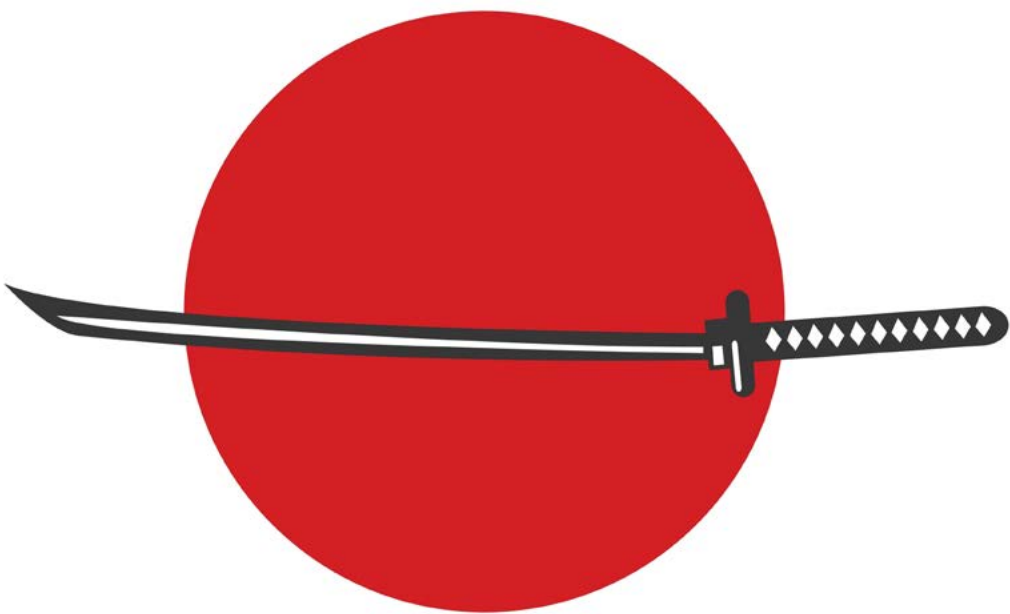


la lettre





Coopérative

Sur le pont, à vos côtés

Votre connexion sûre

La Caisse des Médecins vous offre des interfaces fiables et stables entre le corps médical, la patientèle et les assurances maladie. Elle aplanit, ainsi, le chemin d'une collaboration fructueuse.



Informations et offres supplémentaires
caisse-des-medecins.ch



Au cœur de l'innovation

Ä

K

ÄRZTEKASSE

C

M

CAISSE DES MÉDECINS

CASSA DEI MEDICI

La Caisse des Médecins : une coopérative
professionnelle à vos côtés

Un hara-kiri nuisible



Dr Michel Matter
Président de l'AMGe

Notre approche est basée sur le respect de l'indépendance du médecin et sur notre responsabilité associative de pouvoir proposer un catalogue de prestations actualisé.

Lorsque l'on fait face à un problème nouveau, on réfléchit et on agit. Pour cela, il faut s'en donner le temps et les moyens. Lorsque la FINMA, autorité de surveillance, a demandé avec raison de la transparence dans le domaine des hospitalisations en pratique privée et semi-privée, l'AMGe s'est mise au travail pour offrir une réponse cohérente, approuvable par la FINMA et respectant, selon nos propres statuts, l'indépendance du corps médical. Les buts étaient clairs : séparer complètement les gestes facturés à l'assurance obligatoire des soins (AOS) de ceux facturables à l'assurance complémentaire, définir avec précision les prestations supplémentaires, obtenir un tarif à honoraires médicaux-chirurgicaux nets (sans la part liée à l'AOS) et consigner le tout dans une convention signée entre partenaires, c'est-à-dire entre assureurs-maladie et représentants des médecins.

Dans le domaine des assurances complémentaires pour une intervention, il existe quatre parties. Le patient qui souhaite choisir son médecin en toute liberté et qui pour cela paie des primes supplémentaires, souvent depuis de longues années, en signant un contrat de droit privé avec l'assurance complémentaire de son choix, la clinique qui met à disposition, à travers ses

structures et ses équipements, un plateau technique de haut niveau couplé à une hôtellerie de qualité, les assureurs-maladie qui couvrent les prestations médicales et les médecins. Les liens étroits entre chaque entité se formulent par des rapports privilégiés et directs entre les partenaires. Ainsi le médecin est mandaté par le patient qui l'a choisi en toute confiance pour ses compétences. Ce libre choix, lié à celui de l'établissement et à la liberté thérapeutique, est au cœur de ce que représente une assurance complémentaire. L'effort financier fait par la citoyenne ou le citoyen est important. Il porte justement sur le libre choix.

Notre association, dans sa démarche positive de répondre au mieux et avec clarté et intelligence à la demande de la FINMA, a trouvé avec Assura dans un premier temps puis avec le Groupe Mutuel et Swica, de véritables partenaires prêts à respecter l'indépendance des médecins. Le catalogue de prestations, en prix nets, est un tarif négocié avec ces assurances et accepté par elles. Les honoraires médicaux-chirurgicaux n'ont pas augmenté depuis de nombreuses années et telle n'a jamais été notre demande. Les assureurs ont donc la certitude de payer à leurs clients-patients exactement les mêmes montants liés aux prestations complémentaires que ceux

réglés il y a une semaine, 3 mois, 5 ou 10 ans pour les mêmes gestes. Notre approche est basée sur le respect de l'indépendance du médecin et sur notre responsabilité associative de pouvoir proposer un catalogue de prestations actualisé, la dernière révision datait de 2016, comprenant des chaînages et des prix nets, cela en toute transparence selon le vœu de la FINMA.

Alors que dire de l'attitude d'assureurs-maladie qui, sous le faux prétexte de l'absence de conventions avec l'AMGe alors qu'elles n'en n'ont jamais eues, décident unilatéralement de ne plus rembourser les honoraires médicaux (!) ou d'imposer leurs tarifs et le lieu du traitement et de la prise en charge des patients en biffant toutes les cliniques genevoises d'importance (KPT) ou en ne gardant que l'une d'elles (Visana, Helsana, Sanitas) en proposant à leurs assurés d'aller se faire soigner aux HUG ou dans le canton de Vaud (!). Scandaleux et peu respectueux de la population. Lorsque les assureurs placent leurs business avant la santé, cela pose de sérieuses questions. Voudraient-ils tuer l'assurance complémentaire qu'ils ne s'y prendraient pas autrement. Un hara-kiri peu digne, nuisible et malfaisant. Qu'ils

ne viennent pas nous parler d'argent là où les salaires de leurs dirigeants atteignent des sommets à faire pâlir un Conseiller fédéral.

Nous vivons un véritable marché de dupes où le système pousse les citoyennes et les citoyens à contracter une assurance complémentaire pour avoir la certitude de garder les trois libertés, le libre choix du médecin, de la clinique et thérapeutique. À contrario, les patients qui nécessitent une opération de la cataracte peuvent choisir depuis vingt ans le chirurgien et la clinique, tout cela à charge de l'AOS. À Genève, les patients auraient-ils donc un libre choix total à l'assurance de base et un non-choix imposé par certains assureurs d'Outre-Sarine pour l'assurance complémentaire? On marche sur la tête.

Que dire aujourd'hui à une future mère dont la grossesse a été suivie attentivement et professionnellement par son médecin dans un haut degré de confiance et à qui l'assureur-maladie annonce que finalement ce sera un autre médecin, qu'elle n'a jamais choisi ni consulté, dans un autre établissement, possiblement dans un autre canton (!) qui la prendra en charge alors que sa

grossesse se déroule normalement et arrive à terme? Les gens font des sacrifices financiers pour bénéficier d'une prise en charge optimale dans des épisodes de leurs vies qui souvent sont marquants: accouchement, cancer, lourde intervention, algie ou mobilité pour ne citer que des circonstances qui comptent dans une vie pour ces patients mais aussi pour leurs proches. Ils ont besoin de sérénité, de confiance, de haut professionnalisme et doivent pouvoir compter sur leurs médecins, sur la clinique choisie et avoir un assureur qui respecte leurs choix et cela sans stress supplémentaire. Assura, le Groupe Mutuel et Swica ont compris notre démarche et s'y sont associées, mais surtout ces assureurs ont mesuré l'importance de notre indépendance et de ce que représente la liberté de choix des patientes et des patients. Et cela, sans devoir payer des prestations plus chères ni échapper à la notion nouvelle et juste de transparence. Elles contribuent en plein partenariat à développer un modèle qui répond à la demande imposée. D'autres assureurs suivront, car notre réponse est adéquate et proportionnée. ●



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



Ni Tanjung,
collection
Nicolas Crispini,
Genève

Exposition Voir l'invisible

L'Art Brut et l'au-delà

Musée International de la Réforme MIR
Genève, **exposition Voir l'invisible**,
du 30 janvier au 1^{er} juin 2025,
du mardi au dimanche de 10h à 17h.

Jeanne Laporte-Fromage crée une robe d'apparat pour rejoindre son défunt mari et conjurer la mort. A Bali, Ni Tanjung invente un théâtre nocturne où interviennent ses ancêtres dessinés en couleurs. Jeanne Tripier dialogue avec des esprits, réalisant à l'encre violette ou carmin des « clichés atmosphériques ». L'invisible, l'au-delà et la mort préoccupent, agitent et obsèdent les autrices et auteurs de cette exposition.



Affiche de l'exposition avec une œuvre d'August Walla, collection Dammann, Tägerwillen. Graphisme Nicolas Hubert, Paris

Visite guidée le
jeudi 10 avril 2024 à 12h30
Maximum 20 personnes
sur inscription
communication@amge.ch

Pour plus d'information
→ www.musee-reforme.ch/voir-linvisible
→ « Voir l'invisible » dans la dernière édition des Nouvelles du MIR

Leur lieu de création est une cellule asilaire, une chambre exiguë, une cabane, une cave ou un grenier : un espace hors du temps et de la société, qui héberge l'imaginaire et l'utopie. Là, à huis clos, en réponse à une vision ou à une épiphanie, en relation avec des défunts ou des forces occultes, chacun.e accepte ou recherche un état de vacuité où la raison se relâche, favorisant une présence accrue à soi-même, aux choses, aux êtres, au monde, à l'invisible. Certain.e.s entrent dans des états de conscience modifiés, comparables à la transe et à l'extase mystique, causées par des pratiques rituelles ou la consommation de substances hallucinogènes.

Ils et elles ne se considèrent pas comme des artistes, mais comme des messagers, reliés à des défunts ou des divinités, en communion avec la nature ou le cosmos. C'est l'énergie ou la volonté de Dieu ou de Bouddha, d'esprits ou d'entités supérieures qu'ils disent capter ou suivre et traduisent dans leurs productions.

Ces créations nous incitent à l'introspection et aux interrogations existentielles. L'exposition invite tout à la fois à un voyage philosophique, esthétique et sensoriel. ●

Lucienne Peiry, commissaire de l'exposition, Musée international de la Réforme, Genève

Au 21^e siècle, un hôpital universitaire assure toujours des soins, de la formation et de la recherche

INTERVIEW DE LA PRE KLARA POSFAY BARBE PAR MICHAEL BALAVOINE

Rev Med Suisse 2025; 21: 3-5 | DOI: 10.53738/REVMED.2025.21.900-1.3



KLARA POSFAY BARBE

Professeure ordinaire à la Faculté de médecine de Genève, directrice médicale des Hôpitaux universitaires de Genève, médecin-chef du Service de pédiatrie générale. Ses sujets de recherche principaux s'intéressent aux patientes et patients immunodéprimés (en particulier les enfants transplantés).

C'est un changement de taille pour les Hôpitaux universitaires de Genève (HUG). Au 1^{er} janvier 2025, la Pre Klara Posfay Barbe a succédé, après une période de neuf ans, au Pr Arnaud Perrier à la Direction médicale de l'institution. Et autant le dire d'emblée: les défis qui attendent celle qui est aussi médecin-chef du Service de pédiatrie générale s'annoncent nombreux. Entre pression financière, désenchantement pour le métier et pénuries de professionnels de santé, l'institution se trouve à un moment charnière pour assurer son présent et dessiner son futur. Pour affronter ces enjeux, Klara Posfay Barbe a un mantra: tenir le cap. Formation, enseignement, recherche: les missions fondamentales d'un hôpital universitaire doivent continuer à cohabiter, car c'est justement cette diversité qui fait leur richesse. Comment faire évoluer les structures et les processus de cet immense paquebot qui emploie 2500 médecins pour que ceux qui y travaillent et les patients continuent d'y trouver du sens? C'est l'épineuse mais passionnante question à laquelle Klara Posfay Barbe répond dans cette interview.

La mission de la Direction médicale d'un hôpital universitaire a-t-elle fondamentalement changé ces dernières années?

Klara Posfay Barbe (KPB): Non. La stratégie médicale d'un hôpital continue de reposer sur trois axes: gérer les soins au quotidien et imaginer ceux de demain, assurer une formation de qualité pour les jeunes médecins et garder une dynamique de recherche. Pour ce dernier point, le but n'est pas uniquement de former des chercheurs, mais qu'un esprit de recherche et d'amélioration coexiste avec les soins, pour que les progrès dans l'un enrichissent constamment l'autre.

Les HUG sont-ils différents d'un autre hôpital universitaire?

KPB: Leur particularité est de se situer sur trois niveaux de soins. Ils jouent un rôle de service public, donc de soins dits primaires, pour la population genevoise. Mais en même temps, il s'agit d'une institution académique en lien avec des soins secondaires et tertiaires, avec des degrés d'expertise et de précision internationalement reconnus. L'une des tâches de la Direction médicale est de faire cohabiter cet ensemble complexe qui doit délivrer des soins pour une population locale, donc

rester accessible pour toutes et tous, et en même temps être un centre de haute expertise.

Ces missions sont-elles compatibles au sein d'une seule institution?

KPB: Il ne faut pas voir les HUG comme une entité isolée du reste du réseau. Nous avons développé des partenariats avec des cliniques privées, des cabinets de ville et tout le réseau de soins. Face aux défis qui s'annoncent, il est essentiel d'augmenter et de renforcer ces liens. La démarche n'est pas simple, il ne faut pas se le cacher. Il s'agit de mieux gérer la prise en charge linéaire des patients, permettant à une personne soignée dans un cabinet privé qui passe à l'hôpital pour une prise en charge particulière de retourner en ville dans une véritable continuité. Pour améliorer les flux actuels et ceux à venir, il s'agit de coconstruire ces chemins à l'intérieur et à l'extérieur de l'hôpital. Une chose est sûre: avec la problématique des coûts, de la clause du besoin et plus récemment de la rémunération du travail de nuit ou en soirée aux urgences, nous sommes à un moment charnière pour la suite du projet hospitalier. Il va falloir travailler ensemble avec le secteur ambulatoire pour faire ce qui est le mieux pour le patient.

L'activité ambulatoire de l'hôpital a beaucoup cru ces dernières années. S'agit-il d'un domaine où une réarticulation entre ville et hôpital doit s'opérer?

KPB: Il n'y a pas de réponse unique à cette question. De quel ambulatoire parle-t-on? Il y aura toujours des patients qui nécessiteront des soins ambulatoires hospitaliers et à l'inverse, des domaines où une structure universitaire n'est pas ou plus nécessaire. Par ailleurs, se pose aussi toujours la question de la formation. Pour certaines spécialités, on pourrait imaginer qu'elle se déroule en dehors des murs de l'hôpital. Il faudrait pour cela que les structures externes puissent proposer et encadrer avec compétence ces formations. Or, pour le moment, elles ne le font pas. La réponse sur l'ampleur de l'ambulatoire hospitalier n'est donc pas simple et devra être réglée au cas par cas selon les spécialités.

Le profil des personnes malades est aussi en train de changer. Lorsqu'elle devient chronique, la maladie devrait plutôt se gérer dans des structures locales de proximité. L'hôpital est-il fait pour accueillir ce genre de malades?

KPB: Non, mais à l'extérieur de l'hôpital, les choses ne se passent pas toujours beaucoup mieux... Aujourd'hui, de nombreux acteurs mettent en place des protocoles pour leurs propres patients. Le suivi se complique lorsqu'il y a plusieurs spécialistes autour d'une même personne, parce que les soins ne sont pas coordonnés. En pédiatrie, un centre de coordination

Extrait de la Revue Médicale Suisse 2/3

pour les maladies rares et complexes, le Centre Corail, a été créé. Le témoignage des parents est édifiant. Ils nous disent: «jusqu'à maintenant, le parcours était chaotique. Maintenant, c'est beaucoup plus simple.» Voilà tout l'enjeu avec ces maladies chroniques: il faut de la coordination. Le problème, c'est que la démarche est bénéfique pour les patient-e-s et aussi pour les professionnels de santé, mais non rémunératrice, même si des gains indirects existent. Une meilleure coordination entraîne moins d'exams inutiles, moins de patients errant entre les visites, moins de malades se dégradant par manque de vision globale. Mais ces effets restent difficiles à démontrer et à valoriser. Cela ne doit pas nous empêcher d'aller de l'avant avec cette problématique centrale. Améliorer l'interprofessionnalité fait aussi partie de ce mouvement.

On reproche souvent à l'hôpital de multiplier les examens, parce qu'ils sont accessibles facilement. Avec la conséquence de transmettre cette attitude aux jeunes en formation. Comment instaurer une démarche limitant les actes inutiles?

KPB: Je ne pense pas que cette question se limite au milieu hospitalier. L'inverse s'observe aussi: nous voyons arriver à l'hôpital des patients qui ont subi des batteries de tests dont on peine à trouver la cohérence. Instaurer des démarches diagnostiques et thérapeutiques évitant la multiplication des actes passe par la mise en place d'indicateurs clairs et par des objectifs de formation. À l'hôpital, nous avons par exemple mis en place le projet DéCLIC qui s'appuie sur des itinéraires cliniques intégrant des examens. Des indicateurs permettent de détecter les déviations. Chaque individu est différent et des exceptions peuvent être justifiées. Mais dans la majorité des cas, cela ne l'est pas. Notre adhésion, institutionnelle, au programme «Smarter medicine», visant à justement limiter les examens inutiles, est une autre démarche qui apporte aujourd'hui des résultats tangibles. Les projets de ce type constituent des voies pour se diriger vers une médecine plus sobre et plus qualitative. Cela nous permet aussi d'ancrer nos démarches dans une vision de santé publique, avec une gestion cohérente des contraintes financières.

Dans le même sens de santé publique, les HUG se sont mis à la transition écologique dans les soins dans laquelle on retrouve, par exemple, «choosing greenly». Est-ce aussi un axe que vous souhaitez soutenir au sein des HUG?

KPB: Pour moi, il s'agit d'une attitude qui dépasse la simple question médicale. En tant que citoyens, les médecins et les soignants doivent fournir des efforts en faveur de la santé de la planète. Les hôpitaux sont de gros consommateurs d'énergie mais aussi de matériels. À une époque, le progrès a consisté à passer de la stérilisation au matériel jetable, qu'on appelle d'ailleurs «consommables». C'était plus facile. Aujourd'hui, il faut faire le chemin inverse et réfléchir à des manières de mieux utiliser et réutiliser, toujours en maintenant la sécurité et la qualité des soins, les ressources que nous avons à disposition. C'est une approche qui en même temps renforce une forme de sobriété en matière de soins. Il faut consommer moins de produits, réutiliser le matériel quand cela est possible, mais aussi limiter les examens.

Dans l'offre de soins, les demandes de la société et des citoyens évoluent également, avec notamment l'intégration

de médecines complémentaires. Lausanne s'est doté depuis de nombreuses années d'un centre. Allez-vous favoriser ce courant aussi à Genève?

KPB: C'est en cours: un centre de médecine intégrative est en voie de déploiement. Je n'ai pas été formée dans ce domaine, mais il faut bien reconnaître qu'il y a une forte demande de la population d'élargir les prises en charge, souvent avec succès. L'enjeu pour nous est d'implémenter des techniques qui font sens pour les personnes que nous soignons, notamment les patients chroniques et oncologiques, tout en contrôlant l'utilité, la sécurité et le bénéfice des possibilités que nous apportons. Le mouvement est en marche aux HUG, en collaboration avec de nombreuses offres au sein de notre institution et d'autres qui viennent de l'extérieur. À nouveau, nous ne devons plus penser que les patients sont soignés aux HUG uniquement, mais aux HUG avec de nombreux partenaires externes.

Comme vous l'avez mentionné, les HUG sont une institution publique au service des patients de la région. Quel rôle jouent ces derniers dans l'institution?

KPB: C'est une grande évolution de ces dernières années. Nous avons maintenant deux axes concernant le partenariat patient. Il y a les patients que nous sollicitons pour faire partie de projets et qui nous aident non seulement à les évaluer mais aussi à les conceptualiser et à en diffuser les résultats. D'autres patients partenaires nous aident dans la recherche clinique, pour confirmer la pertinence de la question de recherche, mais aussi pour nous aider à réaliser ce projet ou pour en diffuser les résultats. Quel que soit leur statut, ces patients partenaires sont d'une extrême richesse et nous permettent de mieux répondre aux besoins des patients. Comme professionnels de santé, nous pensons à tort comprendre ce qui est mieux pour les personnes concernées, sans avoir les outils pour saisir en quoi ce n'est pas le cas. Se reposer sur une diversité d'expériences vécues par les patients partenaires, que ce soit en termes d'âge, de genre ou encore de courte et de longue durée de séjour, est donc essentiel pour améliorer la qualité des prestations.

L'expertise de ces patients doit-elle aussi permettre d'améliorer le vécu hospitalier qui peut être parfois douloureux, voire traumatisant?

KPB: Oui. Je suis toujours reconnaissante quand, en pédiatrie par exemple, je reçois un courrier des parents qui ont rencontré des difficultés au sein de l'institution. On se rencontre après, on discute et on voit ce qui aurait pu être fait différemment. Si le problème réside dans la taille trop petite des chambres, mon champ d'action est très limité. En revanche, il est possible – et nécessaire – d'agir sur des processus qui apparaissent problématiques: la manière dont la personne a été accueillie et soignée, comment on lui a expliqué ce qui lui est arrivé et comment sa sortie a été gérée. Ce sont des domaines en constante évolution. Contrairement à ce que l'on pourrait penser, le personnel soignant est très demandeur que ces processus, qui relèvent du ressenti des patients, soient en amélioration continue.

De manière générale, pour une institution très normée comme le sont les HUG, tenir compte des spécificités de chaque personne ne s'avère-t-il pas très complexe?

KPB: Oui. Intégrer les patients dans l'environnement hospitalier, quelles que soient leurs différences ou leurs difficultés, est

**UNE MEILLEURE
COORDINATION
ENTRAÎNE MOINS
DE MALADES SE
DÉGRADANT PAR
MANQUE DE
VISION GLOBALE**

Extrait de la Revue Médicale Suisse 3/3

un défi constant. On pense aujourd'hui souvent au genre, mais être analphabète, allophone ou vivant avec un handicap dans une institution comme la nôtre, ajoute une difficulté à la maladie elle-même. Il faut en être conscient et essayer d'accompagner les patients dans cette diversité. Pour l'institution, c'est enrichissant mais en même temps cela nous oblige à repenser les structures et les processus.

Un autre défi qui vous attend concerne les jeunes en formation qui semblent souvent désenchantés, voire désabusés. Comment interprétez-vous cela?

KPB: Je constate que les premiers contacts avec la réalité du terrain médical génèrent de la souffrance chez des jeunes, qui, il faut bien utiliser ce triste mot, ont survécu à des études très difficiles, avec beaucoup d'efforts mais aussi beaucoup d'idéal. Je pense que ce dernier point est fondamental. Il y a un ajustement à faire entre ce qui est appris à la Faculté et ce qui se passe concrètement dans les soins. Pour illustrer cette problématique avec un exemple très simple, il suffit de comparer la prise d'anamnèse enseignée à la Faculté et celle qui est réellement pratiquée. Pendant les études, les étudiants sont encouragés, à juste titre, à prendre le temps d'effectuer une bonne anamnèse. Une fois en clinique, il faut arriver à mener une consultation complète, par exemple, en une demi-heure aux HUG, voire en vingt minutes en cabinet. Cela donne l'impression de bâcler le travail et de ne pas valoriser tout ce qui a été appris. Les exemples de ce hiatus entre les études et le travail de terrain sont nombreux. Ils donnent aux jeunes une impression d'échec et d'insatisfaction. Remédier à ce décrochement, et ainsi prévenir certaines désillusions, n'a rien de simple. Mais c'est un travail auquel nous devons nous atteler.

Les cadres semblent-ils être également touchés par ce désenchantement?

KPB: Je ne ressens pas ce problème personnellement, mais je dois bien avouer que beaucoup de cadres se sentent submergés par les tâches administratives. On retrouve le décrochement que ressentent les jeunes entre l'engagement initial et la réalité du terrain. Les médecins ont choisi leur métier pour soigner, pour le sens que représente l'accompagnement des malades. Si bien que lorsqu'ils passent des journées entières à répondre à des emails, une démotivation peut apparaître. Des décalages intergénérationnels peuvent aussi jouer un rôle désenchanteur chez les cadres: ils ont l'impression de devoir assumer tout ce que les jeunes ne sont plus d'accord de faire. Un travail a été amorcé pour remettre aux bonnes personnes les bonnes tâches et pour simplifier les processus. Le chemin est encore long, mais il est essentiel.

Pour soulager les cadres, une solution serait-elle de renforcer les liens avec les médecins de ville?

KPB: Il pourrait effectivement être imaginé d'engager à temps partiel des médecins installés pour effectuer une partie du travail de supervision des médecins en formation. Ce serait du gagnant-gagnant. De nombreuses personnes souhaitent garder un pied dans l'hôpital. En retour, elles peuvent offrir aux jeunes en formation d'autres approches pour pratiquer leur métier. Réinstaurer cette pratique de mentorat, qui avait le vent en poupe il y a trente ans, pourrait être bénéfique pour tout le monde.

Avez-vous d'autres pistes pour remédier aux formes de malaise qui semblent miner l'institution?

KPB: Il s'agit de briser ce cycle de focalisation sur ce qui ne va pas et remettre en avant tout ce qui est bien et beau dans ce métier, notamment le plaisir de soigner et d'aider des personnes qui souffrent. Se concentrer sur le positif plutôt que sur le négatif. Ce qui m'étonne, c'est qu'il existe peu d'échanges autour de cette question: comment créer du sens, du plaisir? De nombreux projets pilotes fonctionnent, vivent pour eux-mêmes dans certains services, mais sans que nous arrivions à les élargir. Il faudrait davantage de transmissions de ces bonnes pratiques – non cliniques, mais culturelles – pour trouver ensemble les chemins du «rêenchantement».

Des nouveaux modèles d'organisation des soins pourraient-ils aussi redonner des perspectives au métier de soignant?

KPB: Certainement. Si on se limite aux seuls médecins, il me semble que le rôle de clinicien expert, qui existe dans de nombreux autres pays, devrait être développé. Aujourd'hui, la promotion reste trop liée à la performance universitaire. Pour réussir, il faut encore publier dans des grands journaux. Or, d'autres profils de médecins pourraient tout à fait s'épanouir dans un rôle d'encadrement et de soins. Il me paraît essentiel de réussir à valoriser ces cursus. Car il faut être réaliste: avec la spécialisation des métiers et tous les talents nécessaires, on ne peut plus être excellent dans tous les domaines. Nous devons en conséquence favoriser et valoriser des trajectoires autres que le parcours strictement basé sur des considérations académiques.

Même si vous souhaitez promouvoir les profils d'experts cliniciens, la recherche reste une priorité pour les HUG?

KPB: Bien sûr. S'il existe une tension dans la recherche de personnel clinique, celle-ci est encore plus forte concernant les médecins académiques. La pénurie est pour demain. Les jeunes ont de moins en moins envie de s'engager dans cette voie pourtant passionnante et essentielle pour l'amélioration de la pratique clinique. Une recherche n'est pas menée juste pour un titre, elle est généralement conduite pour répondre à une question posée dans l'exercice du métier et avec comme objectif d'essayer de la résoudre pour faire avancer les connaissances. La dynamique de recherche, qu'elle soit terre-à-terre ou plus théorique, est primordiale pour une institution comme les HUG. Il faut que cette culture de recherche continue de s'y développer.

Les HUG sont aussi reconnus mondialement dans certains secteurs de recherche comme l'oncologie. En quoi avoir une recherche de portée internationale est-il important?

KPB: Nous ne pouvons pas attirer de bons médecins sans avoir une forme de reconnaissance internationale au niveau de la recherche. Les personnes ne vont pas venir travailler dans un hôpital seulement parce que les patients sont formidables. C'est un tout. Pour avoir les meilleurs profils d'experts, il faut une qualité des soins évoluant sans cesse, des équipements performants mais aussi une recherche de très haute qualité. Et c'est aussi une chose que l'on doit aux patients.

IL Y A UN AJUSTEMENT À FAIRE ENTRE CE QUI EST APPRIS ET CE QUI SE PASSE CONCRÈTEMENT DANS LES SOINS



Articles publiés
sous la direction de

JEAN-LUC RENY

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

**PETER
VOLLENWEIDER**

Service de médecine
interne
Département de
médecine
Centre hospitalier
universitaire vaudois
Lausanne

Le médecin, la prise de décision et la prise de risque

Pré CAROLE CLAIR, Pr JACQUES CORNUZ, Pr IDRIS GUESSOUS, Pr JEAN-LUC RENY et Pr PETER VOLLENWEIDER

Rev Med Suisse 2025; 21: 155-6 | DOI : 10.53738/REVMED.2025.21.903.155

Durant nos études de médecine, puis lors de notre formation postgraduée et surtout dans le cadre de notre activité professionnelle, nous sommes habitués à promptement prendre des décisions, que ce soit sur le plan diagnostique, thérapeutique ou pronostique. C'est probablement pour cette raison que la prise de décision rapide, lors de soins aux patients ou de crises sanitaires (pandémies), est l'une des caractéristiques de la profession médicale. Ces capacités décisionnelles sont essentielles dans nos différents axes de pratique médicale.

Dans un environnement de travail qui se veut de plus en plus interprofessionnel et où les responsabilités sont souvent partagées, il existe un risque important que certains professionnels, notamment les médecins, hésitent à prendre des décisions ou à faire preuve d'audace. Cela peut être dû à une dilution de la responsabilité, créant une crainte de se voir attribuer à tort des erreurs ou des échecs. Pourtant, dans ce contexte, il est crucial que le médecin conserve son rôle de leader et un certain courage d'assumer ses décisions, même et surtout lorsqu'elles comportent des risques, sans oublier de documenter les éléments qui appuient ces décisions.

Si ce processus décisionnel nécessite une forte capacité d'analyse synthétique, avec même parfois une stratégie faisant recours aux heuristiques, il peut se dérouler dans un contexte d'incertitude en raison d'un manque d'informations cliniques et de données scientifiques, voire épidémiologiques. Cette capacité à gérer l'incertitude s'avère ainsi le complément de la prise de décision, un peu à l'image du Yin et du Yang.

Le corollaire de la prise de décision dans un contexte d'incertitude est la prise d'un certain risque qui doit tenir compte au mieux de l'équilibre entre bénéfices et risques. Lorsqu'un patient se présente avec des symptômes complexes, il peut être légitime de suivre son évolution clinique avant de procéder à des investigations complémentaires au risque que, entre-temps, sa santé se dégrade rapidement. Il en va de même lors d'apparition d'effets secondaires graves d'un traitement prescrit. Il est (encore) très difficile d'appréhender les différences biologiques et les réponses aux traitements individuelles de nos patients. Par conséquent, la capacité de décision propre à notre métier est intrinsèquement liée à la prise d'un certain risque.

Nous essayons de le diminuer en récoltant un maximum d'informations pertinentes avant la prise de décision, de revoir le patient pour évaluer son évolution et en dialoguant le mieux possible avec lui et ses proches ainsi que les autres professionnels de santé impliqués.

Cette prise de risque inhérente au métier de médecin peut aussi être favorable dans certaines circonstances. Prendre des risques calculés peut mener à des innovations ou encore à des découvertes scientifiques. Il suffit de penser à la première transplantation cardiaque par exemple. Une certaine prise de risque peut être nécessaire pour le bien-être du patient, lorsqu'il s'agit de proposer un traitement innovant, mais non encore pleinement éprouvé, dans le but de lui sauver la vie ou d'améliorer sa qualité de vie.

On peut faire l'analogie avec la décision du choix de la formation postgraduée qui



IDRIS GUESSOUS

Service de médecine
de premier recours
Département de
médecine de premier
recours
Hôpitaux
universitaires de
Genève

CAROLE CLAIR

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

**IL EST CRUCIAL
QUE LE MÉDECIN
CONSERVE SON
RÔLE DE LEADER
ET UN CERTAIN
COURAGE
D'ASSUMER SES
DÉCISIONS**

Extrait de la Revue Médicale Suisse 2/2

comporte aussi une certaine incertitude dans la façon dont elle va se dérouler. Cette incertitude peut être mitigée en prenant des contacts tôt avec des répondants de disciplines de formation ou dans le dialogue avec des mentors. Il nous semble néanmoins que dans ce choix et ce parcours de formation, une prise de risque calculée peut être tout à fait bénéfique. Comme effectuer une partie de sa formation dans une autre région lin-

guistique de notre pays, tenter un parcours dans le domaine de la recherche, se lancer et ouvrir un cabinet de pratique ambulatoire.

Ici nous nous adressons plus particulièrement à nos plus jeunes collègues qui s'engagent dans leur formation professionnelle : dans les décisions de choix de carrière (comme dans la décision médicale), une certaine prise de risque peut être bénéfique.

Le travail de l'industrie pharmaceutique reste largement méconnu

INTERVIEW DE ROCH OGIER PAR OMAR KHERAD ET MICHAEL BALAVOINE

Rev Med Suisse 2025; 21: 116-8 | DOI: 10.53738/REVMED.2025.21.902.116



ROCH OGIER

Médecin et titulaire d'un doctorat en sciences de l'Université de Genève, Roch Ogier est CEO d'OM Pharma, une compagnie biopharmaceutique globale basée à Genève. Il travaille dans l'industrie depuis une vingtaine d'années et a occupé des postes de direction chez Sanofi, Vifor et Novartis.

Pas toujours facile de se faire accepter par ses pairs quand on a décidé de travailler pour l'industrie pharmaceutique, tant cette branche suscite la méfiance. C'est pourtant le chemin qu'a suivi Roch Ogier, médecin formé à Genève. Après avoir travaillé chez Sanofi, Vifor et Novartis, il est aujourd'hui le directeur général d'OM Pharma, une entreprise rachetée en 2020 par l'entrepreneur neuchâtelois Etienne Jornod, présente dans 100 pays et employant plus de 300 personnes à Genève. Pour cette interview avec la *Revue Médicale Suisse*, qui initie une série de quatre articles sur le prix des médicaments, le cadre a été fixé d'emblée. Le but n'est pas de parler de son entreprise, mais de profiter qu'un Romand occupe cette position pour entendre dans nos colonnes, la voie de l'industrie sur des sujets qui fâchent. Combien coûte le développement d'un médicament? Comment se fixe son prix? Peut-on faire confiance aux entreprises pharmaceutiques? Roch Ogier ne prétend pas convaincre tout le monde mais aimerait avant tout permettre de mieux faire comprendre ce monde, à la fois si proche et si éloigné de la pratique médicale qu'est l'industrie pharmaceutique.

L'industrie pharmaceutique a mauvaise presse auprès du corps médical. Comment l'expliquez-vous?

Roch Ogier: Je pense que les a priori négatifs sur cette industrie viennent d'une profonde méconnaissance du secteur et d'une communication insuffisante de notre part sur nos activités. Les médecins ne côtoient l'industrie pharmaceutique, dans la majorité des cas, qu'au travers des délégués médicaux. Ceux-ci continuent parfois de porter le poids d'une image ternie par des pratiques d'un autre temps, pourtant désormais révolues pour la quasi-totalité de l'industrie. Ces critiques, largement relayées par les médias et même dans certains films, s'appuyaient sur un manque de transparence et des pratiques telles que l'octroi de cadeaux ou d'avantages. Aujourd'hui, cette époque appartient au passé; il y a maintenant des formations avancées pour les délégués et une réglementation stricte s'est largement imposée.

Une entreprise pharmaceutique cherche tout de même à gagner de l'argent. N'est-ce pas aussi cela qui gêne les soignants?

RO: L'industrie pharmaceutique reste évidemment une activité commerciale. Mais pas seulement. Son but est que ses produits apportent un réel bénéfice aux malades et que le médecin les

prescrive. Il est un peu facile d'attribuer à l'industrie pharmaceutique le monopole de la commercialisation de la médecine. Les médecins ont tendance à oublier que leur activité est aussi une activité commerciale. Que ce soit à l'hôpital, en clinique privée ou en cabinet, il faut payer des salaires, des locaux, etc.; chaque entité doit dégager un minimum de marge, sans qu'il s'agisse pour autant d'une course au profit. Cette évidence reste taboue chez de nombreux médecins.

Comment définiriez-vous le travail de l'industrie pharmaceutique?

RO: Ce qui me frappe, d'abord, c'est qu'il reste largement méconnu, alors qu'il n'est pas si éloigné de celui des médecins. Comme eux, nous essayons de résoudre un problème clinique et d'améliorer la santé des patients. Le médecin voit des patients, les connaît personnellement, il a un fort impact sur leur vie au niveau individuel. L'industriel, lui, cherche à avoir un impact sur un maximum de patients à travers le monde. Des milliers de personnes participant au développement d'un seul produit, c'est un travail beaucoup plus anonyme que celui du médecin, mais les deux partagent la même volonté de prévenir, soigner et soulager.

Pour développer un médicament, vous partez donc d'un besoin clinique?

RO: Évidemment. On ne peut pas simplement se dire: tiens, voilà une belle publication dans Nature, il faut en faire un médicament. Qu'il y ait au départ une découverte géniale ou non, peu importe: il faut d'abord se demander quel est le besoin clinique. Ce serait un non-sens, y compris commercial, de développer quelque chose qui ne réponde pas à un besoin majeur des patients!

Comment sélectionner une molécule dans laquelle investir?

RO: Le choix n'est jamais évident. Les possibilités qui s'offrent à nous sont multiples. Nous procédons en évaluant notamment les coûts et la durée de développement, et le marché potentiel. La probabilité de succès est également une variable très importante. Ces calculs permettent de choisir quel projet soutenir parmi l'ensemble des chemins possibles. Il s'agit d'investissements très importants sur une longue durée, c'est une grande responsabilité. Si un produit a peu de chances de succès, il vaut mieux investir ailleurs. Il s'agit aussi d'une responsabilité éthique: que l'argent soit public ou privé, mal l'investir signifie passer à côté d'un meilleur impact possible pour les patients.

Combien coûte le développement d'une molécule jusqu'à la mise sur le marché?

RO: Les coûts nécessaires à la recherche et au développement d'un médicament varient considérablement selon l'aire thérapeutique et l'indication. Mais une chose est sûre: ce coût ne

Extrait de la Revue Médicale Suisse 2/3

cesse d'augmenter. Il y a une dizaine d'année, on parlait d'un milliard, on évoque aujourd'hui une moyenne d'environ 2 à 3 milliards. Ces chiffres prennent en compte le taux d'échec. Et ce taux est très élevé: neuf molécules sur dix testées chez l'homme n'arrivent jamais sur le marché.

Est-il devenu plus difficile de produire un médicament?

RO: C'est surtout devenu plus long, et donc plus cher. Car plus les délais sont longs, à cause des essais cliniques ou des demandes des autorités, plus le temps pour rentabiliser l'investissement est court. Un brevet dure généralement vingt ans. On estime que la mise sur le marché d'un médicament prend en moyenne douze ans à partir de sa découverte. Il reste donc en principe moins de dix ans pour rembourser les frais occasionnés. Cette longue durée sur laquelle nous travaillons est une spécificité de l'industrie pharmaceutique. Il faut en quelque sorte prédire les besoins des patients dans plus de 10 ans... Si on ajoute à cela le taux d'échec qui vient d'être évoqué, on est loin de ce que beaucoup de gens croient ou espèrent: il y a une découverte géniale, on en fait un produit et on le vend dans la foulée. Les processus sont extrêmement longs et complexes.

Le temps de production et les coûts élevés expliquent-ils à eux seuls les prix des médicaments qui font parfois bondir les médecins et les patients?

RO: Non. La fixation du prix d'un médicament se fait en fonction de sa valeur ajoutée (rapport coût-bénéfice), pas des coûts portés par l'industrie! Un médicament doit apporter une forte amélioration d'un problème clinique. Estimer ce bénéfice thérapeutique est toutefois complexe. Au-delà des «hard endpoints» tels que la mortalité, il est important de prendre en compte l'impact sur la qualité de vie des patients, sur l'adhérence thérapeutique et l'impact pharmaco-économique pour la société.

On voit souvent plusieurs médicaments presque identiques arriver sur le marché. Peut-on malgré tout parler de valeur ajoutée?

RO: Dans un sens, oui. On appelle dans le métier ces médicaments des «me too». Prenons l'exemple des analogues du GLP-1: il y en a plusieurs similaires mais non identiques sur le marché. Il faut réaliser que le développement de ces molécules a commencé il y a plus de quinze ans dans des laboratoires de recherche fondamentale. Plusieurs chercheurs ont suivi la même piste. Et quand on pense au taux d'échec, avoir plusieurs back-ups est une bonne chose. À la fin, il y en a un qui arrive en premier, puis parfois arrive un deuxième, etc. Et on se dit que c'est peu utile. Mais avec tout ce chemin à parcourir pour arriver sur le marché, il est normal que plusieurs molécules d'une même classe arrivent sur le marché. Au final, les «me too» élargissent l'éventail thérapeutique et peuvent avoir des bénéfices distincts, notamment au niveau individuel (efficacité, tolérabilité); ils amènent aussi une compétition sur les prix et peuvent jouer un rôle dans la limitation des pénuries.

Concrètement, quelles sont les étapes de fixation du prix d'un médicament?

RO: En Suisse, l'autorisation de mise sur le marché (AMM) est accordée par Swissmedic, l'Institut suisse des produits thérapeutiques, après une évaluation approfondie et rigoureuse de la qualité, de la sécurité et de l'efficacité du médicament. Vient

ensuite la fixation du prix. Rappelons que ce ne sont pas les entreprises qui fixent le prix des médicaments remboursés, mais l'État, plus précisément, en Suisse, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). Dans cette perspective, nous devons soumettre une demande d'admission à l'autorité compétente pour figurer sur la liste des spécialités, condition préalable au remboursement par l'assurance obligatoire des soins. Cette liste détermine le prix maximal pouvant être facturé. Afin d'être admis, un médicament doit remplir simultanément les critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité (critères EAE). Comme vous pouvez l'imaginer, le critère le plus discuté dans ce contexte est l'économicité. Elle est évaluée en comparant les prix pratiqués à l'étranger (Danemark, Allemagne, Pays-Bas, Grande-Bretagne, Suède, Finlande, Belgique, France et Autriche) et les autres médicaments similaires admis en Suisse.

Malgré toutes ces précautions, on constate souvent une inadéquation entre le prix et la valeur thérapeutique d'un médicament. Les mises sur le marché très rapides des préparations oncologiques en sont un exemple frappant. Selon

une étude parue dans le JAMA, 41% des traitements anticancéreux ayant bénéficié d'une autorisation accélérée par la FDA (Food and Drug Administration) n'ont pas amélioré la survie globale ou la qualité de vie après plus de 5 ans de suivi. Cette notion de valeur a donc une application variable?

RO: Il faut effectivement trouver la bonne balance entre la rapidité d'accès pour le patient à des médicaments prometteurs et la durée nécessaire pour générer des données solides. Le développement clinique n'est jamais totalement terminé, même après la mise sur le marché! Si les données initiales encourageantes ne sont pas confirmées, l'autorisation et le remboursement doivent être rapidement adaptés. Dans de nombreux pays – mais encore peu en Suisse – des modèles de prix prévoyant une restitution des coûts si la thérapie manque d'effet (Pay for Performance) se développent. Cela veut dire qu'un médicament ne devra être payé que s'il agit chez le patient en question, les conditions de restitution étant fixées à l'avance entre les acteurs impliqués. Sur le principe, tout le monde est d'accord. Une question subsiste toutefois: comment définit-on la performance? Pour certains patients, il s'agit de pouvoir courir, pour d'autres de recommencer à travailler. Une infinité de tableaux cliniques différents pour une même pathologie rend cette notion de valeur difficile à objectiver.

Existe-t-il une forme de négociation autour de la fixation des prix?

RO: Le terme «négociation» n'est pas vraiment approprié. Le prix est en effet fixé par l'OFSP sur la base d'une demande soumise par le fabricant et des réglementations en place. L'industrie a la possibilité de faire valoir son point de vue et peut engager une discussion avec l'OFSP. Plus que d'une négociation, je parlerais plutôt d'une discussion autour des critères d'évaluation.

En Suisse, où les entreprises pharmaceutiques ont un poids économique et politique important, leurs lobbies ne font-ils pas la loi en termes de prix?

RO: L'industrie pharmaceutique est un pilier de l'économie en Suisse, c'est certain. Elle représente près de 40% des exportations. ►

**NEUF MOLÉCULES
SUR DIX TESTÉES
CHEZ L'HOMME
N'ARRIVENT
JAMAIS SUR LE
MARCHÉ**

Extrait de la Revue Médicale Suisse 3/3

Maintenant, est-ce que la Suisse elle-même est un grand marché pour l'industrie? Non. Les prix pratiqués en Suisse doivent être replacés dans leur contexte. Pour commercialiser un médicament dans notre pays, nous devons notamment faire des demandes spécifiques d'AMM alors que, par exemple, le processus d'enregistrement peut être centralisé pour toute l'Europe. Il faut aussi faire les notices en plusieurs langues et organiser la distribution des produits pour ce marché spécifique.

Existe-t-il un lien avec les pénuries dont on parle souvent?

RO: Pour les médicaments innovants, le système actuel entraîne plutôt des délais supplémentaires, surtout à cause de la complexité et de la durée dans la fixation du remboursement. Par contre, pour les produits établis, généralement hors brevet, notre système prévoit une révision des prix tous les trois ans avec une baisse quasi systématique des prix, ce qui peut amener à des prix auxquels on ne gagne plus d'argent, voire où on en perd. Aujourd'hui, l'équation est compliquée: la production et la distribution coûtent de plus en plus cher, et, tous les trois ans, les prix sont révisés. Comme discuté plus haut, le marché suisse est limité. Il faut donc de la mesure et des évaluations différenciées concernant la révision des prix de ces médicaments établis, d'autant plus si ceux-ci sont essentiels du point de vue de la santé publique.

L'émergence de la médecine de précision pousse à un rétrécissement des cibles thérapeutiques. Est-ce un autre bouleversement de taille pour l'industrie?

RO: Les observateurs externes à notre industrie parlent souvent un peu vite de «révolutions». Le mouvement est en marche depuis longtemps et s'intensifie au fil que les connaissances progressent, en particulier au niveau de la recherche pharmaceutique mais l'implémentation clinique prend évidemment plus de temps! En comprenant mieux la susceptibilité à certaines maladies ou la réaction à certaines thérapies, on devient de plus en plus spécifique dans le traitement choisi. Je pense que ce mouvement va dans la bonne direction car la valeur ajoutée et la sécurité pour les patients sont plus grandes.

De nouveaux acteurs comme Moderna sont apparus pendant le Covid-19. Les poids lourds de l'industrie risquent-ils de se faire dépasser par des entrants inattendus?

RO: À l'instar de l'automobile où Tesla ou Google prennent des parts de marché importantes avec leurs technologies, les géants de la tech comme Alphabet s'intéressent énormément au

domaine de la santé. Les géants de l'alimentaire ont eux aussi essayé d'entrer dans le marché pharmaceutique, mais avec plus ou moins de succès. Maîtriser l'ensemble de la chaîne, de la R&D à la commercialisation reste un défi complexe et spécifique. Aujourd'hui, les principaux acteurs de l'industrie restent globalement les mêmes mais comptent énormément sur l'innovation externe (seulement 50% des molécules arrivant sur le marché sont développées entièrement en interne) venant de plus petites entreprises biotechnologiques, par exemple les spin-offs des universités, qui effectuent des percées dans un domaine précis car elles prennent plus de risques.

Moderna ou BioNTech ne sont donc pas des nouveaux acteurs?

RO: Ces entreprises se sont fait connaître pendant le Covid19 grâce à la technologie mRNA. Mais d'autres entreprises exploitent aussi cette technologie, par exemple en oncologie. Ces deux entreprises ont été d'une rapidité prodigieuse. Aujourd'hui, c'est leur capacité à développer leur pipeline qui va être déterminante. Contrairement à une idée répandue, le marché des vaccins est assez anecdotique à l'échelle de l'industrie pharmaceutique. Le grand public pense parfois que les entreprises pharmaceutiques mettent en avant les vaccins. En réalité, ces derniers ne représentent que quelques pour cent du marché, même si celui-ci a plus que doublé pendant le Covid-19.

Au-delà de la médecine de précision, voyez-vous une autre tendance se profiler dans l'industrie pour ces prochaines années?

RO: La prévention. Certes, les avancées thérapeutiques sont spectaculaires. On peut citer, les thérapies cellulaires (par exemple, CAR-T grâce à l'édition du génome par CRISPR Cas-9), les anticorps armés (ADC, antibody-drug conjugate en anglais) ou les anticorps bispécifiques. Mais ces interventions sophistiquées ne doivent surtout pas faire oublier l'importance de la prévention, qu'elle soit comportementale ou pharmaceutique, à large échelle (alimentation, activité physique, arrêt du tabac, prévention des risques psychosociaux, vaccination, dépistage, etc.), ou ciblée grâce aux nouvelles connaissances (analyse du génome ou IA). Ainsi, au niveau pharmaceutique, je pense que le futur va se dessiner autour de cela: des thérapies très ciblées qui permettront une guérison, et, d'autre part, des interventions qui permettront de prévenir des maladies pas encore déclarées.

**SEULEMENT 50%
DES MOLÉCULES
ARRIVANT SUR LE
MARCHÉ SONT
DÉVELOPPÉES
ENTIÈREMENT EN
INTERNE**

Repenser la formation médicale pour répondre aux enjeux actuels

La raison d'être de la formation médicale prégraduée est de préparer les futurs médecins à l'exercice du métier, ou plus précisément à entrer en formation post-graduée comme le précise la LPMed. Mais est-ce encore le cas?

Les principes de la formation

L'approche actuelle de la formation médicale prégraduée est l'héritage de différents modèles. Le modèle universitaire du 19^e de Humboldt préconisait l'unité de l'enseignement et de la recherche mais aussi une formation «holistique» de l'individu (Bildung), intégrant les dimensions intellectuelles, morales et culturelles afin de développer l'autonomie, la réflexion critique et le développement personnel. Flexner s'en est inspiré vers 1910 pour établir le standard de la formation médicale étasunienne avec un curriculum en deux étapes dont la première est réservée à l'enseignement des sciences fondamentales et la seconde à la formation clinique. Au principe de «Bildung», il va privilégier une formation pragmatique disciplinaire ciblée sur les besoins du métier.

Et qu'en est-il aujourd'hui? En forçant le trait, on peut percevoir une formation autosuffisante qui prépare les étudiants à être de bons étudiants. Les programmes leur prescrivent *ce qu'ils doivent apprendre, quand, et souvent même comment*. L'incertitude et le doute caractérisant la pratique sont marginalisés, tout comme l'initiative personnelle. Les examens entretiennent une illusion de contrôle où seule la performance du juste préconisé compte, ne laissant pas de place à la remise en question critique. Échanger avec son voisin, consulter des sources autres que sa mémoire sont pénalisés. Cocher une réponse au hasard est mieux que d'assumer de ne pas savoir (ne pas cocher de réponse). Imaginez ces comportements face à un patient. L'indicateur (performances aux examens) prend le pas sur la finalité (préparer à devenir médecin), comme l'illustre

la question rituelle des étudiants: «Quelle diapo est importante pour l'examen?».

Les besoins du terrain évoluent

L'essor de l'intelligence artificielle (IA) en médecine impacte la pratique médicale. Trois exemples à l'appui. Cognitif: une simple requête vocale à son smartphone et l'IA nous donne accès à tout le savoir médical remplaçant la nécessité de tout mémoriser. Raisonnement clinique: une étude récente¹ montre que l'IA seule performe mieux que des médecins expérimentés utilisant cette même IA, lesquels performe mieux que sans IA. Communicationnel: l'IA démontre une empathie supérieure aux médecins répondant aux questions écrites de patients. Ces études restent très sélectives, mais même si l'IA venait à plafonner à son niveau actuel, elle questionne la formation de nos futurs médecins.

L'enseignement n'est pas en reste avec 56% des diplômés de 2024 utilisant une IA pour se préparer à leur examen. Certaines universités l'utilisent pour créer des questions d'examens. D'autres sont développées pour chercher à évaluer la performance des apprenants en compilant toutes les données disponibles sur leurs actions, y compris par exemple les échanges d'emails entre professionnels (un panopticon électronique?).

Parallèlement, la médecine a mal à son moral. Le nombre de médecins quittant la profession est en augmentation. Après leurs stages cliniques, un tiers des étudiants en médecine peuvent s'imaginer ne pas travailler en clinique. Les causes les plus souvent citées sont la perte de sens, la bureaucratie, les conditions de travail. En partie, elles semblent endogènes à la formation érigeant une culture de perfectionnisme, d'autocritique, d'individualisme, de suridentification à la performance, de compétitivité malsaine qui laisse peu de place à l'enthousiasme ou à l'épanouissement. Autant de facteurs de risque du burnout.

UNE CULTURE DE
PERFECTION-
NISME, D'AUTO-
CRITIQUE, QUI
LAISSE PEU DE
PLACE À
L'ENTHOUSIASME

Faire évoluer la formation

Pour répondre aux besoins actuels du terrain, cherchons à réintégrer le concept de «Bildung» de Humboldt dans nos formations. Utopique? L'université de Saint Louis² a diminué de moitié le niveau de stress et de burnout de ses étudiants grâce à des mesures telles une diminution de 10% de la charge d'apprentissage, une notation dichotomique (réussi/échoué), l'introduction du team-based learning, une offre de soutien personnalisé aux étudiants et des formations en gestion des émotions. Des interventions qui semblent être à la portée de toute université. En poussant un peu plus, nous pouvons repenser notre approche au savoir en adoptant un système d'examens reposant moins sur un apprentissage superficiel mais favorisant la compréhension et la pratique réflexive. Cela permettra de mieux préparer les étudiants à une prise en main critique et créative de l'IA. Parallèlement à cette préparation à *pratiquer la médecine*, il s'agit de préparer les étudiants à *être médecin* en s'appuyant sur une pédagogie humaniste tout en développant ce qui est regroupé sous l'euphémisme de «soft skills»: métacognition, compassion, gestion des émotions, engagement envers soi et envers les autres, autoréalisation. Des défis que les facultés de médecine commencent à relever à l'exemple du Master de Fribourg qui a radicalement changé son système d'examen pour valoriser la réflexion.

¹ Goh E, et al. Large language model influence on diagnostic reasoning: a randomized clinical trial. JAMA Netw Open 2024 Oct 1;7(10):e2440969. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2024.40969.

² Slavin S. Mental health from medical school to medical practice: finding a path forward. Mo Med. 2021 Jan-Feb;118(1):7-12.

PR RAPHAËL BONVIN

Vice-président à l'éducation, section médecine
Président du Département de santé communautaire
Directeur de l'Unité d'enseignement médical
Université de Fribourg
1700 Fribourg
raphael.bonvin@unifr.ch

Pénurie de médicaments: «Les actions concrètes restent relativement limitées»

INTERVIEW DU PR THIERRY BUCLIN PAR SOPHIE LONCHAMPT

Rev Med Suisse 2025; 21: 249-50 | DOI: 10.53738/REVMED.2025.21.904.249



PR THIERRY BUCLIN

Professeur honoraire
Service de pharmacologie clinique
Centre hospitalier universitaire vaudois
Lausanne

Lors de sa séance en août 2024, le Conseil fédéral a discuté d'un nouveau paquet de mesures pour faire face à la pénurie des médicaments. Celles-ci comprennent notamment l'augmentation des réserves obligatoires, une facilitation des importations et la mise en place d'incitations pour encourager la fabrication. Mais ces mesures sont-elles réellement efficaces? Éclairages du Pr Thierry Buclin, professeur honoraire au Service de pharmacologie clinique du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) à Lausanne.

Quel regard portez-vous sur les mesures déjà mises en place par la Confédération ainsi que sur ce nouveau paquet de mesures pour faire face à la pénurie de médicaments?

Thierry Buclin (TB): Les mesures annoncées restent pour l'essentiel théoriques et, à la lecture de ce communiqué, je crains que les actions concrètes ne demeurent relativement limitées. On observe également une tendance du Conseil fédéral à se dédouaner, en expliquant son inaction par des facteurs externes. Il soutient, par exemple, que la responsabilité incombe en grande partie aux cantons, et souligne également la difficulté d'agir faute de données suffisantes.

On peut néanmoins raisonnablement penser que la situation serait encore plus grave sans ces mesures. Mais malgré ces efforts, l'approvisionnement en médicaments reste largement hors du contrôle de l'État. Sur le plan commercial, les ruptures de stock affectent principalement les médicaments anciens et bon marché, dont la production est concentrée dans quelques usines à l'échelle mondiale. En cas de pénurie, ces interruptions deviennent une occasion pour l'industrie de promouvoir des médicaments de substitution, souvent plus récents et plus coûteux.

Malgré toutes ces tentatives, la Suisse se trouve en position de relative impuissance face à un système mondial dominé par des géants pharmaceutiques, qui n'ont guère d'incitation à adapter

leurs stratégies aux spécificités d'un marché aussi petit que le nôtre. La crise des médicaments est un problème global, que la Suisse, à elle seule, ne pourra pas résoudre.

Parmi les mesures évoquées par la Confédération, il y a la possibilité de recourir plus fréquemment à la pharmacie de l'armée pour la fabrication de certains médicaments. Selon vous, nationaliser partiellement la production pourrait-elle être une solution efficace pour réduire la dépendance à l'industrie pharmaceutique?

TB: Le recours à la pharmacie de l'armée est effectivement envisagé, mais ses capacités de production restent limitées. En plus de l'armée, les pharmacies hospitalières disposent également de capacités de production, notamment pour le conditionnement, en quantités limitées, de substances actives en produits pharmaceutiques. Toutefois, ni les pharmacies de l'armée ni celles des hôpitaux ne sont équipées pour la production ou la synthèse à grande échelle de substances actives. Pour véritablement nationaliser la production d'un médicament, l'État devrait racheter une usine de production. Or, cette solution est difficilement envisageable dans le paysage politique suisse. De plus, une usine ne peut produire qu'un petit nombre de substances actives à la fois.

Une option plus réaliste pour limiter notre dépendance à l'industrie pharmaceutique serait de créer une coalition entre plusieurs pays européens. Dans ce modèle, chaque État prendrait en charge une ou plusieurs usines et l'approvisionnement serait ensuite coordonné à l'échelle supranationale. Toutefois, la position de la Suisse vis-à-vis de l'Europe complique sa capacité à piloter une telle initiative. Néanmoins, notre gouvernement a la responsabilité de formuler de telles propositions et de ne pas laisser passer l'occasion si des progrès dans ce sens émergent chez nos voisins européens.

Alors que l'État cherche à réduire les prix des médicaments et à promouvoir les génériques, il propose parallèlement d'éviter certaines baisses de prix pour inciter l'industrie à poursuivre la production. Comment concilier ces objectifs apparemment contradictoires?

TB: Il convient de rappeler que les prix des nouveaux médicaments lancés ces dernières années sont souvent exagérés. Les fabricants visent des marges de profit pouvant atteindre jusqu'à 90% (voir l'étude de Public Eye à ce sujet).^a Selon leur logique, il ne serait donc pas rentable de développer ou de maintenir sur le marché un médicament dont les marges ne dépassent pas 10 ou 20%. Je plaide donc surtout en faveur d'un «dégonflement» de cette bulle spéculative qui enfle depuis des années. Le jour où les fabricants se contenteront de marges plus raisonnables, comme c'est le cas dans d'autres secteurs comme l'alimentation ou l'habillement, la population pourra enfin bénéficier de prix justes pour les médicaments essentiels.

^aJusqu'à 90% de marge sur les médicaments anticancéreux. Public Eye 2024. Disponible sur: www.publiceye.ch/fr/thematiques/pharma/pas-de-rabais-secrets/jusqua-90-de-marge-de-profit-pour-la-pharma-sur-les-medicaments-anticancereux.

Extrait de la Revue Médicale Suisse 2/2

Rappelons encore que la Suisse est mal placée pour inciter l'industrie pharmaceutique à adopter un fonctionnement plus raisonnable. En effet, l'économie suisse profite largement des marges élevées de ce secteur, avec une balance commerciale fortement en faveur des exportations de médicaments. Thomas Cueni, le lobbyiste influent d'Interpharma, m'avait confié naguère qu'il n'avait guère de difficulté à convaincre nos parlementaires que pour chaque franc dépensé par les Suisses pour acheter leurs médicaments, le pays générerait 7 à 8 francs de chiffre d'affaires. Selon lui, la Suisse aurait donc tout intérêt à maintenir des prix élevés pour les médicaments, tant sur son propre territoire qu'à l'international. Cet argument, bien qu'un peu cynique, n'en reste pas moins fondé, même s'il faut souligner que ce ne sont pas les mêmes portefeuilles qui paient et qui bénéficient de ces profits.

Aperçu des mesures prises par le Conseil fédéral contre les pénuries de médicaments

- **Extension des réserves obligatoires** pour les médicaments vitaux afin de garantir une disponibilité continue en cas de pénurie.
- **Facilitation de l'importation** de spécialités étrangères pour combler les pénuries de médicaments enregistrés en Suisse.
- **Incitations à la fabrication** en renonçant, dans certains cas, à des baisses de prix susceptibles de compromettre la rentabilité des produits.
- **Contrôle de la production par la Confédération** par le biais de contrats de réservation de capacité avec les fabricants. Ces contrats garantiraient la production d'une quantité définie d'un médicament donné. En cas de pénurie grave, la fabrication de certains médicaments pourrait également être assurée directement par la Confédération, via la Pharmacie de l'armée.
- **Possibilité de délivrer des fractions d'emballages** afin de mieux gérer les stocks et répondre aux besoins immédiats des patients.
- **Suivi des ruptures d'approvisionnement** pour permettre une réaction rapide en cas de pénurie.

Urgences débordées: ce n'est la faute ni des médecins en cabinet ni des patients!

Face à la surcharge des urgences hospitalières, particulièrement criante durant les fêtes, il est parfois suggéré de revoir l'organisation de la médecine en cabinet. C'est probablement correct en partie, mais est-ce vraiment cela qui va résoudre le problème?

Les cabinets privés jouent un rôle essentiel dans le système de santé. En prenant en charge des patients qu'ils connaissent déjà pour des urgences non vitales, ils offrent des soins adaptés, rapides et économiques, évitant ainsi plusieurs fois par jour des déplacements dans des polycliniques ou aux urgences hospitalières.

Pourtant, ce travail reste insuffisamment valorisé, notamment sur le plan tarifaire. Un paradoxe que les récentes discussions sur les indemnités d'urgence n'ont toujours pas résolu.

Les nouvelles générations de médecins sont investies, mais les attentes à leur égard ont considérablement évolué depuis l'époque du «bon vieux temps». L'exercice de la médecine est aujourd'hui plus exigeant et nécessite du repos et un équilibre entre vie professionnelle et personnelle.

Durant les absences, un système de garde permet de répondre aux urgences non vitales (degré 4 et certaines de degré 3 selon l'échelle suisse de tri). Accessible, dans le canton de Neuchâtel, via le numéro 0848 134 134, ce dispositif fonctionne en cabinet durant les jours de semaine et dans des maisons de garde au sein de l'hôpital RHNe, les soirs, week-ends et jours fériés, 365 jours par an.

Et non, contrairement aux idées reçues, ce dispositif n'est pas complètement saturé, même en hiver! Les patients, accusés de venir consulter pour des bagatelles, ne sont pas le nœud du problème non plus.

Alors, pourquoi les urgences hospitalières sont-elles surchargées? Parce qu'elles accueillent des patients très malades nécessitant des prises en charge complexes (degrés 1 à 3) avec souvent une hospitalisation et, faute d'alternative, des personnes en attente de placement en EMS. À défaut, ces patients sont donc à leur place, mais leur présence dans les urgences de soins

aigus souligne surtout un problème structurel: une pénurie chronique de places en EMS et possiblement de lits en soins aigus.

Cela n'est donc pas la faute ni des patients ni des médecins en cabinet.

Il faut certes continuer de lutter contre la pénurie de médecins de famille et repen-

ser la réponse à l'urgence communautaire par une stratégie active. Valoriser cette profession et inciter les jeunes médecins à s'installer en cabinet est crucial pour répondre aux besoins croissants de la population, mais cela ne remédiera pas à la surcharge des urgences hospitalières. Une meilleure coordination entre les différents acteurs ambulatoires, notamment, médecins de garde, polycliniques, ambulanciers et infirmières est certainement aussi utile, mais cela n'est pas non plus la solution.

Pour améliorer la situation, il est essentiel d'augmenter la capacité d'accueil des différentes institutions et de revoir

leur organisation. Faire «plus avec moins» a atteint ses limites: il est impératif d'investir pour répondre aux défis démographiques et garantir le maintien des soins de qualité.

Un changement de paradigme que le politique doit désormais adopter!

Finalement, une meilleure adhésion aux mesures de prévention, comme la vaccination des personnes à risque contre les virus saisonniers (grippe, Covid-19, pneumonie, et bientôt le RSV (virus respiratoire syncytial), réduit la pression sur les hôpitaux. Là, par contre, le rôle des médecins en cabinet et des patients est primordial!

Source: site de la Société neuchâteloise de médecine du 23 janvier 2025

**L'EXERCICE DE
LA MÉDECINE
NÉCESSITE DU
REPOS ET UN
ÉQUILIBRE ENTRE
VIE PROFES-
SIONNELLE ET
PERSONNELLE**

DR DOMINIQUE BÜNZLI

Médecin de famille génération X et président de la Société neuchâteloise de médecine
Rue Ernest-Roulet 11
2034 Peseux
president@snm.ch

12 MOIS 12 ACTIONS POUR UNE MÉDECINE EFFICIENTE ET DURABLE

LE CHECK-UP ANNUEL EST SOUVENT SUPERFLU



Visant à détecter des risques ou maladies silencieuses chez des patients asymptomatiques, le check-up annuel est un motif régulier de consultation en médecine ambulatoire. Bien que souvent perçu comme bénéfique, les preuves scientifiques actuelles ne montrent pas d'impact du check-up sur la mortalité générale ou celle liée au cancer par exemple, ni sur les événements cardiovasculaires.¹ Chez les personnes en bonne santé, il peut même engendrer davantage de risques (faux positifs, surdiagnostics) que de bénéfices, remettant en question son utilité systématique.



De quoi on parle ?

Le check-up annuel approfondi inclut souvent des **tests inutiles chez des patients sans symptômes**, comme des prises de sang, des électrocardiogrammes, des analyses d'urine ou des examens d'imagerie.



Favoriser la prévention

La Société suisse de médecine interne générale (SSMIG), via la campagne «smartermedicine»², recommande d'abandonner les check-ups annuels approfondis au profit d'interventions préventives ciblées et efficaces, adaptées à l'âge, au sexe et aux facteurs de risque, comme le dépistage du diabète, du cholestérol, de l'hypertension et de certains cancers.³

BON À SAVOIR

Le programme Eviprev tient à jour une liste d'interventions préventives recommandées en fonction des âges.³

Les check-ups représentent...

- 8 À 10% DES VISITES chez le médecin de premier recours
- 10 MILLIARDS DE DOLLARS PAR AN aux États-Unis dont 322 millions dépensés en laboratoire⁵
- ENVIRON 600 MILLIONS DE CHF PAR AN à l'échelle suisse*

* Estimation basée sur les données de l'OBSAN avec 227 consultations en moyenne par an chez le médecin généraliste.



Risque de surmédicalisation

Parfois, un test médical trouve une anomalie qui correspond à une maladie, mais qui n'aurait jamais causé de problème pour la santé ou la vie du patient. C'est ce qu'on appelle un **surdiagnostic**.



Un test faussement positif peut entraîner des examens invasifs inutiles, causant anxiété ou complications sans réel bénéfice pour le patient.⁴ Inversement, des **résultats faussement négatifs** peuvent donner un faux sentiment de sécurité et retarder la prise en charge médicale lorsqu'elle est nécessaire.



Mauvaise utilisation des ressources : la surmédicalisation détourne des ressources qui pourraient mieux servir à répondre à des besoins urgents et à améliorer l'accès aux soins pour ceux qui en ont vraiment besoin.



RÉFÉRENCES

1. Ahmed Sugulle M, Mahfouz L, Kherad O. [Check-ups in daily practice: myths and reality]. Rev Med Suisse 2023;19:1590-1596.

2. <https://www.smartermedicine.ch/fr/page-daccueil.html>.
3. Sadowski UJ. Recommandations suisses pour le bilan de santé au cabinet médical: Swiss medical Forum, 2021

4. Bond M, Pavey T, Welch K, et al. Systematic review of the psychological consequences of false-positive screening mammograms. Health Technol Assess 2013;17:170-176.

5. Prochazka AV, Caverly T. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease: summary review of primary findings and conclusions. JAMA Intern Med 2013;173:371-2.

smartermedicine
Checking Wisely Switzerland

REVUE
MÉDICALE
SUISSE

planète
santé

Limitons les actes médicaux inappropriés pour une médecine plus durable

PR OMAR KHERAD, PRE CAROLE ELODIE AUBERT, DR CHRISTIAN VON PLESSSEN, DR KEVIN SELBY, DR SYLVAIN DE LUCIA ET DRE MARIE MÉAN

Rev Med Suisse 2025; 21: 180-1 | DOI: 10.53738/REVMED.2025.21.903.180

12 mois 12 actions pour une médecine efficiente et durable

Après des décennies de progrès spectaculaires et de croissance apparemment illimitée, la médecine contemporaine se heurte à une dure réalité. Le défi consiste à redéfinir les valeurs, les objectifs et les missions d'une médecine durable, c'est-à-dire une médecine capable de répondre aux besoins actuels sans compromettre les capacités des générations futures à satisfaire les leurs. Éviter les soins inutiles est une étape clé de la réalisation de cet objectif. La surmédicalisation est désormais reconnue comme l'un des principaux défis des systèmes de santé parmi les plus performants, y compris en Suisse. La littérature internationale et un rapport récent du Département fédéral de l'intérieur estiment en effet que jusqu'à un tiers des interventions et traitements sont inappropriés.^{1,2}

Choosing wisely

La philosophie «Less is more» (ou «moins c'est mieux») remet en question l'idée selon laquelle davantage de soins sont toujours bénéfiques pour le patient. Lancée en 2011 aux États-Unis, la campagne mondiale «Choosing Wisely» encourage un dialogue entre médecins et patients pour identifier les tests, traitements ou procédures inutiles, voire nocifs pour les patients, à travers des listes «top five» élaborées par diverses spécialités médicales et sociétés para-médicales.³

En Suisse, cette démarche a été portée par la Société suisse de médecine interne générale (SSMIG) avec l'initiative «smarter-medicine – Choosing Wisely Switzerland», en collaboration avec l'Académie suisse des sciences médicales (ASSM) et des associations de patients. Malgré quelques réticences, les médecins suisses ont globalement réservé un bon accueil à cette initiative qui s'est progressivement étendue à la plupart des spécialités médicales.⁴ L'objectif est de réduire les interventions et traitements inappropriés grâce à une

sensibilisation et une meilleure coordination des professionnels de santé (médecins, corps infirmier, physiothérapeutes/ergothérapeutes, pharmaciens, laboratoires) et une communication renforcée avec les patients. Sensibiliser le public à la surmédicalisation lui permettrait aussi de participer activement à l'amélioration des pratiques. Cependant, ce changement nécessite plus que la publication de recommandations. Il requiert des efforts soutenus en sciences de l'implémentation et une véritable transformation culturelle, favorisant la concertation et l'apprentissage mutuel entre soignants et patients. Le défi réside dans la capacité à expliquer clairement ces mesures pour établir une prise de décision partagée et éclairée.

12 mois 12 actions

Dans la continuité des initiatives visant à réduire les soins inutiles, nous proposons tout au long de l'année des actions au travers de la série «12 mois 12 actions pour une médecine efficiente et durable», en poursuivant le succès de la campagne «12 mois 12 actions» initiée par la Pre Johanna Sommer, la Dre Martine Bideau et le Dr Jean-Yves Corajod. Lancée en janvier 2024 dans les pages de la *Revue Médicale Suisse*, cette campagne avait pour but de sensibiliser les professionnels et les patients aux avantages conjoints pour la santé et l'environnement. Chaque mois, des supports pédagogiques, mis à disposition des médecins sur le site de la *Revue Médicale Suisse*, ont proposé des actions simples pour promouvoir des comportements favorisant la santé tout en réduisant les impacts environnementaux, et certaines actions se poursuivront en 2025.

Nous introduisons donc à notre tour un second volet pour une médecine efficiente et durable. Ce programme cherche à encourager un changement culturel vers une approche médicale axée sur la valeur, en respectant les limites planétaires et sociales. En effet, initialement centrée sur l'amélioration de la qualité des soins et la réduction des interventions inutiles,



l'initiative «Choosing Wisely» a récemment intégré les co-bénéfices environnementaux associés à une médecine plus raisonnée.⁵

De janvier à décembre 2025, nous proposerons aux lecteurs de la *Revue Médicale Suisse* une série de 12 actions concrètes (figure 1) visant à encourager un dialogue constructif entre médecins et patients. Ces actions permettront de promouvoir une utilisation rationnelle et éthique des ressources médicales, conformément au principe «Less is more». L'objectif est de rationaliser les soins sans les rationner, c'est-à-dire se concentrer sur des interventions qui apportent une réelle valeur au patient, tout en évitant celles superflues ou inutiles. Si la réduction des coûts et des impacts écologiques n'est pas l'objectif prioritaire, ces aspects peuvent devenir des bénéfices secondaires lorsque l'intérêt du patient est placé au centre.

Cette démarche, essentielle pour l'avenir de la médecine, requiert une réflexion commune entre professionnels de santé et patients, afin de limiter les méfaits de la

Extrait de la Revue Médicale Suisse 2/2

surmédicalisation. Un effort collectif de communication est nécessaire pour clarifier les enjeux et engager les patients dans cette transformation culturelle. Nous invitons les médecins à intégrer ces sujets dans leurs consultations mensuelles, en sensibilisant et motivant leurs patients à adopter des changements positifs. Ces initiatives renforceront une pratique médicale plus durable, respectueuse des individus et des ressources disponibles.

Des affiches pour votre cabinet ou clinique

Chaque mois, une action sera mise en avant dans la *Revue Médicale Suisse* au moyen d'une page dédiée qui vous sera également offerte en grand format pour l'afficher dans votre cabinet ou clinique. Ces affiches seront également téléchargeables depuis le site de la revue: www.revmed.ch/infos-patients. La fiche mensuelle contient

du matériel d'information pour les patients: textes courts, décrivant les bases scientifiques et les actions concrètes à entreprendre, infographies, illustrations, références bibliographiques, entre autres. Unissons nos forces pour contribuer à la construction d'un système de santé durable!

- 1 Speer M, McCullough JM, Fielding JE, et al. Excess medical care spending: the categories, magnitude, and opportunity costs of wasteful spending in the United States. *Am J Public Health* 2020;110:1743-8.
- 2 www.bag.admin.ch/bag/fr/home/versicherungen/krankenversicherung/kostendaempfung-kv.html#-1398289405
- 3 www.choosingwisely.org
- 4 www.smartermedicine.ch/fr/page-daccueil.html
- 5 Born KB, Levinson W, Vaux E. Choosing Wisely and the climate crisis: a role for clinicians. *BMJ Qual Saf* 2024;33:200-4.

PR OMAR KHERAD

Service de médecine interne
Hôpital de la Tour
1217 Meyrin/Genève

PRE CAROLE ELODIE AUBERT

Département de médecine interne générale
Inselspital
Hôpital universitaire de Berne
3010 Berne

DR CHRISTIAN VON PLESSEN

DR KEVIN SELBY

Département des polycliniques
Unisanté
1011 Lausanne

DR SYLVAIN DE LUCIA

Service de médecine de premier recours
Hôpitaux universitaires de Genève
1211 Genève 14

DRE MARIE MÉAN

Service de médecine interne
Centre hospitalier universitaire vaudois
1011 Lausanne

Séminaires pour médecins

| Simplement acquérir des connaissances

S'inscrire
maintenant

Organisateur leader de séminaires
orientés vers la pratique

Réservez votre place

- Ouverture et reprise d'un cabinet médical
- Remise et cessation d'un cabinet médical
- Cabinet de groupe
- et bien d'autres encore

CONSULTING

FMH Consulting Services AG

Avenue d'Ouchy 66

1006 Lausanne

Tél. 021 922 44 35

mail@fmhconsulting.ch

www.fmhconsulting.ch



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):

Dr DE VRIES Lambert

Hirslanden-Clinique des Grangettes, Chemin des Grangettes 7, 1224 Chêne-Bougeries.
Né en 1974, nationalité suisse.
Diplôme de médecin en 2000 en Suisse.
Titre postgrade de spécialiste en Médecine interne générale en 2007 en Suisse.

Après avoir fait ses études à Lausanne et obtenu son diplôme de médecin (2000), il se spécialise en médecine interne aux HUG (2007) et en médecine d'urgence hospitalière (2012). Il travaille depuis 2014 aux Grangettes, à l'Hôpital de la Tour et à «Médecin à domicile».

Dr HAEMMERLI Julien

HUG, rue Gabrielle-Perret-Gentil 4, 1205 Genève.
Né en 1989, nationalité suisse.
Diplôme de médecin en 2014 en Suisse.
Titre postgrade de spécialiste en Neurochirurgie en 2021 en Suisse.

Après avoir obtenu son diplôme de médecine à l'Université de Genève et d'une année de recherche, le Dr Haemmerli débute en 2015 sa spécialisation en neurochirurgie à l'hôpital de la Charité, à Berlin. Pendant près de cinq ans, il se forme aux traitements des pathologies crâniennes et spinales. De retour à

Genève en 2019, il obtient son titre FMH en Neurochirurgie en 2021 et occupe le poste de chef de clinique aux Hôpitaux Universitaires de Genève. Après une thèse scientifique en 2022, il développe notamment la chirurgie crânienne et spinale.

Dr Santiago PEREGALLI

HUG, Maison de l'enfance et de l'adolescence, Boulevard de la Cluse 26, 1211 Genève 14.
Né en 1985, nationalité italienne.
Diplôme de médecin en 2014 en Espagne, Reconnaissance en 2014.
Titre postgrade de spécialiste en Psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents en 2021 en Suisse.

Santiago Peregalli est médecin adjoint du Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent des HUG. Il a effectué ses études de médecine et de psychologie de l'éducation à Madrid, puis, il a réalisé sa formation post graduée en psychiatrie et psychothérapie de l'enfance et de l'adolescence aux HUG. Son activité clinique se concentre sur les liens entre les maladies physiques et les troubles psychiques. Santiago Peregalli est spécialiste des droits de l'enfant, de la prise en charge des personnes présentant une diversité de genre, et du trouble du déficit de l'attention avec/ou sans hyperactivité.

Dr Olivia SEYDE

Viollier Genève SA, Avenue Eugène-Pittard 16, 1206 Genève.
Née en 1986, nationalité française.
Diplôme de médecin en 2011 en France, Reconnaissance en 2014.
Titre postgrade de spécialiste en Pathologie en 2017 en Suisse

Après avoir suivi mes études de médecine à Marseille et obtenu mon diplôme de médecin en 2011, j'ai effectué ma formation en pathologie aux Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) et au Centre Hospitalier Vaudois (CHUV). J'ai obtenu mon diplôme FMH de pathologie en 2017 et effectué un stage de perfectionnement en Urothologie à l'Hôpital Tenon en 2017/2018. J'ai ensuite intégré le laboratoire Viollier à Genève depuis juin 2018.

Dr Christina STEIGER-TUK

HUG, Unité d'orthopédie et traumatologie pédiatrique, Rue Willy-Donzé 6, 1205 Genève.
Née en 1980, nationalité autrichienne.
Diplôme de médecin en 2003 en Autriche, Reconnaissance en 2010.
Titre postgrade de spécialiste en Chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur en 2013 en Suisse.
Titre postgrade de spécialiste en Chirurgie de la main en 2019 en Suisse

Après avoir terminé ses études de médecine en 2003 à Vienne et obtenu un doctorat (PhD) en recherche fondamentale en 2007 en Écosse, elle a réalisé une spécialisation en orthopédie et traumatologie de l'appareil locomoteur en Suisse alémanique, suivie d'une sous-spécialisation en orthopédie pédiatrique à Genève. Elle a ensuite poursuivi une deuxième spécialisation en chirurgie de la main, également à Genève. Son expertise en chirurgie de la main pédiatrique s'est approfondie lors d'un fellowship en France, au CHRU de Nancy, où elle s'est spécialisée dans les malformations congénitales, le plexus brachial obstétrical et la traumatologie de la main et du membre supérieur chez l'enfant. Depuis 2019, elle occupe le poste de médecin adjointe et responsable de la chirurgie de la main pédiatrique au sein de l'unité d'orthopédie pédiatrique des HUG.

Dr Cristina VINO

HUG, Consultation CASAA, Boulevard de la Cluse 26, 1205 Genève.
Née en 1989, nationalité italienne.
Diplôme de médecin en 2014 en Italie, Reconnaissance en 2016.
Titre postgrade de spécialiste en Psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents en 2022 en Suisse

Après avoir obtenu son diplôme de médecine en Italie, elle a débuté sa spécialisation en psychiatrie et psychothérapie de l'enfant et de l'adolescent au sein d'institutions hospitalières et ambulatoires à Genève et Lausanne. Actuellement, cheffe de clinique au sein de la consultation CASAA aux HUG, elle envisage de s'installer en cabinet indépendant courant 2025.

Membres probatoires

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

Dr Gurgun APRESIAN, Dr Andrea CARCATERRA, Dre Céline COLOMB, Dre Eleanor D'ERSU, Dre LEONICE DE CARVALHO FURTADO, Dre Gaëlle DEVILLARD, Dr Vincent DOMBRE, Dre Maria Luisa GAUDINO, Dre Camille JANTZI, Dre Marta JAUREGUI GONZALEZ GUIJA, Dre Sophie KAMEL, Dre Vanya MILUSHEVA, Dr Christos PAPACHRISTOU, Dre Clémence RUBIO, Dr Frédéric VUILLEUMIER, Dre Géraldine WEGMULLER-DE GAUTARD depuis le 09.12.2022

Dre Zineb BENHISSEN, Dre Iman Ihssan BOUKRID, Dre Meriem BOUKRID, Dr Andrea CARCATERRA, Dre Maria Ines CORREIA RODRIGUES, Dr Andrea CREMASCO, Dre Maud-Laure FERREIRA-DAYER, Dre Emilie GAUD, Dre Anastasia MELISSARATOU, Dr Kevin ODERBOLZ, Dre Olga PAPAETHYMIU, Dre Hiba PICTET, Dre Joana PINTO, Dr Charbel RAHBAN, Dr Allan RELECOM, Dr Stas SHABANOV depuis le 03.01.2023

Nouveaux membres probatoires

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

Dr Dionysos ADAMOPOULOS, Dr Papa Amadou CISSÉ, Dre Iris DOMENJOZ, Dre Gwendoline FIECHTER, Dre Silvana GRASHKOSKA CIVKAROSKA, Dr Paul JENNINGS, Dre Constanze KÄMPFER, Dr Aki MIZUNO, Dre Lina QUTEINEH, Dr Rodrigo VASQUEZ depuis le 10 décembre 2024.

Dr Santiago PEREGALLI, Dre Olivia SEYDE, Dre Christina STEIGER-TUK, Dre Cristina VINO depuis le 14 janvier 2025.

Candidature à la qualité de membre actif à titre associé

(médecin exerçant son activité professionnelle principale en dehors du canton, mais ayant un droit de pratique à Genève; le candidat est admis par le Conseil sur présentation de la preuve de son affiliation à la société médicale du canton où il exerce son activité principale, art. 7, al. 1):

Dr FLEURY Nicolas

Boulevard de Pérolles 14, 1700 Fribourg.
Né en 1973, nationalité suisse.
Diplôme de médecin en 1999 en Suisse.
Titre postgrade de spécialiste en Urologie en 2009 en Suisse

Après avoir étudié à Genève, j'ai obtenu mon diplôme de médecin en 1999, puis écrit ma thèse de doctorat en 2000, avant de commencer par formation par une année de médecine interne à Fribourg, suivie de 2 années de chirurgie aux HUG, puis 1 année de chirurgie à l'hôpital de Bruderholz. J'ai ensuite accompli ma formation d'urologie aux HUG, avec l'obtention du FMH d'urologie et urologie opératoire en 2007, avec une dernière année de formation à Rennes en France, avant mon installation en cabinet à Fribourg en 2010. Je consulte et opère à Genève depuis l'obtention de mon droit de pratique en 2020.

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):

Dre Soheyla SHEYBANI,

Psychiatrie et psychothérapie, en date du 9 janvier 2025, demande la prolongation du statut de membre en congé pour 2025.

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):

Dre ERNI PAUMATHIOD Corinne,

Rhumatologie & Médecine physique et réadaptation, en date du 23 décembre 2024, demande le statut de membre passif dès le 1^{er} janvier 2026.

Dr FRANGOS Antoine,

Cardiologie, en date du 18 décembre 2024, demande le statut de membre passif dès le 1^{er} janvier 2025.

Dr LERESCHE Pierre-Henri,

Médecine du travail, en date du 9 janvier 2025, demande le statut de membre passif dès le 1^{er} janvier 2025.

Dre REYNAUD-JAQUEROD Corinne,

Allergologie et immunologie clinique, demande le statut de membre passif dès le 1^{er} juillet 2025.

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):

Dre AMINI Simine,

Médecine interne générale, en date du 17 janvier 2025, demande sa démission au 31 décembre 2024: cessation d'activité.

Changements d'adresses et ouvertures de cabinet

Dr ADAMOPOULOS

Dionysios (Cardiologie) consulte désormais au sein du Groupe Médical d'Onex, route de Loëx 3, 1213 Onex

Dr AL-SULTAN Suhaib (Médecine interne générale) consulte désormais au sein du Centre Médical Grandes-Communes, avenue des Grandes-Communes 27, 1213 Onex

Dr BACHMANN Jean-Pierre

(Psychiatrie et psychothérapie) consulte désormais au sein du Cabinet Saint-Victor, rue Saint-Victor 20, 1227 Carouge

Dr BARAZZONE

Philippe (Rhumatologie) consulte désormais au sein du Centre Médical Florimed, route de Florissant 4, 1206 Genève

Dre BLUM Sigrun (Médecine interne générale) consulte désormais, rue de Carouge 108A, 1205 Genève

Dre BOLOGNA Ilaria (Médecine interne générale) consulte désormais au sein du Groupe Médical du Prieuré, rue de Lausanne 54bis, 1202 Genève

Dre BUZZI Marta (Médecine interne générale) consulte désormais au sein du Cabinet Médical de Cayla - Avenue des Eidguenots 4, 1203 Genève

Dr CHUNG MINH Xavier (Médecin praticien) consulte désormais, place Casa Bamba 1, 1219 Châtellaine

Dre COLLET Séverine (Psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents) consulte désormais, avenue Pictet-de-Rochemont 7, 1207 Genève

Dre D'ERSU Eleanor (Médecine interne générale) consulte désormais au sein du Centre Médical de Trembley, avenue de Trembley 12, 1209 Genève

Dr ESPINOZA Daniel (Chirurgie plastique reconstructive et esthétique) consulte désormais, Place des Eaux-Vives 6, 1207 Genève

Dre FIECHTER Gwendoline (Médecin praticien) consultera, dès le mois de mars, Chemin des Mésanges 14B, 1226 Thônex

Dre FRASSATI Dominique (Psychiatrie et psychothérapie) consulte désormais, rue de Genève 98, 1226 Thônex

Dr FRITSCH Emmanuel (Médecine du travail) consulte désormais au sein du Cabinet d'expertise en santé au travail, rue Le-Corbusier 10, 1208 Genève

Dre FUERTES FERNANDEZ Natalia (Psychiatrie et psychothérapie) consulte désormais, rue de Candolle 9, 1205 Genève

Dre GARCIA Ana (Psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents) consulte désormais rue Saint-Victor 20, 1227 Carouge

Dre GIDOIN Tuyet Van

Stacey (Radiologie) consulte désormais route d'Allaman 4, 1170 Aubonne

Dr GOURMALA Djamal (Médecine interne générale) consulte désormais au sein du Centre Médical de l'Etang, Allée des roseaux 6, 1219 Châtellaine

Dr HENTSCH Christophe (Médecine interne générale) consulte désormais au sein du Centre Médical de Trembley, avenue de Trembley 12, 1209 Genève

Dr HEREDIA Aurelio (Psychiatrie et psychothérapie) consulte désormais, rue Crespin 8, 1206 Genève

Dre ISOARD Oana (Médecine interne générale) consulte désormais, avenue Jules-Crosnier 6, 1206 Genève

Dre JEDDAY Latifa (Médecine interne générale) consulte désormais, rue de Zürich 45, 1201 Genève

Dre KAMEL Sophie (Psychiatrie et psychothérapie) consulte désormais, rue Saint-Victor 20, 1227 Carouge

Dre KONSTANTINIDOU

Sofia (Psychiatrie et psychothérapie) consulte désormais, rue Voltaire 16, 1201 Genève



À DOMICILE 24H/24

022 754 54 54

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

Dr LADOR Frédéric (Pneumologie) annonce l'ouverture de son cabinet dès le 1^{er} mars 2025, chemin de Beau-Soleil 2, 1206 Genève

Dr LAROUÉ Thomas (Psychiatrie et psychothérapie) consulte désormais au sein d'Archipel Swiss SA, boulevard Georges-Favon 26, 1204 Genève

Dre LEVALLOIS Cécile (Médecine interne générale) consulte désormais au sein de Médicentre Balexert, avenue Louis-Casati 27, 1211 Genève

Dr McKEE Thomas (Pa0thologie) consulte désormais c/o Dianapath SA, rue du Champ-Blanchod 4, 1228 Plan-les-Ouates

Dr NANÇOZ Olivier (Médecine interne générale) consulte désormais au sein du Centre médical de Trembley, avenue de Trembley 12, 1209 Genève

Dr NATALI Alessio (Psychiatrie et psychothérapie) consulte désormais, rue du Marché 28, 1204 Genève

Dr PANOS Aristotelis (Chirurgie cardiaque et vasculaire thoracique) consulte désormais au sein de l'Hôpital de la Tour, avenue J.-D. Maillard 3, 1217 Meyrin

Dre PAPILLON Dominique (Psychiatrie et psychothérapie) consulte désormais, chemin du Pré-de-l'Œuf 4, 1228 Plan-les-Ouates

Dre PAPAETHYMIU Olga (Médecine interne générale) consulte désormais, avenue Alice et William Favre 26, 1207 Genève

Dre RAVIZZA Beatrice (Psychiatrie et psychothérapie) consulte désormais, avenue Pictet-de-Rochemont 7, 1207 Genève

Dr RESTELLINI Aurélio (Psychiatrie et psychothérapie) consulte désormais au sein du Centre de Santé Archipel Swiss SA, boulevard Georges-Favon 26, 1204 Genève

Dr SAMII Kaveh (Hématologie et Médecine interne générale) annonce l'ouverture de son cabinet situé à La Voie Creuse 16, 1202 Genève

Dr SCHMID Hermann (Psychiatrie et psychothérapie) consulte désormais avenue Henri-Golay 12E, 1219 Châtelaine

Dr TOBALEM Stéphan (Ophtalmologie) consulte désormais au sein du Centre Ophtalmologique & ORL Tour de Lyon, rue de Lyon 75, 1203 Genève

Dès le 3 mars 2025,
l'adresse du Centre Médical du Grand-Lancy (CMGL) SA est désormais, chemin des Semailles 9D, 1212 Grand-Lancy

Décès

Nous avons le profond regret d'annoncer le décès du **Dre DAILY Marguerite** survenu le 6 décembre 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