ce cursus leur permettra de se familiariser avec la médecine générale tout au long de leur formation prégraduée. Ils auront ainsi l'occasion d'interagir avec des médecins de premier recours, de se familiariser avec la pratique en dehors du milieu hospitalier et de développer des compétences spécifiques dans ce domaine. À l'issue de leur formation, en plus de leur diplôme en médecine, ils auront acquis une expérience en médecine de famille, et, nous l'espérons, développé une affinité pour cette spécialité.

À quels autres défis sociétaux la Faculté de médecine doit-elle faire face?
AG: La société, et plus particulièrement la médecine, doit faire face à des ressources de plus en plus limitées, qu'elles soient financières ou environnementales. La production de soins a, par exemple, un impact écologique non négligeable. À ce titre, des initiatives comme le «Geneva Sustainability Centre» visent à réduire cet impact au niveau hospitalier, mais la faculté doit

aussi prendre sa part de responsabilité. Par exemple, le bâtiment du Centre médical universitaire (CMU), qui abrite nos laboratoires de recherche, figure parmi les bâtiments publics les plus énergivores à Genève.

La durabilité concerne également la viabilité du système de santé. En raison de la hausse continue des coûts, l'accès aux soins est de moins en moins équitable. Il est donc impératif de repenser notre système et de développer de nouveaux modèles, tels que les maisons de santé, qui permettent de privilégier le maintien en bonne santé de ses patients et d'ainsi mieux maîtriser les coûts.

Enfin, la durabilité s'applique également aux ressources humaines. Le nombre préoccupant d'abandons précoces dans les carrières médicales soulève des questions sur la perte de sens. L'usage croissant du numérique, bien que nécessaire, tend à distancer les soignants de la relation humaine. Il est essentiel que la formation prégraduée prépare nos futurs médecins à ces défis, afin de limiter au maximum les abandons et de préserver les vocations.

Les patients, et plus largement la société, devraient-ils participer à l'adaptation de la formation des médecins afin qu'elle réponde mieux à leurs besoins?

AG: Absolument. C'est une question que nous avons déjà commencé à aborder à l'hôpital à travers la plateforme

La Faculté de médecine de Genève en quelques chiffres (2023)

1728 étudiantes et étudiants en prégradué
2077 étudiantes et étudiants en postgradué
308 professeures et professeurs
1156 collaborateurs et collaboratrices à l'enseignement et à la recherche
540 membres du personnel administratif et technique

3 sections, subdivisées en 16 départements

- Médecine clinique
- Médecine fondamentale
- Médecine dentaire

Le Décanat dirige la Faculté de médecine et supervise l'enseignement et la recherche. Celui-ci est composé de:

- 1 doyen: Professeur Antoine Geissbühler.
- 6 vice-doyennes et vice-doyens.
 - Recherche fondamentale et technologies: Pr Camilla Bellone.
 - Recherche clinique: Pr Alexandra Calmy.
 - Recherche translationnelle et valorisation: Pr Serge Ferrari.
 - Formation postgraduée et continue et identité professionnelle: Pr Idris Guessous.
 - Carrières, égalité, diversité, inclusion et plateformes: Pr Stéphanie Hugues.
 - Enseignement et formation prégraduée: Pr Mathieu Nendaz.
- 4 délégués et déléguées au décanat.

Extrait de la Revue Médicale Suisse 2/2

«Patients Partenaires». Plusieurs centaines de patients participent activement à des projets visant à améliorer la qualité des soins. Certains d'entre eux souhaitent maintenant s'impliquer au niveau de la faculté, et cette discussion est sur le point de débiter. Intégrer les retours des patients, non seulement pour améliorer les soins, mais aussi la formation des futurs médecins, représente un domaine relativement nouveau et prometteur que nous cherchons aujourd'hui à développer.

Les étudiants ont-ils également leur mot à dire?

AG: Tout à fait. Un dialogue constructif est déjà en place avec les étudiants qui peuvent participer activement à la gouver-

nance de la faculté via un conseil participatif. Ils s'intéressent, par exemple, beaucoup à des thématiques comme la durabilité, l'aide au développement et la médecine humanitaire. Confrontée à des enjeux globaux majeurs, cette génération nous pousse à repenser notre approche et à intégrer de nouveaux outils pour y faire face. C'est d'ailleurs grâce à cette collaboration que nous avons pu lancer, en 2022, un nouveau cursus dédié à la santé planétaire, qui répond à ces préoccupations grandissantes.

Un décanat au service de l'égalité hommes-femmes

INTERVIEW DE LA PRE STÉPHANIE HUGUES PAR SOPHIE LONCHAMPT

Rev Med Suisse 2024; 20: 1896-7 | DOI: 10.53738/REVMED.2024.20.891.1896



PRE STÉPHANIE HUGUES

Vice-doyenne en charge des carrières, de l'égalité, de la diversité, de l'inclusion et des plateformes, Faculté de médecine
Cheffe du groupe «Présentation d'antigènes, maladies auto-immunes et tolérance périphérique des lymphocytes T» au Département de pathologie et immunologie, Université de Genève

Malgré les progrès réalisés, l'égalité hommes-femmes dans les domaines de la recherche et de la médecine demeure un défi majeur. Comment briser le plafond de verre? Entretien avec la Pre Stéphanie Hugues, vice-doyenne en charge des carrières, de l'égalité, de la diversité, de l'inclusion et des plateformes.

En Suisse, seuls 18% des médecins-chefs sont des femmes (figure 1). Cette faible proportion est d'autant plus surprenante qu'elles représentent une majorité des étudiants en médecine. Pourtant, peu d'entre elles parviennent à briser le plafond de verre et à accéder aux postes de haut niveau. La sous-représentation des femmes aux postes de responsabilité dans le domaine médical est un problème complexe, ancré dans des traditions culturelles et des perceptions profondément enracinées. Le parcours vers les postes de direction est semé d'embûches pour les femmes, et une partie de ces obstacles provient de l'intérieur. Selon la Pre Stéphanie Hugues, il existe un «frein intrinsèque» chez les femmes, lié à une sous-estimation de leurs compétences et à une réticence à se valoriser. Ce phénomène est amplifié par des questions culturelles persistantes. «Alors qu'un homme s'engagera généralement sans hésiter pour un poste, une femme sera souvent amenée à se demander si sa famille pourra accepter ce changement,» affirme la vice-doyenne.

L'importance de la reconnaissance

La sous-représentation des femmes aux postes de pouvoir dans le domaine médical a des répercussions importantes, tant sur le plan individuel que collectif. Lorsqu'à travail égal, la valorisation et la reconnaissance sont accordées de manière inégale, cela crée un déséquilibre injuste et décourageant. «Plus inquiétant encore, cette situation risque de priver le secteur médical de compétences précieuses, précise la Pre Hugues. Les femmes brillantes, si elles ne sont pas encouragées et soutenues, pourraient abandonner ou se détourner des carrières académiques et cliniques, ce qui représenterait une perte significative pour la médecine». De plus, la sous-représentation des femmes aux postes de professeur entraîne un manque de diversité dans les

sujets de recherche, ce qui engendre des lacunes dans la compréhension de certaines maladies, particulièrement celles qui affectent majoritairement les femmes.

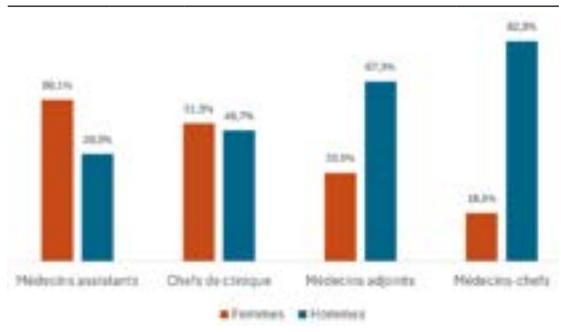
Un jeu de cartes pour sensibiliser aux biais inconscients

Heureusement, les mentalités évoluent. Au fil des ans, de nombreuses initiatives ont été mises en place pour promouvoir l'égalité et soutenir les carrières féminines. Il en résulte une augmentation significative du nombre de femmes dans le corps professoral de la Faculté de médecine de Genève au cours des dernières années: entre 2009 et 2023, leur proportion est passée de 14 à 35%. «Ce décanat souhaite être un modèle en matière d'égalité. C'est d'ailleurs le premier à avoir dédié un dicastère à cette cause», souligne la vice-doyenne. Chaque commission de recrutement intègre désormais un représentant du décanat chargé de rappeler ou faire prendre conscience des biais inconscients. Cette initiative est renforcée par l'usage d'outils pédagogiques innovants, tels qu'un jeu de cartes conçu par la Faculté des sciences,¹ utilisé systématiquement en début de chaque commission pour sensibiliser les membres à ces biais et permettre un recrutement plus inclusif.

Ces projets sont développés en collaboration avec la Commission de l'égalité de la Faculté de médecine, présidée par la Pre Dina Zekri, et dont la Pre Hugues est également membre. Cette commission s'engage activement à assurer un équilibre de représentation entre femmes et hommes au sein des instances de la Faculté. Elle a par exemple instauré le programme suisse «Subside tremplin», qui finance le détachement des tâches

FIG 1 Femmes médecin: le plafond de verre

La proportion de femmes dans la profession médicale diminue à mesure que l'on progresse dans la hiérarchie. Elles sont majoritaires au niveau de la formation postgraduée puis leur proportion décroît progressivement à chaque niveau hiérarchique plus élevé.



(Figure développée sur la base des données FMH 2023²).

Extrait de la Revue Médicale Suisse 2/2

cliniques pour les chercheuses cliniciennes. Ce dispositif permet aux chercheuses de libérer du temps afin de se concentrer sur leur carrière académique et d'étoffer leur dossier scientifique.

Des « piqûres de rappel » régulières

Malgré ces avancées, il reste beaucoup à faire. Les comportements inappropriés, notamment en milieu clinique, sont encore trop fréquents, et les structures de soutien, comme les crèches pour les enfants des médecins, ne sont pas toujours adaptées aux besoins. De plus, les biais concernant les autres formes de diversité, comme les origines ethniques ou les handicaps, sont des domaines où des efforts supplémentaires sont nécessaires. Stéphanie Hugues souligne l'importance de maintenir une vigilance constante: les progrès réalisés ne doivent pas être considérés comme acquis, et des « piqûres de rappel » régulières sont essentielles pour contrer les comportements discriminatoires qui peuvent resurgir, même de manière inconsciente.

1 Aide mémoire malin. Université de Genève, Faculté des sciences. Disponible sur: <https://unconscious-bias.ch/fr/>

2 Hostettler S, Kraft E. Statistique médicale 2023. Bull Med Suisse. 2024;105(12):30-6.

3 Ellingrud K, Pérez L, Petersen A, Sartori V. Closing the women's health gap:

Témoignage: Financer des projets de recherche liés à la santé féminine

La Professeure Marie-Benoîte Cohen, cheffe de groupe de recherche au Département de pédiatrie, gynécologie et obstétrique, concentre ses recherches sur la physiopathologie du placenta, le cancer de l'ovaire, l'endométriose et la néoplasie trophoblastique gestationnelle. Elle s'interroge sur ses difficultés à obtenir des financements. « Mon financement du Fonds national suisse pour un projet sur le cancer de l'ovaire et la prééclampsie n'a été que partiellement accordé, avec seulement 250 000 CHF sur 3 ans. Je ne peux pas affirmer avec certitude que ces difficultés sont liées aux thématiques de mes recherches. Cependant, il est largement reconnu que la recherche sur les pathologies féminines est chroniquement sous-financée. Un rapport McKinsey³ a par exemple révélé que les études sur la dysfonction érectile reçoivent des financements six fois plus élevés que celles sur l'endométriose. À ma connaissance, cette problématique n'a encore jamais été étudiée en Suisse. Il serait souhaitable que le Fonds national suisse s'y intéresse. »

A \$1 trillion opportunity to improve lives and economies. 2024. McKinsey Health Institute. www.mckinsey.com/mhi/our-insights/closing-the-womens-health-gap-a-1-trillion-dollar-opportunity-to-improve-lives-and-economies?utm_source=www.healthcarehuddle.com&utm_medium=referral&utm_campaign=transforming-femtech-investment-trends-and-future-market-growth

Comment former les médecins de demain?

INTERVIEW DU PR MATHIEU NENDAZ PAR SOPHIE LONCHAMPT

Rev Med Suisse 2024; 20: 1898 | DOI: 10.53738/REVMED.2024.20.891.1898



PR MATHIEU NENDAZ

Vice-doyen en charge de la formation prégraduée et du développement de l'identité professionnelle, Faculté de médecine
Directeur de l'Unité de développement et de recherche en éducation médicale
Médecin-adjoint agrégé, Service de médecine interne générale, Hôpitaux universitaires de Genève

Afin de mieux s'adapter aux changements sociétaux, la formation prégraduée en médecine est en pleine restructuration. Aperçu des changements en cours avec le Professeur Mathieu Nendaz, vice-doyen en charge de la formation prégraduée et du développement de l'identité professionnelle.

Le concept d'identité professionnelle figure désormais dans le titre de votre dicastère. Pourquoi l'ajout de cette notion?
Mathieu Nendaz (MN): Le métier de médecin est extraordinaire à bien des égards. Il permet avant tout des rencontres humaines uniques et offre des défis intellectuels stimulants. L'accompagnement vers le développement de cette identité professionnelle est une priorité de la formation médicale. En cultivant cette identité, les étudiants peuvent commencer à habiter la profession, voire la spécialisation qu'ils ont choisie, en intégrant ses normes parfois implicites, ses exigences et sa culture. Nous envisageons ainsi un programme d'accompagnement plus explicite pour soutenir le développement professionnel des étudiants.

Dans ce contexte, la médecine doit également faire face à de nombreux défis sociétaux, notamment la pénurie de professionnels. Quel rôle joue la Faculté de médecine dans ce domaine?

MN: En tant que faculté de médecine, nous avons une responsabilité envers la société. La première concerne la revalorisation des spécialités en pénurie, notamment la médecine de premier recours. Nous déployons de nombreux efforts pour augmenter les effectifs d'étudiants, mais comme la formation médicale ne se limite pas à l'apprentissage théorique, il est également crucial d'adapter les capacités d'accueil clinique. Pour ce faire, nous collaborons avec des cabinets médicaux, des cliniques privées et d'autres cantons. Nous travaillons également à revaloriser la médecine de premier recours en intégrant davantage d'activités en cabinet, avec l'espoir de susciter des vocations dans cette spécialité en pénurie.

Le concept d'approche par compétences (Competency-Based Medical Education) a été récemment introduit dans les facultés de médecine en Suisse. En quoi cela consiste-t-il?

MN: Dans ce contexte, le terme de «compétences» représente

l'ensemble de savoirs, savoir-faire, savoir-être et valeurs mis en œuvre conjointement pour réaliser une activité professionnelle. Traditionnellement, les étudiants poursuivent des objectifs souvent théoriques à travers des lectures et des travaux académiques. Ensuite, ils s'exercent à développer certaines habiletés pratiques, qu'on évalue pour vérifier si elles sont acquises. La notion d'approche par compétences pousse cette logique plus loin. Plutôt que de dresser une liste exhaustive des éléments à évaluer, l'approche se concentre sur le résultat final: vérifier si l'étudiant est capable de réaliser des tâches clés de manière autonome. C'est là qu'intervient la notion d'«activités professionnelles fiables» (Entrustable Professional Activities, EPA). Ces EPA évaluent, non pas des objectifs théoriques ou pratiques isolés, mais la capacité à mener à bien une activité professionnelle concrète, par exemple le raisonnement clinique au sujet d'une douleur abdominale, prouvant ainsi la maîtrise de l'ensemble des compétences nécessaires, incluant des connaissances de sciences de base. Cette approche met ainsi l'accent sur la nécessité de disposer de sites cliniques de stages suffisants et d'offrir un contact clinique précoce et continu durant les études.

Des changements sont-ils également prévus concernant les formats des cours?

MN: L'un des enjeux majeurs de la formation médicale est de maintenir des formats d'apprentissage dynamiques et engageants. C'est dans cet esprit que la méthode de l'apprentissage par problèmes a été introduite en 1995 à la Faculté de médecine de Genève. Cependant, cette méthode montre aujourd'hui ses limites: les étudiants s'appuient de plus en plus sur les résumés des années précédentes, ce qui prêterait l'apprentissage actif, pourtant au cœur de cette approche. Pour répondre à ces dérives, la faculté explore des méthodes alternatives reconnues pour dynamiser les échanges tout en conservant une approche basée sur des cas concrets.

La sélection en première année de médecine

Il peut sembler paradoxal de limiter l'accès aux études de médecine alors qu'on manque de médecins. Pourtant, même en augmentant le nombre de places, la sélection reste nécessaire, car le nombre de candidats dépasse largement les capacités d'accueil. En Suisse romande, la sélection se fait durant ou à la fin de la première année par un examen. Ce choix découle d'une volonté de laisser aux jeunes une chance d'accéder à l'université. À l'inverse, en Suisse alémanique et à Fribourg, la sélection s'effectue via un test d'aptitude préalable, empêchant l'entrée à l'université en cas d'échec. Ces approches reflètent des choix politiques profondément ancrés dans chaque région. Des réflexions sont cependant en cours à Genève pour adapter ce système et éviter de concentrer les évaluations sur la seule fin de l'année, afin de réduire le stress lié à l'incertitude sur la suite du parcours. Bien qu'aucune décision n'ait encore été prise, l'idée d'un système plus souple fait actuellement son chemin.



Articles publiés
sous la direction de

JACQUES CORNUZ

CAROLE CLAIR

**ALEXANDRE
GOUVEIA**

PHILIPPE STAEGER

Département des
policliniques
Centre universitaire
de médecine
générale et santé
publique
(Unisanté) Lausanne

Des données pour mieux cibler notre formation

Pr JACQUES CORNUZ, Pr CAROLE CLAIR, Dr ALEXANDRE GOUVEIA et Dr PHILIPPE STAEGER

Rev Med Suisse 2024; 20: 2023-4 | DOI : 10.53738/REVMED.2024.20.894.2023

Vous connaissez le contexte: pénurie (réelle ou ressentie) de médecins généralistes, désenchantement chez certains étudiants et étudiantes en médecine, déséquilibre du système de soins en faveur du stationnaire alors que beaucoup d'enjeux se déclinent dans le domaine ambulatoire, rôle pas assez reconnu des soins de base, etc. Pour corriger cette évolution et relancer une dynamique en faveur de la médecine de première ligne pratiquée dans les cabinets de médecine

générale, les policliniques ou les maisons de santé, de nombreuses initiatives réjouissantes voient le jour: au niveau international, le développement de la WONCA avec ses conférences et groupes de travail,¹; au niveau national, l'engagement de nos faitières (Société suisse de médecine interne générale, Médecins de famille et de l'enfance suisse, Collège de médecine de premier recours) pour la valorisation de la première ligne de soins, notamment sur les plans académique, interprofessionnel et tarifaire; aux niveaux régional et cantonal, le souci des autorités politiques de s'impliquer dans cette dynamique (par exemple, le projet Reformer) et le développement de programmes universitaires pour rendre l'enseignement du généralisme (encore) plus attractif. C'est dans ce contexte, et par souci d'adapter notre programme de formation postgraduée des futurs médecins généralistes, qu'Unisanté a décidé, l'hiver passé, de réaliser une enquête auprès des 396 médecins formés depuis 2011 à la Policlinique médicale universitaire (PMU)/Unisanté, l'un des cinq établissements suisses de catégorie 1 (grande policlinique) pour la formation postgraduée en médecine interne générale.

Les principaux résultats de cette enquête,² traités anonymement par une équipe de

recherche indépendante des signataires de cet éditorial, méritent d'être partagés, puisque 65% des sondés y ont répondu (n = 236), un taux inhabituellement élevé pour une enquête auprès des médecins. Leur âge moyen était de 40 ans et 71% étaient des femmes. Voici les principaux enseignements de cette enquête: si la durée de formation postgraduée est élevée (médiane à 6 ans), cela est en partie expliqué par le fait que bon nombre travaillaient à temps partiel, et que plus de la moitié

(52%) signalent avoir fait une pause de plusieurs mois dans leur formation, probablement dans un contexte de maternité. Quand l'analyse est restreinte aux 150 médecins dorénavant installés en pratique ambulatoire, certaines données sont également à relever. À la question «Avez-vous suivi une formation complémentaire?»,

**LA GRANDE
MAJORITÉ DES
MÉDECINS ONT
UNE ACTIVITÉ EN
DEHORS DES
SOINS CLINIQUES
DIRECTS**

18% déclarent s'être formés en médecine manuelle ou en médecine psychosomatique psychosociale et 7% ont suivi une autre formation, telle que médecine d'urgence, médecine de l'addiction ou l'acupuncture. Le fait qu'un quart de nos collègues décident d'acquiescer au terme de leur cursus d'autres compétences devrait nous inciter à inclure ces disciplines attractives plus tôt dans la formation. Il est également bien intéressant de noter que la grande majorité (70%) ont une activité en dehors des soins cliniques directs, que ce soit par l'enseignement (en recevant par exemple des stagiaires) ou hors cabinet (pratique de la médecine en EMS, en centre médico-social, expertises) confirmant une précédente étude qui avait révélé à quel point les généralistes se «ressourçaient» par une activité médicale hors soins cliniques directs.³

À la question «Travaillez-vous au sein d'un réseau (Delta par exemple)?», près de la moitié

Bibliographie

1
– WONCA (World Organization of Family Doctors). www.globalfamilydoctor.com/

2
– Storari C, Cathieni F, Gouveia A, et al. Enquête auprès des médecins formés par la PMU/Unisanté. Lausanne, Unisanté – Centre universitaire de médecine générale et santé publique. Raison de santé 2024 (en cours de publication).

3
– Jakob J, Cohidon C, Cornuz J, et al. Participation in medical activities beyond standard consultations by Swiss general practitioners: a cross-sectional study. BMC Fam Pract 2018;19:52. <https://doi.org/10.1186/s12875-018-0738-1>

Extrait de la Revue Médicale Suisse 2/2

répond positivement, confirmant l'attractivité de ce type d'organisation de soins. Comme attendu, le modèle du cabinet «en solo» devient une rareté, puisque 93% signalent travailler en groupe, plus d'un tiers (38%) avec au moins quatre collègues! Si le mode de rémunération reste traditionnel pour la majorité (63% se déclarent «indépendants»), 16% s'annoncent «salariés», évoquant la perte d'attractivité du modèle entrepreneurial libéral. Si l'on sait que la tendance est claire depuis de nombreuses années pour une diminution du taux d'activité professionnelle, notre enquête révèle que la moyenne de celui-ci se situe à 70% et que seuls 13% des collègues annoncent travailler à 100%! Ces chiffres reflètent la féminisation croissante de la profession, ainsi que les aspirations des nouvelles générations à un meilleur équilibre entre vie privée et vie professionnelle. Last but not least, et ceci est encourageant en ces temps moroses, la satisfaction générale au travail est de 8/10 (médiane), et près des trois quarts (70%) se disent intéressés à s'engager dans la formation pré et/ou postgraduée.

Certes, les médecins formés à la PMU/Unisanté ne représentent pas l'ensemble des futurs généralistes. Mais ces données sont à nos yeux intéressantes au moment où plusieurs initiatives sont lancées pour valoriser la médecine générale. Nous estimons que ces résultats devraient être partagés avec les étudiants et étudiantes afin de leur montrer que la majorité des généralistes formés dans nos institutions est très satisfaite de ses conditions, et que les activités annexes que peuvent exercer les généralistes leur permettent de se ressourcer, d'acquérir des compétences utiles pour la prise en charge clinique de leur future patientèle, et ceci dans un cadre qui concilie vie professionnelle et vie privée. Des arguments qu'Unisanté, en collaboration avec la Faculté de biologie et de médecine de l'Université de Lausanne, s'apprête à valoriser dans son initiative Medgen, acronyme pour inciter plus d'étudiants et étudiantes à se diriger vers la médecine générale.

**LA MAJORITÉ DES
GÉNÉRALISTES
FORMÉS DANS
NOS INSTITU-
TIONS EST TRÈS
SATISFAITE DE
SES CONDITIONS**



Articles publiés
sous la direction de

**PIERRE-ANDRÉ
REPOND**

Secrétaire général de
la Société médicale
de la Suisse romande

Ex-secrétaire général
de la Société
vaudoise de
médecine
Lausanne

Il est toujours utile de lire la loi

PIERRE-ANDRÉ REPOND

Rev Med Suisse 2024; 20: 2139-40 | DOI : 10.53738/REVMED.2024.20.895.2139

Art. 48 Conventions tarifaires avec les associations de médecins

1. Lors de l'approbation d'une convention tarifaire avec une ou plusieurs associations de médecins, l'autorité d'approbation (art. 46, al. 4) fixe, après avoir consulté les parties à la convention, un tarif-cadre dont les taxes minimales sont inférieures et les taxes maximales supérieures à celles du tarif conventionnel approuvé.
2. Le tarif-cadre entre en vigueur à l'expiration de la convention tarifaire. Une année après l'expiration de la convention, l'autorité d'approbation peut fixer un nouveau tarif-cadre sans tenir compte du tarif conventionnel antérieur.
3. Lorsque d'emblée aucune convention tarifaire ne peut être conclue avec une association de médecins, l'autorité d'approbation peut, à la demande des parties, fixer un tarif-cadre.
4. Le tarif-cadre est abrogé pour les parties qui ont conclu une nouvelle convention tarifaire dès l'approbation de celle-ci.

Rarement article de la loi, particulièrement de la LAMal, n'a été aussi limpide. Il a pourtant fallu en passer par deux recours au Tribunal administratif fédéral (TAF), pour qu'il en explicite à nouveau sans ambiguïté le sens et le caractère obligatoire qui s'étaient perdus. Son premier arrêt était pourtant déjà clair, comme il le rappelle dans son 2^e arrêt^a où il «peine à comprendre l'équivoque qui subsiste autour de l'article 48 LAMal», alors que «la fixation d'un tarif-cadre simultanément à l'approbation d'une convention tarifaire avec une association de médecins constitue un devoir légal incombant à l'autorité d'approbation».

Comme le dit le TAF «la loi s'interprète en premier lieu selon sa lettre (interprétation

littérale)» pour relever plus loin qu'en l'occurrence «le texte de l'article 48 al 1 est clair», nonobstant l'obstination des services juridiques cantonaux et l'avis de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) appelé en renfort.

Il est tout aussi surprenant d'observer qu'un article aussi fondamental soit resté si méconnu, y compris, deuxième sujet de surprise, des principaux intéressés. Est-ce parce qu'il parle pour une fois explicitement et spécifiquement des médecins et pas de prestataires de soins et constitue en cela une loi spéciale. Est-ce pour cela que les autorités cantonales ont invoqué son caractère prétendument «désuet», repris de l'ancien droit. Est-ce parce qu'il réaffirme la primauté de la liberté contractuelle et des conventions tarifaires ?

En tout cas l'article de loi mérite d'être lu et appliqué dans tous les cantons et même sur un plan national en lien avec les tarifs fédéraux et pas dans le seul canton de Vaud. Pour cela, il faut faire mieux connaître l'arrêt du TAF et l'analyse de Maîtres Sardet et Schupp, auteurs des recours gagnants au TAF qui en décortiquent la matière.

Leur article détaille bien tous les avantages qu'offre la loi *pour préserver un régime conventionnel* entre associations de médecins et assureurs. C'est en somme un autre cas d'application de la *paix du travail*, si appréciée en d'autres domaines. Cette sécurité est à l'avantage de tous : médecins, assureurs et patients. Elle est un gage de confiance.

FOURCHETTE DE VALEURS DE POINTS

Le mécanisme du tarif-cadre prévoit l'instauration d'une *fourchette de valeurs de points* destinée à durer une année au maximum à

^a Arrêt du Tribunal administratif fédéral C-2510/2021, C-2513/2021 du 12 juin 2024.

Extrait de la Revue Médicale Suisse 2/2

l'échéance de la convention. Mais elle n'est pas une fin en soi, son but est ailleurs. Pour ma part, suivant en cela l'avis de feu le Pr honoraire Jean-Louis Duc (voir plus loin), pour atteindre son but, cette fourchette ne doit pas être trop faible. Elle était historiquement de plus et moins 4% dans le canton de Vaud avant que le tarif-cadre n'y soit mis à mal. La subtilité et l'efficacité durable du tarif-cadre consistent précisément à ne pas devoir s'en servir ou du moins pas longtemps, en mettant suffisamment de pression sur les négociateurs pour aboutir à un nouvel accord. C'est en particulier ce qui a rendu possible le maintien pratiquement ininterrompu depuis plus de 20 ans d'un régime conventionnel dans le canton de Vaud, résultat devenu plus difficile à garantir sans tarif-cadre. À défaut de fourchette suffisamment large, le tarif-cadre ne sert qu'une fois et ne règle rien durablement. En cela, il manque en partie sa cible.

Les conséquences de cet arrêt qui constitue « une petite révolution » selon les auteurs du

commentaire, sont importantes. Ce pourrait même être une grande révolution aux effets considérables. Encore faudra-t-il en faire bon usage !

C'est également l'occasion de rendre ici un hommage personnel à feu le Pr honoraire Jean-Louis Duc dont j'ai été l'assistant, à l'ex-Institut de la responsabilité civile et des assurances (IRAL) de la Faculté de droit de Lausanne, où nous avions, dans un autre domaine, mis en évidence les relations, alors méconnues, entre le droit du divorce et les assurances sociales. Sa thèse sur les tarifs médicaux en faisait un expert reconnu qui a continué, jusqu'il y a peu, à apporter un éclairage fort utile à la compréhension de la LAMal et des règles régissant les tarifs médicaux, particulièrement le tarif-cadre.

**LA SUBTILITÉ ET
L'EFFICACITÉ
DURABLE DU
TARIF-CADRE
CONSISTENT
PRÉCISÉMENT À
NE PAS DEVOIR
S'EN SERVIR**

Le tarif-cadre: un atout pour les associations de médecins dans les négociations tarifaires

FANETTE SARDET^a et PIERRE-DOMINIQUE SCHUPP^b

Rev Med Suisse 2024; 20: 2141-3 | DOI: 10.53738/REVMED.2024.20.895.2141

La valeur du point TARMED est fixée par contrat entre les assureurs et les fournisseurs de prestations (conventions tarifaires), l'intervention de l'État étant, en théorie, limitée à un contrôle de conformité au droit. L'État dispose également de compétences subsidiaires en cas de vide tarifaire. Un récent arrêt du Tribunal administratif fédéral met en lumière le tarif-cadre, un atout pour les associations de médecins dans les négociations tarifaires. Ce tarif, applicable durant au moins une année en l'absence d'accord, prévoit une fourchette de tarifs autour de la valeur du point approuvée, permettant de facturer à une valeur supérieure à celle de l'année précédente. Cet instrument constitue un levier important pour les médecins, tout en limitant l'intervention de l'État. Son application obligatoire est aujourd'hui confirmée.

The framework tariff: an asset for doctors' associations in tariff negotiations

The value of the TARMED point is set by contract between insurers and service providers (tariff agreements), with state intervention limited, in theory, to ensure legal compliance. The state also has subsidiary powers in the absence of tariff. A recent ruling by the Federal Administrative Court highlights the framework tariff, an asset for doctors' associations in tariff negotiations. This tariff, applicable for at least one year in the absence of an agreement, provides for a range of tariffs around the approved point value, allowing billing at a higher value than in the previous year. This instrument serves as an important leverage for doctors, while limiting state intervention. Its compulsory application has now been confirmed.

INTRODUCTION

En droit suisse, la fixation des tarifs médicaux, notamment la valeur du point TARMED, a ceci de particulier qu'elle repose sur le principe de la liberté contractuelle entre assureurs et fournisseurs de prestations, l'intervention de l'État étant

subsidiaire. La réalité est toutefois bien plus complexe. Vu les pressions politiques dans ce domaine, l'interventionnisme de l'État dans la fixation des tarifs médicaux peut être important et mettre à mal les intérêts des médecins lorsqu'il vise une baisse des tarifs,^a ce qui fait évidemment le jeu des assureurs.

Dans ce contexte, un récent arrêt du Tribunal administratif fédéral remet sur le devant de la scène un instrument tarifaire oublié: le tarif-cadre, qui s'applique de façon transitoire durant au moins une année en cas d'échec des négociations ou de non-approbation du tarif. Le tarif-cadre permet aux médecins de facturer une valeur de point supérieure à celle fixée dans la convention valable l'année précédente. Cet outil pourrait ainsi changer la donne en renforçant la position des médecins dans les négociations tarifaires et constitue un avantage non négligeable à l'aube de l'entrée en vigueur du TARDOC.^b

PRINCIPES RÉGISSANT LA FIXATION DES TARIFS MÉDICAUX

Un principe de base: la primauté conventionnelle

L'art. 43 al. 4 de la Loi sur l'assurance-maladie (LAMal) prévoit que les tarifs et les prix sont en principe fixés par convention entre les assureurs et les fournisseurs de prestations (convention tarifaire). La LAMal consacre le principe de la primauté conventionnelle, soit la liberté contractuelle entre assureurs et fournisseurs de prestations, dont les seules limites sont notamment les principes d'économie, d'efficacité et de transparence (cf. art. 59c de l'Ordonnance sur l'assurance-maladie).

Sur le plan national, la structure tarifaire actuelle négociée entre les partenaires tarifaires est le bien connu TARMED, en vigueur depuis 2004. Cette structure fixe de façon uniforme les prestations et attribue un nombre de points tarifaires à chacune. La rémunération du médecin en ambulatoire correspond ainsi au nombre de points prévus pour la prestation selon le TARMED, multiplié par la valeur du point.

La valeur du point tarifaire TARMED est quant à elle arrêtée au niveau cantonal afin de tenir compte des spécificités régionales et fait généralement l'objet de négociations d'année en année. La diversité des partenaires dans le domaine des prestations médicales ambulatoires, que ce soit du côté des fournisseurs de prestations (hôpitaux, cliniques, médecins en cabinet) ou des assureurs qui sont répartis en différentes communautés (à ce jour tarifsuisse, la Communauté d'achat HSK et CSS), peut également donner lieu à des valeurs du

^aAvocate au barreau, Allia SA, Rue Centrale 6, 1003 Lausanne. ^bAvocat au barreau, Docteur en droit, Allia SA, Rue Centrale 6, 1003 Lausanne
f.sardet@allia.legal | pd.schupp@allia.legal

^a Cela n'est toutefois pas toujours le cas. En contre-exemple, on nommera la récente décision (2023) des gouvernements de Suisse occidentale (AI/AR, GL, GR, SH, SG, TG) qui ont augmenté la valeur du point TARMED pour les cabinets médicaux de 3 ct. à compter de 2021.

^b La structure tarifaire TARMED devrait être remplacée au profit de la structure tarifaire TARDOC et de forfaits ambulatoires dès 2026, sous réserve de l'approbation du Conseil fédéral. Les dispositions légales évoquées ici restent toutefois d'actualité.

Extrait de la Revue Médicale Suisse 2/3

point TARMED différentes au sein d'un même canton. En 2024, cette valeur oscille entre 82 et 94 centimes.⁹

Un rôle de l'État limité à un contrôle de conformité au droit

Toute convention tarifaire doit être approuvée par le gouvernement cantonal ou, si sa validité s'étend à toute la Suisse, par le Conseil fédéral. L'autorité d'approbation vérifie que la convention est conforme à la loi et à l'équité et qu'elle satisfait au principe d'économie (art. 46 al. 4 LAMal). Le rôle de l'État est donc en principe limité à un contrôle de conformité au droit. L'approbation formelle desdites autorités est toutefois impérative pour que les conventions tarifaires déploient leurs effets. Autrement dit, il n'y a pas de tarif valable si et tant qu'il n'est pas approuvé par l'État.

Bien que le principe de la primauté conventionnelle donne un large pouvoir aux partenaires tarifaires, les enjeux actuels autour des coûts de la santé, en particulier au niveau politique, peuvent induire une certaine ingérence étatique dans les négociations. En ce sens, il peut arriver que les gouvernements cantonaux orientent les partenaires vers la conclusion d'une certaine valeur du point en laissant entendre qu'une valeur différente ne serait pas approuvée. Aussi, si les compétences des exécutifs cantonaux sont certes limitées, leur rôle d'autorité d'approbation leur confère de facto un pouvoir bien plus étendu.

Une compétence subsidiaire de l'État en cas de vide tarifaire

En cas de «vide tarifaire», qui peut être réel, en l'absence de convention tarifaire, ou induit par une non-approbation des conventions soumises par les partenaires tarifaires, la compétence de fixation de la valeur du point TARMED revient au gouvernement cantonal.

Dans de telles situations, le gouvernement peut ainsi fixer directement le tarif, après avoir entendu les partenaires, ou prolonger la convention existante pour une année supplémentaire (art. 47 LAMal). Cette compétence est toutefois limitée par l'application du tarif-cadre comme on l'exposera ci-après.

Une réalité complexe en pratique

En pratique, on doit constater que le principe de la primauté conventionnelle est relativisé par les compétences des gouvernements cantonaux qui par leur statut d'autorité d'approbation peuvent exercer une influence certaine sur les négociations tarifaires. Leurs compétences subsidiaires, qu'ils peuvent déclencher par une non-approbation des conventions tarifaires, leur permettent également d'exercer une pression plus ou moins forte sur les partenaires.

À cela s'ajoutent des difficultés concrètes quant à la manière dont doivent effectivement être arrêtés les tarifs. Les enjeux quant à la récolte et au choix des données pertinentes pour

fixer ceux-ci sont importants et non résolus à ce stade. En particulier dans le domaine des prestations ambulatoires en cabinet (contrairement au domaine hospitalier), la méthode de calcul reste peu claire.¹ Les procédures, qui durent plusieurs années, sont donc souvent aléatoires. Si cela peut dans certains cas être un incitatif pour les négociations tarifaires, cela nuit à la sécurité du droit.

La fixation des tarifs médicaux, en particulier de la valeur du point TARMED, repose ainsi sur un partage de compétences dont la concrétisation s'éloigne sans doute de ce qu'avait voulu initialement le législateur.

TARIF-CADRE

Dans ce contexte, les associations de médecins disposent d'un atout qui leur est réservé et dont la portée vient d'être confirmée par un arrêt récent du Tribunal administratif fédéral: le tarif-cadre (art. 48 LAMal). En substance, le tarif-cadre est une fourchette de tarifs, déterminée en lien avec le tarif conventionnel approuvé par le gouvernement cantonal. Il est édicté lors de l'approbation d'une convention tarifaire et trouvera application en l'absence de convention ultérieure comme une première «position de repli» pour les partenaires tarifaires.² Celui-ci permet aux médecins de facturer dans le cadre de la fourchette fixée.³

Ainsi, par exemple, lors de l'approbation d'une valeur du point TARMED en 2024 à hauteur de 97 ct., le gouvernement cantonal devra édicter un tarif-cadre prévoyant une valeur de point inférieure et supérieure à 97 ct. (par exemple, ± 2 ct.) dans le cadre de laquelle les médecins pourront librement facturer en 2025 si aucune convention tarifaire n'est conclue et/ou approuvée par les autorités pour cette année-là. Autrement dit, le tarif-cadre permet aux médecins de bénéficier d'une valeur du point supérieure à l'année précédente en cas de vide tarifaire.

Ce mécanisme, bien qu'il existât déjà dans la première version de la loi fédérale sur l'assurance-maladie, demeure largement méconnu et peu utilisé. Pourtant, il peut avoir un fort effet incitatif dans les négociations dès lors qu'en l'absence de convention, il s'appliquera, faisant courir le risque aux assureurs de devoir s'acquitter d'un tarif plus élevé que l'année précédente.

Le Tribunal administratif fédéral vient de reconfirmer, dans un arrêt datant de juin 2024,⁴ la nature obligatoire du tarif-cadre, après un premier arrêt rendu en ce sens en 2021.⁵ Il a ainsi jugé que les gouvernements cantonaux ont l'obligation d'édicter, systématiquement, un tarif-cadre lorsqu'ils approuvent une convention tarifaire. Dans cet arrêt, le Tribunal administratif fédéral a également confirmé l'application obligatoire du tarif-cadre l'année suivant son édicton en l'absence de convention tarifaire conclue et approuvée. Il a jugé que le gouvernement cantonal ne pouvait, dans cet intervalle, ni fixer d'office le tarif ni prolonger la convention existante pour une année supplémentaire; autrement dit, qu'il ne pouvait pas intervenir à ce stade.

Le Tribunal administratif fédéral a également réaffirmé expressément la volonté du législateur de laisser place à un

⁹ Un tableau récapitulatif des valeurs du point TARMED cantonales peut être trouvé sur le site internet de la Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé: www.gdk-cds.ch/fr/assurance-maladie/tarifs/tarifs-ambulatoires.

Extrait de la Revue Médicale Suisse 3/3

régime où règne la liberté conventionnelle des partenaires tarifaires, ce malgré une éventuelle incidence négative sur les coûts de la santé.⁶

CONCLUSION

Le récent arrêt du Tribunal administratif fédéral concernant le tarif-cadre est une petite révolution puisqu'il remet au goût du jour un instrument renforçant la position des associations de médecins dans les négociations tarifaires. Le principe de l'autonomie des partenaires tarifaires s'en trouve renforcé dès lors que le risque de l'application d'un tarif plus élevé découlant du tarif-cadre favorise les négociations et la position des médecins dans ce contexte. Il exclut également tout interventionnisme de l'État à ce stade.

Il sera particulièrement intéressant de voir si les gouvernements cantonaux se conformeront à leur obligation d'édicter un tarif-cadre à l'avenir et quelle sera la portée de cet arrêt au niveau national à un moment où les négociations tarifaires

vont sans doute s'intensifier compte tenu de l'entrée en vigueur prochaine de la nouvelle structure tarifaire TARDOC.

Conflit d'intérêts: les auteurs ont représenté la recourante dans les procédures qui ont donné lieu aux arrêts du Tribunal administratif fédéral C-2510/2021, C-2513/2021 et C-4052/2019.

IMPLICATIONS PRATIQUES

- Un tarif-cadre doit obligatoirement être édicté par les gouvernements cantonaux lorsqu'ils approuvent une convention tarifaire conclue avec une association de médecins. Il s'appliquera automatiquement en l'absence de convention tarifaire durant l'année suivant l'échéance de la convention précédente.
- Le tarif-cadre est une fourchette dont les valeurs sont inférieures et supérieures au tarif approuvé et dans le cadre de laquelle le médecin peut librement facturer.
- Ce mécanisme impératif favorise les négociations tarifaires et renforce la position des associations de médecins dans ce cadre.

1 Arrêts du Tribunal administratif fédéral C-7336/2018 et C-7338/2018 du 20 mai 2022.

2 Arrêt du Tribunal administratif fédéral C-2510/2021, C-2513/2021 du 12 juin 2024, considérant 6.4.1.

3 Art. 44 LAMal; arrêt du Tribunal

administratif fédéral C-2510/2021, C-2513/2021 du 12 juin 2024, considérant 8.3; Gerhard Eugster, Art. 48 KVG, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum KVG, 2^e éd., Zürich 2018, p. 431; Message du Conseil fédéral concernant la révision de l'assurance-maladie du 6 novembre

1991 paru dans la Feuille fédérale du 28 janvier 1992, FF 1992 I 77, p. 164s.

4 Arrêt du Tribunal administratif fédéral C-2510/2021, C-2513/2021 du 12 juin 2024, considérant 8.1 en particulier.

5 Arrêt du Tribunal administratif fédéral C-4052/2019 du 11 mars 2021, considé-

rant 4.4 en particulier.

6 Arrêt du Tribunal administratif fédéral C-2510/2021, C-2513/2021 du 12 juin 2024, considérant 8.3.

Santé mentale et psychiatrie: comprendre la distinction et les enjeux actuels

La santé mentale est aujourd'hui une priorité de santé publique. Pourtant, une confusion persiste entre santé mentale et psychiatrie, deux concepts distincts. La santé mentale concerne l'ensemble de la population, alors que la psychiatrie s'adresse spécifiquement aux personnes souffrant de troubles psychiques. Pourquoi ce mouvement vers une notion élargie de santé mentale, parfois au détriment de la psychiatrie? Quels sont les enjeux et les risques?

Une distinction essentielle

La santé mentale désigne un état de bien-être émotionnel et social. Elle reflète notre capacité à gérer le stress, à maintenir des relations équilibrées et à nous épanouir. Selon l'OMS, elle est «un état de bien-être permettant à une personne de réaliser son potentiel, de surmonter les tensions normales de la vie et de contribuer à sa communauté». Elle concerne donc tout le monde. La psychiatrie, quant à elle, est une spécialité médicale dédiée aux troubles mentaux comme la dépression ou la schizophrénie. Elle implique des traitements adaptés, notamment médicamenteux et psychothérapeutiques, parfois hospitaliers. Cette distinction est cruciale: la santé mentale vise un bien-être général, tandis que la psychiatrie s'occupe de troubles graves nécessitant des soins spécialisés.

Pourquoi l'essor du concept de santé mentale?

Le recours croissant au terme «santé mentale» plutôt qu'à «psychiatrie» s'explique par plusieurs raisons. D'abord, l'élargissement du concept vise à *déstigmatiser* les troubles psychiques. Le mot «psychiatrie» reste souvent associé à des maladies graves ou à l'hospitalisation. Le recours au terme «santé mentale» facilite la discussion et l'acceptation sociale du bien-être psychologique. Ensuite, cette approche reflète une vision plus *holistique* du bien-être, prenant en compte les dimensions sociales, éducatives et environnementales. Elle engage divers acteurs

comme les enseignants, les travailleurs sociaux et les employeurs dans la prévention. Enfin, les politiques de *santé publique* soutenues par l'OMS encouragent une approche centrée sur la prévention et la promotion du bien-être mental, plutôt que sur le traitement des maladies déjà présentes.

Les acteurs de la santé mentale

Promouvoir une bonne santé mentale ne repose pas uniquement sur les psychiatres. Ce sont plusieurs acteurs de la société qui participent à cette mission.

Les *enseignants* et les *professionnels de l'éducation* jouent un rôle fondamental en détectant et en soutenant les enfants et adolescents en difficulté. Ils sont souvent les premiers à identifier des troubles du comportement ou des signes de détresse psychologique et peuvent intervenir de manière préventive.

Les services sociaux, de leur côté, travaillent avec les populations les plus vulnérables, touchées par la précarité, les violences ou l'exclusion sociale. Leurs interventions permettent de prévenir l'émergence et l'aggravation de troubles mentaux.

Les entreprises ne sont pas en reste: avec la montée des cas de burnout et de stress professionnel, il est devenu crucial pour les employeurs de créer des environnements de travail qui favorisent le bien-être mental.

Enfin, les *familles* et les *communautés* forment un réseau de soutien indispensable. Le rôle de la famille dans le maintien d'un cadre affectif stable est essentiel pour la santé mentale des individus.

Les risques d'une approche généralisée

Malgré les avantages de cette tendance vers une notion élargie de santé mentale, elle comporte certains risques.

Tout d'abord, il existe un danger de *minimiser* les troubles graves. En insistant sur la santé mentale pour tous, on peut diluer l'importance des maladies nécessitant des soins spécialisés. Des troubles comme la schizophrénie ou les troubles

bipolaires, par exemple, requièrent des soins psychiatriques appropriés.

Il y a aussi un risque de *confusion des rôles*. Bien que la collaboration entre divers professionnels soit bénéfique, une approche trop généralisée peut conduire à des soins inadaptés pour les patients souffrant de troubles graves, si chaque professionnel n'a pas une compréhension claire de ses limites.

Enfin, réduire l'accent sur la psychiatrie pourrait provoquer une *sous-diagnostic* de certaines maladies mentales graves, ou des traitements inadéquats. La psychiatrie, avec son expertise et ses avancées scientifiques, reste indispensable pour traiter ces pathologies complexes.

Trouver un équilibre

Trouver un équilibre entre la promotion du bien-être mental et la reconnaissance du rôle essentiel de la psychiatrie est crucial pour répondre aux enjeux complexes du bien-être psychologique. Il est nécessaire de renforcer la collaboration entre tous les acteurs, en respectant les compétences spécifiques de chacun, tout en sensibilisant à la distinction entre santé mentale et psychiatrie afin d'éviter la stigmatisation et de garantir un accès aux soins spécialisés. Bien que le concept de santé mentale favorise une meilleure prévention, il ne doit pas occulter l'importance des services psychiatriques dans le traitement des troubles graves. En adoptant une approche équilibrée qui valorise à la fois la promotion du bien-être global et les soins psychiatriques, nous pouvons améliorer la santé mentale collective tout en offrant un soutien adapté aux personnes les plus vulnérables.

DR RÉMY BARBE

Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent
Hôpitaux universitaires de Genève
1211 Genève 14

Maison de l'enfance et de l'adolescence
Bd de la Cluse 26 - 1205 Genève
remy.barbe@hug.ch

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-1851-1787>

Membres

Candidatures à la qualité de membre actif

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

Dre Irène BORO

Clinique et Permanence d'Onex, route de Chancy 98, 1213 Onex.

Née en 1986, nationalité suisse

Diplôme de médecin en 2012 en Suisse.

Titre postgrade de spécialiste en Pédiatrie en 2024 en Suisse.

Après avoir suivi ses études à Genève avec obtention de son diplôme fédéral en 2012, elle a d'abord travaillé quelques années en médecine adulte. Par la suite, elle débute sa formation en pédiatrie à Vevey puis à Yverdon, au CHUV/HEL et à Sion. Actuellement spécialiste en pédiatrie elle est installée à Genève depuis novembre 2024.

Dre Zoé KOULL

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

Née en 1992, nationalité suisse.

Diplôme de médecin en 2017 en Suisse.

Titre postgrade de spécialiste en Médecine interne générale en 2024 en Suisse.

Originaire de Genève où elle a effectué ses études de médecine, elle obtient le diplôme de médecin en 2017. Elle poursuit sa formation à l'Hôpital du Pays-d'Enhaut puis en Valais et finalement à Genève dans le service de médecine de premier recours. Spécialiste en médecine interne générale, elle s'installe au groupe médical d'Onex dès novembre 2024.

Dr Pierre MEGEVAND

HUG, Service de Neurologie, rue Gabrielle-Perret-Gentil 4, 1211 Genève 14.

Né en 1979, nationalité suisse.

Diplôme de médecin en 2004 en Suisse.

Titre postgrade de spécialiste en Neurologie en 2017 en Suisse.

Diplômé de médecine à Genève en 2004, j'ai accompli en parallèle deux formations en neurologie clinique et en neurosciences, principalement à Genève. J'ai également perfectionné mes connaissances en neurophysiologie invasive du cerveau humain lors d'un séjour post-doctoral au North Shore University Hospital de New York (USA). Depuis 2021, au bénéfice d'un subside professoral du Fonds National Suisse pour la recherche scientifique, je poursuis ma carrière à cheval entre recherche et clinique comme professeur assistant à l'Université de Genève (60%) et comme médecin adjoint agrégé aux Hôpitaux universitaires de Genève (40%).

Dr Haïg NIGOLIAN

Centre des Allergies et de l'Asthme de la Terrassière (CAAT), ruelle du Couchant 7, 1207 Genève (installation prévue en mai 2025).

Né en 1987, nationalité suisse.

Diplôme de médecin en 2013 en Suisse.

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

Titre postgrade de spécialiste en Allergologie et immunologie clinique en 2022 en Suisse.

Après avoir suivi ses études à Genève et obtenu son diplôme fédéral de médecin en 2013, le Dr H. Nigolian a obtenu en 2019 le titre FMH de médecine interne générale, puis a travaillé durant un an avec MSF sur le terrain au Liban et au Niger. Actuellement spécialiste FMH en allergologie et immunologie, il pratiquera sa spécialité en cabinet de groupe de spécialité au Centre d'Allergologie et de l'Asthme de Terrassière (CAAT) dès mai 2025, tout en gardant une activité comme médecin consultant dans le service d'allergologie et immunologie des Hôpitaux Universitaires de Genève.

Dr Chiara SARACCI

HUG, Dpt Médecine Premier Recours, rue Gabrielle-Perret-Gentil 4, 1211 Genève 14.

Née en 1981, nationalité franco-italienne

Diplôme de médecin en 2010 en Italie, Reconnaissance en 2014.

Titre postgrade de spécialiste en Médecine interne générale en 2021 en Suisse.

Après avoir fait mes études à l'Université de Pavie et obtenu mon diplôme de médecin en 2010, j'ai poursuivi ma formation en médecine interne générale entre le Tessin et la Suisse Romande, en obtenant mon diplôme en 2021. J'ai également obtenu mon DTMH « Diploma in Tropical Medicine and Hygiene » auprès de la London School of Hygiene and Tropical Medicine en 2015. Actuellement spécialiste en médecine interne générale, je travaille comme cheffe de clinique depuis 3 ans au sein du département de médecine de premier recours des Hôpitaux Universitaires de Genève (Service de médecine de premiers recours et service de médecine pénitentiaire) avec le projet de m'installer en cabinet dès le 1er novembre 2024.

Dr Thien An TRAN

Cabinet Médical du Corbusier, rue Le-Corbusier 18-20, 1208 Genève.

Née en 1986, nationalité suisse.

Diplôme de médecin en 2011 en Suisse.

Titre postgrade de spécialiste en Médecine interne générale en 2017 en Suisse.

Titre postgrade de spécialiste en Hématologie en 2022 en Suisse.

Après avoir fait ses études à Genève et obtenu son diplôme de médecin en 2011, elle s'est formée en médecine interne générale à l'Hôpital de Nyon et aux HUG et a obtenu son titre de spécialiste en 2017. Elle a continué sa formation en Hématologie aux HUG, avec une année de recherche clinique au UCL Cancer Institute à Londres, et a obtenu son deuxième titre de spécialiste en 2022. Elle s'installe en ville de Genève dès janvier 2025, en conservant un temps partiel dans le service d'Hématologie des HUG.

Dre Manon WEHRLI

Chemin des Tulpiers 24, 1208 Genève.
Née en 1991, nationalité franco-suisse.
Diplôme de médecin en 2016 en Suisse.
Titre postgrade de spécialiste en Pédiatrie en 2023 en Suisse.

Après avoir suivi ses études à Genève et obtenu son diplôme de médecin en 2016, elle effectue son internat partiellement en Guyane française et essentiellement en Suisse. Elle exerce comme Cheffe de Clinique en Pédiatrie Générale aux HUG depuis 2022. Son titre de spécialiste en pédiatrie lui est décerné en 2023. Elle s'installe en ville de Genève dès janvier 2025 tout en restant à temps partiel aux HUG.

Membres probatoires

devenant membre actif à titre définitif au terme de la période probatoire de 2 ans:

Dre Silvia AGUSTI ROS, Dre Ulrike AHRENDTS, Dr Danial AL KHATIB, Dr Paul-Alexandre AUBIN, Dre Anne BERGERON, Dre Katherine BLONDON, Dr Marc BLONDON, Dr Alexandre BOCHATAY, Dr Enrico BRÖNNIMANN, Dr Hugues CACHELIN, Dr Romain DAYER, Dr Thibault DE MAESSCHALCK, Dr Aurélien DUBOIS, Dr Pierre FONTANA, Dre Daniela GEORGESCU LACHENAL, Dr Miguel GONCALVES PAUPERIO LEMOS DUARTE, Dr Bentolhoda HEYRANI NOBARI, Dr Pouya IRANMANESH, Dre

Catherine JORGENSEN, Dre Eugénie KHATCHERIAN, Dr Matthias KUSTER, Dr Florent LANGLEST, Dre Konstantina LIGOUTSIKOU, Dre Ariane MALCLES, Dr Mario MEJICANOS GONZALEZ, Dre Kristell MESSERLI, Dre Fiona NOVOTNY-COURT, Dr Charilaos PANAGOULIS, Dre Anne PERRIN-ALBU, Dre Selina PINÖSCH, Dre Barbara RAIMUNDO, Dr Ioannis SERGENTANIS, Dre Ilektra SFAKIANAKI, Dre Claire-Anne SIEGRIST, Dre Jennifer SOCQUET, Dre Anne-Sophie WALKER, Dr Adrien ZAUGG depuis le 11 octobre 2022

Nouveaux membres probatoires

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

Dr Lino ARANDA ASSUNÇÃO, Dre Anna CARUSO, Dr Luca CONTI, Dre Stéphanie FEHR, Dre Dimitra FEXI, Dr Daniele FRISONE, Dre Ariane KIRCHNER, Dre Milène LOUREIRO CARDOSO, Dr Nicolas MACH, Dre Maria MESSE, Dre Tracy PERLES, Dre Liesbeth SAP, Dre Florence THEINTZ, Dre Armita ZAIM, Dr Davide ZOCCATELLI depuis le 15 octobre 2024.

Membres actifs à titre honoraire

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

Dr Pieter RAE au 1^{er} janvier 2025.

Membres en congé

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

Membres passifs

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

Dr Rodolfo RODRIGUEZ au 1^{er} janvier 2025.



À DOMICILE 24H/24

022 754 54 54

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

Démissions

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

Dr Antonio FOLETTI au 31 décembre 2024.

Dr Joao FREITAS DA ROCHA au 31 décembre 2024.

Dr Bernard GREDER au 31 décembre 2024.

Contrats de médecin-conseil et de médecin du travail

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

Dre Clémentine MICHELI HOLLOWAY, Médecine interne générale, médecin-conseil pour les TPG.

Changement d'adresse et ouverture de cabinet

Dre Hafize HEUTSCHI-ÖZTÜRK

(Chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur) consulte désormais au sein du Centre Médico-chirurgical des Trois-Chêne, Rue de Genève 97-99, 1226 Thônex

Dre Jessica SARKISIAN (Pédiatrie)

consulte désormais au sein du Centre Médical Opale, Chemin de la Gravière 3, 1225 Chêne-Bourg

Dre Olga TSOPRA (Hématologie)

consulte désormais à La Voie-Creuse 16, 1202 Genève

Décès

Nous avons le profond regret d'annoncer le décès du **Dre Christel ALBERQUE** survenu le 22 octobre 2024.

Impressum

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

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

RESPONSABLE DE PUBLICATION
Antonio Pizzoferrato

CONTACT POUR PUBLICATION
Secrétariat AMGe
info@amge.ch

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

CONCEPTION & RÉALISATION
Bontron&Co
Loredana Serra & Simone Kaspar



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

Nos principaux services :

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

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