

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**
C **M** **CASSA DEI MEDICI**

La Caisse des Médecins : une coopérative professionnelle à vos côtés



Dr Michel Matter
Président de l'AMGe

Dans le domaine de la santé, les ondes de choc sont légion. Les dernières en date sont des attaques directes et virulentes sur notre profession, notre indépendance, la relève médicale, la qualité et l'accès aux soins.

La dévalorisation s'aggrave, la valorisation sera prônée

Ces dernières semaines, la planète est en ébullition, les marchés boursiers doutent, les gouvernements s'interrogent. Les regards se tournent vers les Etats-Unis et les décisions de leur président. Tout est là : être en position dominante et imposer ses propres idées même si elles correspondent à une honte de choc. A contrario, certaines valeurs de liberté, de démocratie, de choix du peuple, ont été réaffirmées.

Dans le domaine de la santé, les ondes de choc sont légion. Les dernières en date sont des attaques directes et virulentes sur notre profession, notre indépendance, la relève médicale, la qualité et l'accès aux soins.

Le parlement a accepté en mars une motion attaquant frontalement l'obligation de contracter et donc le libre choix du médecin. Nous n'attendons que la proposition de loi du Conseil fédéral pour lancer un référendum. La journaliste bien connue de la RTS Martina Chyba, sur LinkedIn, a dénoncé la colère engendrée. Tout y est :

« Tu rentres d'une journée dense vers 22 heures. Tu rattrapes l'actu vite fait. Et bim, tu as loupé un nouvel

épisode de la telenovela des assurances-maladie ». C'est bien connu, vous et moi on adore multiplier les visites chez le médecin. Non franchement, dans nos vies compliquées, c'est une joie de caser des rendez-vous médicaux, c'est le nouveau shopping. On adore aussi consommer des médicaments, c'est super la cortisone par exemple, tous les gens qui en prennent sont ravis des effets secondaires. En fait, on adore être malades, juste pour que ça coûte cher et que ça emmerde les assurances. Ça, c'est la vision que les lobbies de l'assurance-maladie ont de nous. Dans les faits, l'an dernier, on nous a tellement culpabilisés d'aller chez le médecin pour des symptômes de grippe que je n'y suis pas allée et j'ai serré les dents, les fesses et le reste pendant 3 semaines. Résultat, je me suis retrouvée avec une pneumonie et on m'a dit que j'aurais dû venir avant. Et tout ça a coûté plus cher bien entendu. Et donc, régulièrement on nous tape sur les doigts (mais attention hein si on tape trop fort on devra aller se faire soigner et ça fera (La)mal au porte-monnaie...). Là, le parlement taille dans le contrat, les assurances étaient censées rembourser tous les établissements et médecins conventionnés, eh bien désormais non, elles pourront choisir

les prestataires. Même le conseil fédéral était contre, tellement c'est salaud et pas dans l'esprit de la loi. Mais les assurances-maladie ont leurs sièges attitrés sous la coupole et nous parlent de faire marcher la concurrence. Hahahahahahahahaha (pardon c'est nerveux, je vais prendre un Xanax). Depuis 94, s'il y avait une quelconque concurrence qui fonctionnait, ça se saurait, ou bien? Et derrière la décision d'hier, ils nous préparent déjà l'augmentation de la franchise. Qui va pénaliser toutes les personnes qui ont des maladies chroniques par exemple. Dites-moi que l'on pourra voter sur tout ça, please. Ils débranchent le libre choix du médecin? Un jour, ça aura pris du temps mais ça arrivera, on les débranchera dans les urnes. »

C'est comme pour les taxes d'urgences et les taxes pour les consultations pressantes. On nous explique que tout semble réglé, mais la perspective de pouvoir effectuer notre travail et facturer ce qui doit l'être dans le Tardoc, c'est-à-dire en soirée, la nuit, le week-end ou lorsque l'on accepte que des patients soient intégrés dans la consultation déjà surchargée, ne semble pas gagnée du tout. Quelle profession n'est pas rémunérée en

dehors de ses heures de travail? Quel professionnel n'est pas dûment payé lorsqu'il travaille le soir, la nuit ou le week-end? Où sont la reconnaissance et la valorisation de notre métier, de nos sacrifices, du fait d'être là à tout instant pour la population quand elle en a réellement besoin? Qui peut comprendre l'évidence qu'aucun patient, aucun, ne souhaite attendre pour rien plusieurs heures dans la salle d'attente d'une institution de santé et que s'il se déplace, c'est pour avoir un avis médical. Le parlement, encore lui, souhaitait introduire une taxe de 50 francs payable par le patient pour toute demande de prise en charge en urgence. Où va-t-on? Vers une sélection des patients selon leurs revenus et, comme pour l'augmentation des franchises d'assurances-maladies décidée récemment au niveau fédéral, directement vers une limitation de l'accès aux soins. Cet accès est l'une des forces de notre système de la santé. Y toucher, c'est atteindre à la qualité des soins et à l'équité entre les citoyens souhaitée lors de l'introduction de la LAMal.

Les médecins de premier recours sont au front, à tout moment. La surcharge de travail est palpable. Nous avons décidé de mettre sur pied

un groupe de travail chargé de définir les actions et axes forts qui pourraient amener à une valorisation de la médecine de premier recours. C'est indispensable dans des temps où le politique permet aux assureurs d'être dans leur position préférée: ultra-dominante. Comme dans le lourd dossier touchant à la LCA, notre association est ouverte au dialogue, au partenariat, aux échanges, mais ne peut pas accepter une quelconque position dominante et des décisions unilatérales. Les interrogations de la nouvelle génération de médecins sur la situation actuelle et sur les conditions futures de travail doivent nous convaincre de poursuivre notre ligne, celle d'une association de défense de ce qui nous a permis d'offrir une haute qualité de prise en charge de la population et un accès pour toutes et pour tous. C'est cette volonté, liée à un plein engagement, qui est mise en péril.

Est-il besoin de rappeler que les Suisses, il y a quelques années, ont plébiscité à travers les urnes la médecine de premier recours. Cette même population refusera que les assureurs puissent choisir les prestataires et, comme en 2012, dira massivement son attachement au libre choix du médecin. ●

 **GE-MED**
GENÈVE-MÉDECINS

À DOMICILE 24H/24

022 754 54 54

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

URGENCES PALLIATIVES À DOMICILE

Dans le cadre du programme cantonal de développement des soins palliatifs, avec le soutien du Département de la santé et des mobilités, l'ensemble des acteurs propose, depuis le 1^{er} novembre 2024, des interventions urgentes à domicile par des médecins dédiés aux soins palliatifs.

Partenariat public-privé

Le service de médecine de premier recours des HUG (SMPR), la consultation de soins palliatifs à domicile des HUG (CoSpa dom) et Genève-Médecins (GE-MED) ont créé cette nouvelle structure afin de renforcer le réseau palliatif genevois dans le domaine des interventions urgentes à domicile.

Buts

Offrir aux patients et à leurs proches des consultations médicales en urgence à domicile, pour les situations palliatives, afin de favoriser le maintien à domicile. Les premiers soins urgents seront prodigués sur place et la suite de prise en charge palliative organisée.

Les interventions seront de brève durée, en coordination avec le réseau de soins en place. Il s'agira aussi de former nos médecins pour les soins palliatifs à domicile : les médecins de premier recours des HUG ainsi que les médecins de GE-MED seront sensibilisés et formés à la prise en charge palliative des patients à domicile, contribuant ainsi à la relève dans ce domaine essentiel.

Prestations et moyens

Un médecin du SMPR des HUG sera détaché chez GE-MED afin d'assurer les visites palliatives urgentes. Ce médecin ainsi que ses collègues de GE-MED bénéficieront de la supervision d'un chef de clinique, formé au service de médecine palliative des HUG. La supervision se fera en direct sur le terrain ou par téléphone, et de façon indirecte par formation des médecins.

Pour les situations « urgentes », les professionnels de la santé pourront solliciter le chef de clinique en soins palliatifs pour discuter des cas. GE-MED apportera son expertise dans la gestion des visites urgentes à domicile, fournira la logistique, les services de sa centrale de régulation et le soutien de son équipe médicale 24h/24 et 7j/7.

Concrètement

Toute demande d'intervention palliative « urgente » à domicile se fait par téléphone au 022 754 54 54 (Genève-Médecins) du Lu au Ve entre 07h30 et 16h00.

En dehors de ces heures, les interventions seront assurées par l'équipe habituelle des médecins de GE-MED, 24h/24 et 7j/7.

Les patients, leur entourage et les professionnels de la santé peuvent tous appeler directement. Il est demandé aux patients et entourage, dans la mesure du possible, de contacter le médecin traitant au préalable.

Comment avoir recours aux URGENCES PALLIATIVES

Du Lu au Ve de 7h30 à 16h00, appeler GE-MED (Genève-Médecins) au 022 754 54 54

En dehors de ces heures les interventions de premier recours seront assurées par l'équipe habituelle des médecins de GE-MED, 24h/24 et 7j/7.

Plus de renseignements

sophie.pautex@hug.ch
philippe.vandeplas@gemed.ch
[https://gemed.ch/patients/
urgences-palliatives-a-domicile](https://gemed.ch/patients/urgences-palliatives-a-domicile)

Liens utiles

Service de médecine palliative HUG
Genève-Médecins
www.hug.ch/medecine-palliative

Groupement Genevois des médecins
pratiquant les soins palliatifs
www.soinspalliatifs.ch



3 défibrillateurs sur les quais de Genève

La mission du réseau Save a Life : contribuer à sauver des vies.

Avec un réseau de plus de 2000 citoyens genevois premiers répondants (personnes formées aux réanimations cardiaques) engagés et impliqués, des défibrillateurs accessibles et recensés sur tout le canton et grâce à une application mobile qui met en relation le 144, le patient en arrêt cardio-respiratoire, le défibrillateur et le-la premier-ère répondant-e pouvant se rendre sur place, la rapidité de prise en charge des victimes d'arrêt cardiaque à Genève est accrue et permet de sauver plus de vies.

Grâce au soutien financier de l'Association des Médecins du Canton de Genève **AMGe** et en partenariat avec la Ville de Genève trois bornes solaires équipées d'un défibrillateur étoffent désormais le réseau en ville de Genève. Ces trois défibrillateurs se situent sur les quais : deux sur le Quai Wilson et un en face du Jet d'eau. ●





Entre 12'000 et 15'000 enfants sont pris en charge chaque année par cette structure créée et gérée par la Société genevoise de pédiatrie. Toa

«La pérennité de la garde pédiatrique est menacée»

Médecine Depuis la suspension d'une indemnité d'urgence, des pédiatres craignent pour l'avenir du dispositif genevois.

Aurélié Toninato

En fin d'année passée, les pédiatres ont sorti l'artillerie lourde pour manifester leur colère: ils ont menacé de faire la grève des Urgences. Objet de leur courroux: sur demande d'un groupe d'assureurs, le Tribunal fédéral (TF) a restreint la facturation d'une taxe d'urgence, dite «pressante». Cette indemnité d'une quarantaine de francs vise à compenser le travail réalisé hors des horaires conventionnels (soirée, jour férié et week-end). Les faitières des assurances maladie et des médecins FMH ont initié des pourparlers, notamment sur un nouveau modèle de facturation des urgences, et les pédiatres ont in fine assuré un service restreint.

Mais le problème n'est pas réglé puisque des assureurs refusent toujours de rembourser la taxe et certains demandent même son remboursement rétroactif... De quoi menacer la pérennité du dispositif de la garde de la Société genevoise de pédiatrie (SGP), et plus largement la prise en charge des urgences des enfants, alertent des praticiens genevois.

Désengorger les Urgences

Le dispositif de la garde, créé et géré par la SGP, offre une prise en charge pour les 0 à 16 ans, hors urgences vitales. Elle est assurée par des pédiatres d'astreinte sur trois sites: au Centre médical des Eaux-Vives, au centre de la garde pédiatrique de Lancy Sàrl et à l'hôpital de La Tour. Ces trois institutions mettent à disposition leurs locaux ainsi que le personnel paramédical le soir, les jours fériés et les week-ends.

En contrepartie, les pédiatres leur reversent environ un tiers des honoraires perçus (qui inclut la taxe). Entre 12'000 et 15'000 enfants sont pris en charge chaque année par cette structure.

«Quel pédiatre va accepter de travailler en soirée et le week-end sans contrepartie? Sans cette indemnité, il sera très compliqué de maintenir le dispositif de la SGP.»

Samuel Amselem
Coprésident du Réseau des pédiatres

En parallèle, un numéro de téléphone unique a été instauré par la SGP et le Réseau des pédiatres genevois – qui le finance – ainsi qu'un système de rendez-vous en ligne. Celui-ci est également utilisé pour les urgences en journée et renvoie à une centrale téléphonique soutenue par le Canton. «Durant les horaires réguliers, la centrale reçoit plusieurs dizaines d'appels chaque jour, répond aux questions et organise entre dix et vingt consultations (*ndlr: chez des pédiatres volontaires*), rapportent Jean-Sébastien Landry et Samuel Amselem, président et copré-

sident du Réseau des pédiatres. Durant les vacances, du fait de l'absence des pédiatres en ville, les demandes augmentent et, au total, on arrive à environ 4000 appels par an.»

Sans cette centrale et la garde de la SGP, soutiennent-ils, il y aurait un énorme report de charge sur les Urgences hospitalières, déjà saturées, «ainsi qu'une explosion des coûts, car nos consultations sont moins chères que la prise en charge hospitalière et qu'une consultation en urgence en ville».

Facturer la taxe malgré tout

Or, c'est bien le danger auquel on s'expose avec la suppression de la taxe pressante, selon eux. «Quel pédiatre va accepter de travailler en soirée et le week-end sans contrepartie? Sans cette indemnité, il sera très compliqué de maintenir le dispositif de la SGP», alerte Samuel Amselem, également gérant et fondateur du centre médical de la garde pédiatrique de Lancy.

Jean-Sébastien Landry dit comprendre que les assureurs, «qui ont une mission de surveillance», s'attellent à mieux régler l'utilisation de la taxe pressante. «Il y a eu des abus de la part de centres d'urgences. Mais le problème est que les caisses mettent les pédiatres de garde dans le même panier que ces structures, alors que nous ne faisons pas de l'urgence un *business model*, nous assurons un service à la population! Surtout, nos praticiens interviennent hors de leurs horaires, ils répondent aux critères attendus pour facturer la taxe. Il faut distinguer les deux types d'activité.»

Dans les faits, la plupart des pédiatres continuent de la facturer, bien que son remboursement soit suspendu du côté de certains assureurs. C'est une recommandation de la SGP, «car nous sommes dans notre bon droit», assène Jean-Yves Corajod, son coprésident. Samuel Amselem ajoute que l'association tarfuisse, qui représente une partie des caisses maladie, a indiqué par le passé que les pédiatres de la garde pouvaient bien facturer cette indemnité.

C'est ce que continuent de faire les pédiatres sur le site de Lancy, alors que le principal assureur ne rembourse plus cette taxe depuis l'été passé. Les négociations avec les caisses sont en cours, souligne Samuel Amselem, qui se dit prêt à porter l'affaire en justice si les discussions n'aboutissent pas.

Rétrocessions exigées

Ce n'est pas le seul écueil qu'il doit affronter: un assureur exige la rétrocession des montants encaissés ces cinq dernières années liés à la taxe. «Pour l'instant, nous ne sommes pas entrés en matière: il faudrait demander à chaque pédiatre de rétrocéder une partie de ce qu'il a perçu! Ou payer de notre poche la totalité, et on ferme le centre... Ce qui entraînera la disparition d'un des trois lieux de la garde de la SGP.»

Sur le site du Centre médical des Eaux-Vives, Magali Dauwalder, responsable communication de Swiss Medical Network, indique qu'un assureur leur a également imposé une rétrocession, «qui représente une perte importante à provisionner pour notre structure».

«Le service rendu en dehors des horaires n'est toujours pas explicitement valorisé»

Santé Les pédiatres de garde sont privés d'une indemnité d'urgence. Coprésidents de la Société genevoise de pédiatrie, Martine Bideau et Jean-Yves Corajod annoncent des mesures.

Aurélie Toninato

Les tensions entre les médecins genevois de premier recours et les assureurs ne faiblissent pas. L'an passé, sur demande de certaines caisses maladie, le Tribunal fédéral (TF) a restreint la facturation d'une taxe d'urgence, destinée à indemniser leur travail hors horaires conventionnels. Après que les pédiatres genevois ont menacé de faire la grève des urgences, en décembre, des discussions ont eu lieu au niveau national. Or, selon la Société genevoise de pédiatrie (SGP), elles n'ont rien changé. Et des praticiens continuent de facturer l'indemnité sans pouvoir être remboursés.

Devant cette «impasse», les deux coprésidents de la société, Martine Bideau et Jean-Yves Corajod, annoncent des changements dans le fonctionnement de la garde de la SGP. Ce dispositif fonctionne le soir et le week-end, avec des praticiens de piquet qui prennent en charge



Martine Bideau et Jean-Yves Corajod. Steve Luncker-Gomez

12'000 enfants par an, dans trois centres – à Lancy, à La Tour et aux Eaux-Vives.

Des discussions ont eu lieu entre les faitières des médecins et des assurances.

Avec une issue plutôt positive,

selon vos représentants.

Alors, pourquoi ce courroux?

Parce que, dans les faits, rien ne bouge! Les discussions n'ont pas abouti à la prise en considération de notre travail hors des horaires conventionnels. Ce service rendu à la population doit être valorisé.

Le problème, aujourd'hui, c'est que tout centre médical qui offre une prise en charge des urgences durant des horaires annoncés – c'est le cas de notre dispositif de garde pédiatrique – n'est pas autorisé à facturer la taxe d'urgence (*ndlr: pour le TF, les heures d'ouverture annoncées constituent les heures de consultation régulières*). Cette situation n'est plus tenable, nous allons prendre des mesures.

Une grève, effective cette fois?

Non. Mais il y aura un changement de pratique. Nous allons sonder nos membres sur deux propositions: l'option radicale, qui consiste à ne plus assurer de garde jusqu'à l'entrée en vigueur du TarDoc (*ndlr: nouveau système de facturation qui remplacera le TarMed en 2026*), et l'option modérée, qui consiste à rapatrier nos gardes dans les cabinets de volontaires. Il y aurait toujours un numéro unique, mais plus d'horaires ni de lieux communiqués en amont. Le parent appellera et sera envoyé là où il y a

des disponibilités. Nous pourrions alors facturer la taxe, mais ce système sera moins efficient et pourrait entraîner un report sur l'hôpi-

«Nous avons l'impression d'être pris pour cible depuis plus d'un an.»

Martine Bideau et Jean-Yves Corajod
Coprésidents de la Société genevoise de pédiatrie

tal ainsi qu'une augmentation des coûts – nos consultations sont au moins deux fois moins chères que les hospitalières.

Pourquoi le TarDoc ne résout-il pas ce problème de taxe d'urgence?

Il ne valorise toujours pas explicitement le travail effectué en dehors du cabinet. De plus, les horaires des urgences sont réduits le week-end et jours fériés. Le samedi, ils commenceront à 12h, contre 7h actuellement. C'est un appauvrissement.

Vous dénoncez plus largement une attaque contre la médecine de premier recours...

Nous avons l'impression d'être pris pour cible depuis plus d'un an. À cette limitation de la taxe s'ajoute la diminution de nos revenus depuis 2024, à la suite de la baisse du point TarMed demandée par des assureurs. Alors que les soins de premier recours font déjà partie de spécialisations les moins bien rémunérées... La médecine de premier recours est un pilier du système de santé et il faut la revaloriser pour assurer sa relève. Or, on fait tout le contraire! Sans compter que les assureurs prennent de plus en plus de pouvoir, c'est préoccupant.

Entreprise romande, vendredi 28 mars – jeudi 10 avril 2025

Technologies

Dossier électronique du patient: «Ça ne doit pas être un cloud où l'on met tout»



Dossier électronique du patient: un serpent de mer?



Steven Kakon

Publié jeudi 27 mars 2025



#AMGE L'Association des médecins du canton de Genève voit le dossier électronique du patient comme un outil incontournable et déplore son échec actuel.

Les autorités peinent à faire avancer le dossier électronique du patient (DEP) qui a connu un revers début mars. La Poste a annoncé qu'elle ne fournirait plus de plateforme technique pour l'héberger dans les cantons de Genève, de Fribourg, du Jura, du Valais et de Vaud, groupés dans l'association CARA. Un nouveau problème qui s'ajoute à un autre, puisqu'à l'heure actuelle, le DEP ne séduit pas les foules: seulement 0,8% de la population en possédait un en août 2024. Ses mérites sont pourtant vantés: collecter pour chaque patient des données pertinentes pour sa santé afin d'offrir un meilleur suivi, d'éviter les doublons d'actes médicaux et de favoriser la collaboration entre les différents professionnels.

Démocratie sanitaire: un enjeu national ou cantonal en Suisse?

Pre STÉFANIE MONOD^a et LAURENT KURTH^b

Rev Med Suisse 2025; 21: 688-93 | DOI : 10.53738/REVMED.2025.21.912.688

Les systèmes de santé occidentaux font face à des défis inédits en lien avec le vieillissement démographique et les enjeux climatiques. Alors que les besoins de soins vont croître de manière significative, nos sociétés vont devoir arbitrer l'allocation des ressources, financières et humaines. Des choix devront être opérés, rendant essentielle une participation forte des citoyens et des patients. En Suisse, État fédéral réputé pour sa démocratie directe, on peut se poser la question de savoir à quel niveau politique ces enjeux de démocratie sanitaire se situent. S'agit-il en priorité du niveau fédéral ou cantonal? Cet article discute, à partir de l'analyse de la répartition des compétences santé entre Confédération et canton, de la complexité de gouvernance du système de santé suisse et des opportunités de renfort de cette démocratie sanitaire.

Health Democracy: a national or cantonal issue in Switzerland?

Western health systems are facing unprecedented challenges related to an aging population and climate issues. While the need for care will grow significantly, our societies will have to arbitrate the allocation of both, financial and human resources. Choices will have to be made, making it essential for citizens and patients to participate strongly. In Switzerland, a federal state renowned for its direct democracy, we can ask ourselves at what political level these health democracy issues are situated. Is it primarily the federal or cantonal level? This article discusses, based on the analysis of the distribution of health competences between the Confederation and the canton, the complexity of the governance of the Swiss health system and the opportunities to strengthen this health democracy.

INTRODUCTION

Les systèmes de santé occidentaux font face à des défis inédits et la Suisse n'y échappe pas. Les besoins de soins vont croître fortement en raison du vieillissement démographique, alors que les ressources seront de plus en plus limitées, notamment en termes de professionnels de santé. Une équation qu'on pourrait qualifier d'impossible si l'on prend encore en compte les engagements des États vers la neutralité climatique à l'horizon 2050 qui pourraient imposer des engagements majeurs dans la manière de prodiguer des soins.

«On est un pays riche, on pourra se payer cette transition!» pourrait-on entendre. Mais les finances publiques seront

aussi fortement sollicitées par des charges liées, d'une part, aux assurances sociales (AVS, prestations complémentaires et assurance-maladie) et, d'autre part, aux investissements importants à réaliser en faveur d'une neutralité climatique.¹ Répondre à ces défis nécessitera inévitablement d'y consacrer davantage de ressources, ce qui représente en soi un défi dans un contexte où la population active tendra à se réduire. En effet, la part de la population des 80 ans et plus va doubler d'ici 2050 mais celle des 20-65 ans va diminuer.²

Les défis sont donc posés, dans une temporalité (20 à 25 ans) qu'on peut déceimment appréhender. La Suisse va devoir concilier des impératifs de réponse aux besoins de santé de la population, de maîtrise des coûts, de maintien de la qualité et de l'accessibilité des soins et de durabilité environnementale. Il va falloir être créatifs, penser en dehors des cadres habituels, prendre en compte que le «toujours plus» ne sera pas réaliste et bien sûr arbitrer les priorités au sein de nos sociétés. Affronter ces enjeux sera donc nécessairement un exercice de démocratie et, en particulier, de démocratie «sanitaire» comprise comme la participation de l'ensemble des acteurs du système de santé, de la population et des patients aux choix de politique de santé.

Mais en Suisse, à quel niveau, fédéral ou cantonal, ces enjeux de politique de santé et de démocratie sanitaire se situent-ils principalement? S'agit-il d'enjeux nationaux ou de questions cantonales, voire communales? Ces questions ont été traitées lors d'un symposium sur la démocratie sanitaire à Lausanne en août 2024 et cet article s'en fait l'écho. Il explore les enjeux en Suisse, à partir de l'analyse de la répartition des responsabilités santé entre la Confédération et les cantons. Il met aussi en exergue, de manière concrète, la complexité du pilotage du système de santé suisse et les difficultés d'élaboration d'une politique de santé cohérente. Il pose finalement quelques pistes pour évoluer vers davantage de démocratie sanitaire.

LA SUISSE, SON FÉDÉRALISME ET SA DÉMOCRATIE

La Suisse, c'est d'abord le peuple et les cantons. Ces derniers disposent d'une compétence législative primaire et doivent a priori assumer toutes les tâches d'un État, sauf celles qui ont été déléguées au fil du temps à la Confédération, et qui sont inscrites dans la Constitution de la Confédération suisse (art. 3, 42, 43 Cst.). Dans un principe de subsidiarité (art. 5a Cst.), l'article 43 précise que la Confédération n'assume que les tâches qui excèdent les possibilités des cantons ou qui nécessitent une réglementation uniforme par la Confédération. La Constitution fédérale prévoit ainsi un

^aDépartement épidémiologie et systèmes de santé, Unisanté, 1005 Lausanne, ^bÉconomiste agréé Anc. Conseiller d'État du canton de Neuchâtel, Département épidémiologie et services de santé, Unisanté, 1005 Lausanne
stefanie.monod-zorzi@unisante.ch | laurent.kurth@outlook.com

Extrait de la Revue médicale suisse 2/6

catalogue de compétences et mandats de légiférer de la Confédération (art. 54 à 135 Cst.). Les cantons, de leur côté, peuvent aussi déléguer certaines de leurs compétences aux communes.

Le pouvoir de l'État en Suisse est ainsi réparti sur trois niveaux: la Confédération, les 26 cantons et les 2222 communes. À chacun de ces niveaux, on trouve un législatif, un exécutif et un pouvoir judiciaire. Des politiques publiques peuvent donc être de compétences fédérale, cantonale et/ou communale. L'exercice de la *démocratie* s'effectue donc à ces trois différents niveaux, selon les objets.

En termes de démocratie, la Suisse est souvent citée comme modèle. Elle peut se vanter d'un système fort et bien vivant qui combine une *démocratie de représentation* (représentation du peuple et des cantons au niveau du Parlement fédéral et représentation du peuple au niveau des parlements cantonaux et communaux) et une *démocratie directe* qui permet au peuple d'exercer son pouvoir politique via le référendum ou le droit d'initiative. Le peuple suisse peut ainsi se prononcer directement sur l'approbation de textes législatifs ou constitutionnels décidés par les parlements (référendum), ou proposer des modifications constitutionnelles ou légales par le biais d'initiatives populaires.

D'un point de vue plus fonctionnel, on décrit aussi en Suisse une *démocratie de concordance* qui traduit un fonctionnement politique très orienté vers la stabilité et le consensus.³ Les politologues l'attribuent généralement à l'impact du référendum et de l'initiative populaire, du bicamérisme intégral (deux chambres au niveau du Parlement fédéral, celle du peuple et celle des cantons), du fédéralisme et du système électoral contraignant les acteurs politiques à coopérer avec le maximum de forces politiques et tous les grands acteurs pour minimiser les points de veto ultérieurs et le risque d'échec de leurs projets devant le peuple. La contrepartie de cette démocratie de concordance est qu'elle laisse une large place à quelques acteurs clés qui dominent les discussions. Dans le domaine de la santé, cet effet est bien connu avec une présence marquée des grands lobbys au niveau du Parlement fédéral (assurances-maladie, entreprises pharmaceutiques ou encore hôpitaux pour n'en citer que quelques-uns).

LA SANTÉ: DES COMPÉTENCES D'ÉTAT À LA FOIS AUX NIVEAUX NATIONAL ET CANTONAL

Pour comprendre à quel niveau fédéral ou cantonal les enjeux de démocratie sanitaire se jouent, il faut d'abord comprendre la répartition des compétences santé entre la Confédération et les cantons. Le **tableau 1** résume les attributions des compétences santé (lorsqu'elles sont formellement identifiées dans la Constitution) entre la Confédération et cantons. Des exemples d'exercices démocratiques sont également présentés pour les différents sujets et à ces différents niveaux.

Le tableau met bien en évidence qu'en Suisse, la santé est à la fois une tâche publique fédérale et cantonale et les choix démocratiques peuvent donc a priori, selon les domaines, se préparer et s'exprimer à ces deux niveaux institutionnels. On relève aussi l'absence de disposition constitutionnelle

fédérale sur le système de santé dans son ensemble, son périmètre ou ses objectifs et chaque canton dispose d'une autonomie significative pour organiser et financer ses services de santé. La plupart des cantons (exception faite de plusieurs cantons romands) confient également aux communes de nombreuses tâches santé, notamment dans le domaine de la prévention et des soins de longue durée. Si cette diversité permet des réponses adaptées aux spécificités locales, elle entraîne également des disparités et pose des défis en matière d'équité et de justice sociale.⁴

L'analyse met aussi en exergue l'important enchevêtrement des compétences entre Confédération et cantons.⁵ La question se pose ainsi d'une possible confusion des rôles d'État pour établir une politique de santé ambitieuse au niveau national qui soit à la hauteur des enjeux des prochaines décennies. Cette question est développée par Laurent Kurth, ancien Conseiller d'État neuchâtelois, en charge de la santé de 2013 à 2024 (**encadré 1**).

CLARIFIER LES RESPONSABILITÉS D'ÉTAT

L'analyse présentée et l'expérience décrite par l'ancien Conseiller d'État Laurent Kurth montrent bien les limites actuelles de la gouvernance du système de santé suisse dont la conséquence est une politique de santé peu lisible au niveau national et a fortiori cantonal. Dans un tel contexte, il est aussi difficile pour les acteurs du système de santé, et plus encore pour les patients et la population, de comprendre à quel niveau les enjeux de démocratie sanitaire devraient se jouer. La loi sur l'assurance-maladie étant le principal cadre légal fédéral permettant aujourd'hui d'adapter le système de santé, les débats restent largement propriété du Parlement fédéral et soumis aux groupes d'intérêts les plus influents. Les cantons, de leur côté, n'endossent vraisemblablement pas complètement leurs responsabilités pour initier des débats qui soient à la hauteur des enjeux de santé à venir. Et quand bien même ils le font, leur marge de manœuvre peut rester entravée par les compétences fédérales, comme en témoigne encore Laurent Kurth dans ce symposium en prenant l'exemple de la convention collective de travail CCT-Santé 21 à Neuchâtel (**encadré 2**).

Le constat général d'un besoin de réforme profonde est posé par l'Académie suisse des sciences médicales (ASSM) depuis plusieurs années. Elle appelle à la mise en œuvre d'une Loi fédérale sur la santé qui permettrait de déterminer les principes de gouvernance du système de santé et sa régulation (financement, ressources en professionnels et approvisionnement, organisation des services).⁶ L'ASSM plaide en particulier pour l'introduction d'un nouvel article constitutionnel «Politique de santé» qui permettrait de définir le périmètre santé dans la Constitution et clarifier les compétences entre Confédération et cantons (**tableau 2**).

Ces travaux et propositions ne visent pas une centralisation des compétences santé au niveau fédéral qui aurait pour conséquence une perte d'autonomie des cantons, mais bien à clarifier les rôles pour que les responsabilités d'État puissent pleinement et démocratiquement s'exercer à chaque niveau institutionnel.

Extrait de la Revue médicale suisse 3/6

TABLEAU 1 Répartition des compétences santé entre Confédération et cantons

AOS: assurance obligatoire des soins.

	Compétences principalement à la Confédération	Compétences principalement aux cantons	Exemples d'exercices démocratiques
Santé			
Protection de la santé de la population	La protection de la santé est une responsabilité de la Confédération (art. 118 Cst.): dans les limites de ses compétences, la Confédération prend des mesures afin de protéger la santé. Elle légifère sur: a) l'utilisation des denrées alimentaires ainsi que des agents thérapeutiques, des stupéfiants, des organismes, des produits chimiques et des objets qui peuvent présenter un danger pour la santé; b) la lutte contre les maladies transmissibles, celles très répandues et celles particulièrement dangereuses de l'être humain et des animaux; elle interdit notamment, pour les produits du tabac, toute forme de publicité qui atteint les enfants et les jeunes et c) la protection contre les rayons ionisants	-	Exemples de démocratie directe: référéndum et votation populaire: Loi fédérale du 28.09.2012 sur la lutte contre les maladies transmissibles de l'homme (Loi sur les épidémies, Lep) (acceptée le 22.09.2013) Initiative populaire «Oui à la protection des enfants et des jeunes contre la publicité pour le tabac»: Modification de l'art 41 Cst. acceptée le 13.02.2023
Promotion de la santé et prévention	La responsabilité est partagée entre la Confédération et les cantons. En effet, la promotion de la santé et la prévention ne figurent pas explicitement dans la Constitution qui traite surtout de la question des soins et très peu de celle de la santé Toutefois au chapitre des Buts sociaux (art. 41 Cst.) figure un nouvel alinéa depuis 2023 (suite à la votation populaire «Oui à la protection des enfants et des jeunes contre la publicité pour le tabac») qui spécifie l'obligation de la Confédération et des cantons de faire en sorte que la santé des enfants et des jeunes soit promue. La Confédération et les cantons doivent s'y engager en complément à la responsabilité individuelle et dans la limite de leurs compétences constitutionnelles et de leurs moyens Certains cantons ont par ailleurs spécifiquement inscrit dans leur Constitution des responsabilités fortes en termes de promotion de santé et de prévention (par exemple, cantons des Grisons, Genève ou Jura)		Exemple d'effet de la démocratie de consensus: échec du projet de loi sur la prévention en 2012 au niveau du Parlement fédéral ^{8,9} Exemple de démocratie représentative: projet de Loi sur la santé du Grand Conseil genevois sans référendum: entrée en vigueur le 01.09.2006
Système de soins			
Accès aux soins	Cette responsabilité incombe à la fois à la Confédération et aux cantons. Dans la Constitution (art. 41 Cst. Buts sociaux) Il est spécifié que la Confédération et les cantons doivent s'engager, en complément de la responsabilité individuelle et de l'initiative privée, à ce que toute personne bénéficie des soins nécessaires à sa santé. La Confédération et les cantons doivent en outre veiller à l'accès aux soins médicaux de base (art. 117a Cst.); reconnaître les soins infirmiers comme une composante importante des soins, les encourager et veiller à leur accès (art. 117b Cst.); pourvoir, dans les limites de leurs compétences respectives, à la prise en compte des médecines complémentaires (art. 118a Cst.)		Exemple de démocratie directe Initiative populaire: «Pour des soins infirmiers forts (initiative sur les soins infirmiers)»: modification de l'art. 117 de la Cst. acceptée le 28 novembre 2021
Protection financière pour faire face à la maladie et à l'accident et financement du système de santé	La Confédération doit légiférer, sur l'assurance-maladie et sur l'assurance-accidents (art. 117 al. 1 Cst.). La Loi sur l'assurance-maladie (LAMal) qui en découle est donc de compétence fédérale. Cette compétence a permis à la Confédération d'adopter une législation extensive qui régule le système de soins suisse bien au-delà des questions d'assurance ¹⁰	-	Exemple de démocratie directe Initiative populaire «Pour des primes plus basses. Frein aux coûts dans le système de santé». Refusée le 09.06.2024
Organisation du système de soins	-	Il n'y a pas de disposition constitutionnelle concernant le système de santé, son périmètre, ses objectifs. Par défaut, cette responsabilité se situe donc au niveau des cantons. Ces derniers sont ainsi responsables sur leur territoire de l'offre globale de soins et de son adaptation aux besoins de sa population	Exemple de démocratie directe Initiative populaire dans le canton de Neuchâtel «Pour deux hôpitaux sûrs, autonomes et complémentaires» adoptée le 12 février 2017
Professionnels de santé	La Confédération et les cantons partagent des responsabilités. La Confédération délivre les diplômes fédéraux des médecins, dentistes, chiropraticiens, pharmaciens, vétérinaires et des professions de la psychologie (Loi sur les professions médicales, LPMéd et Loi sur les professions de la psychologie, LPsy) La Confédération est aussi responsable de la formation de base et de la formation spécialisée dans le domaine des professions des soins médicaux de base, les conditions d'exercice de ces professions et la rémunération appropriée des prestations de la médecine de famille (art. 117a al. 2 Cst.) La Confédération règle également la formation et l'exercice des champs professionnels suivants: soins infirmiers, physiothérapie, ergothérapie, sage-femme, nutrition et diététique, optométrie et ostéopathe (Loi sur les professions de la santé LPSan du 1 ^{er} février 2020) De leur côté, les cantons sont responsables de l'organisation et du financement de la formation des professionnels de santé. Ils sont responsables de la planification des formations pour répondre aux besoins et garantir une offre suffisante. Ils délivrent également les autorisations d'exercer		Exemple de démocratie représentative: modification de la LAMal concernant l'admission des fournisseurs de prestations pouvant pratiquer à la charge de l'AOS adoptée par le Parlement le 19 juin 2020 Exemple de démocratie directe Initiatives populaires: «Pour des soins infirmiers forts» et des «Soins médicaux de base»

Extrait de la Revue médicale suisse 4/6

ENCADRÉ 1 Les réalités du pilotage cantonal selon Laurent Kurth

^a26 «ministres» cantonaux et 1 conseillère fédérale.

^bPour la santé, sous réserve de quelques compétences spécifiques concernant les médicaments et dispositifs médicaux, les professions médicales et la lutte contre les maladies transmissibles.

^cLa Suisse ne connaît en outre pas de contrôle par les tribunaux de la constitutionnalité des lois fédérales, de sorte que l'emprise excessive de la LAMal sur les compétences cantonales ne peut être remise en question.

^dEnvironnement de travail, environnement urbain, logement, environnement naturel, modes de vies, alimentation, etc.

^eLe budget global de la santé du canton de Neuchâtel est légèrement supérieur à 400 millions de francs par an, auxquels il convient d'ajouter près de 150 millions pour les subsides réduisant la charge des primes de l'assurance-maladie pour les assurés de conditions moyenne et modeste. Cela représente environ 1 franc sur 5 dans l'ensemble du budget du canton.

En tant que Conseiller d'Etat neuchâtelois en charge de la santé et des finances j'ai eu l'occasion, à plusieurs reprises, d'exprimer la frustration de voir le système suisse de la santé «ni gouverné ni gouvernable» et de qualifier d'«incompétents» les 27 ministres de la santé que compte le pays.^a Comment motiver ce regard sévère?

En Suisse, les cantons, piliers de l'organisation fédéraliste, sont responsables de tous les domaines de l'action publique qui n'ont pas été explicitement délégués «vers le haut» par la Constitution fédérale. À ce titre, ils répondent notamment de l'éducation, de la police et de l'organisation du système de santé, dès lors que ces compétences n'ont pas été déléguées à la Confédération.^b

La Confédération a en revanche clairement hérité de la compétence de régler les assurances sociales, compétence qu'elle a exercée en adoptant, par exemple, la législation sur l'AVS et l'AI, la LAA, la LACI et, dans le domaine de la santé, la LAMal.

C'est là le cœur du problème de l'architecture de notre système de santé. Avec une LAMal de plus en plus intrusive et contraignante sur des questions relevant de l'organisation du système de soins, les autorités exécutives ont été progressivement écartées de la gouvernance du système: le Conseil fédéral ne peut pas être chargé de prérogatives d'exécution vu l'absence de base constitutionnelle pour lui confier de telles responsabilités et les gouvernements cantonaux sont de plus en plus limités dans leur capacité d'action par les contraintes et restrictions imposées par la LAMal.^c

La Suisse n'a donc pas de gouvernement de la santé et aucun pilote pour orienter et diriger le système ou pour proposer des choix.

Elle n'a d'ailleurs pas davantage de véritable politique de santé publique, la principale législation fédérale en la matière (la LAMal) réglant avant tout le financement des soins, c'est-à-dire la façon dont on répare les atteintes à la santé. Une véritable politique de santé devrait pourtant se soucier au moins autant des déterminants de la santé^d et de prévention ou de promotion. Appliquée au domaine de l'environnement naturel, l'approche retenue pour la santé reviendrait à faire croître drastiquement chaque année les montants consacrés à la réparation des catastrophes naturelles (crues, tempêtes, chaleurs intenses, sécheresses, etc.) tout en renonçant à toute politique visant à réduire les émissions de CO₂, à améliorer la qualité de l'air et de l'eau ou à préserver la biodiversité...

La Suisse n'a donc ni politique de santé publique ni gouvernement de la santé. Mais ça n'est pas tout. En multipliant les exigences à l'égard des autorités cantonales, la LAMal submerge aussi ces dernières, tant financièrement qu'aux plans politique ou administratif.

Sur le plan financier, la participation obligatoire du canton aux coûts des soins hospitaliers et des soins de longue durée (domicile et EMS), les coûts liés à la formation des professionnels et les obligations fédérales concernant les bénéficiaires de subsides (réduction des primes pour les assurés de condition modeste) grèvent environ 85% du budget neuchâtelois «santé»^e et échappent à la décision politique cantonale. Le rythme de croissance de ces dépenses également.

Il en découle qu'au sein des gouvernements et des parlements cantonaux, on s'est habitué à considérer progressivement qu'en matière de

santé, il y avait, d'une part, des dépenses obligatoires – celles, conséquentes, découlant de la LAMal – et donc indispensables et, d'autre part, des dépenses non obligatoires, progressivement réputées superflues du simple fait de leur caractère non contraint, même s'il s'agit de celles qui permettraient de développer une véritable politique de santé publique au sens décrit plus haut. Les cantons ont ainsi progressivement – et plus ou moins consciemment – abandonné leur rôle d'autorité sanitaire là où ils pouvaient encore l'exercer et se comportent de plus en plus comme de simples organes d'exécution de la LAMal, consacrant ainsi la faiblesse de la politique de la santé de notre pays.

Le même phénomène agit aux plans administratif et politique: en réponse aux exigences de la LAMal, entre les planifications à réaliser, l'obligation d'adopter des barèmes pour la rémunération de certaines prestations, les tarifs à approuver ou à fixer, les multiples procédures judiciaires à documenter, les autorisations à délivrer aux prestataires pour leur permettre de facturer leurs prestations et les régulières adaptations d'ordonnances fédérales qu'il leur faut traduire dans le droit cantonal, les autorités sanitaires des cantons sont de fait submergées par les tâches d'exécution. La réponse à cet ensemble d'exigences, sans accroître significativement leur pouvoir d'orienter le système, épuise le temps, l'énergie et la créativité de ces autorités, qui ressemblent progressivement à Charlie Chaplin serrant les boulons de pièces qui défilent sur une ligne de production infernale dans «Les Temps Modernes». Inutile de dire que l'énergie et les ressources manquent ensuite pour compléter ce dispositif de tâches supplémentaires purement cantonales.

Enfin, la logique de la LAMal est celle d'un financement automatique pour chaque prestation délivrée, sans limite de budget, sans contrôle d'opportunité de la prestation et sans débat politique possible quant aux priorités à donner dans l'orientation des ressources. Elle est aussi construite sur un financement à l'acte, qui est un fort incitatif à fournir un volume excessif de prestations (et donc de coûts) et qui contribue à un morcellement des soins et empêche l'accès à des données consolidées et transparentes sur les prestations, les parcours de soins et les dépenses engagées.

En résumé, le système de santé suisse n'est pas défini, ne détermine ni ne mesure aucun objectif de santé publique, a écarté toutes les autorités exécutives de sa conduite, ne dispose pas des données permettant son pilotage, ne fixe aucune priorité dans l'affectation des ressources et est basé sur un mode de financement des soins à l'acte et quasi sans limite, induisant de mauvaises incitations et un gaspillage de ressources.

La conséquence est un coût qui mobilise une part croissante – et souvent excessive – du budget des ménages, menace progressivement d'autres prestations publiques dans les budgets cantonaux, génère de plus en plus d'inégalités entre les personnes mais aussi entre les cantons; et tout ceci en échappant à tout contrôle démocratique.

Une conclusion semble dès lors s'imposer: le système doit être revu dans ses fondations et pas uniquement au gré de retouches ponctuelles.

Extrait de la Revue médicale suisse 5/6

ENCADRÉ 2 Emprise de la LAMal sur les cantons selon Laurent Kurth

En 2004, accompagnant la réunion de la plupart de ses hôpitaux en un établissement unique, et cherchant ainsi à éviter le risque d'un rapport de force déséquilibré entre employeurs en situation de quasi-monopole et employés devenant de facto beaucoup plus dépendants ou «captifs», le canton de Neuchâtel élabore une nouvelle convention collective de travail (CCT-Santé 21, plus loin «CCT») pour la branche de la santé. Les partenaires sociaux y sont fortement incités par les pouvoirs publics, qui, au gré de débats parlementaires nourris, en font une condition de la fusion et acceptent de financer des améliorations des conditions de travail pour plusieurs millions de francs annuels.

Le texte de l'initiative fait ensuite l'objet, en 2006, d'un vote populaire, par lequel tous les établissements publics voient leurs statuts réglant les conditions de travail remplacés par le texte de la CCT. Le vote populaire impose ainsi une version de droit public du texte de la CCT.

En 2006 et 2008, de nouvelles versions de la CCT sont formellement approuvées par les autorités politiques.

En 2011, 2014 et 2015, la CCT est introduite comme référence pour la planification hospitalière cantonale, l'intention politique étant d'imposer son respect à tout acteur sollicitant des mandats hospitaliers (inscription sur la liste hospitalière cantonale) et ainsi d'assurer la protection des professionnel-le-s et une concurrence loyale entre acteurs hospitaliers, notamment publics et privés.

En 2017, un référendum est lancé contre une décision du Parlement, qui souhaitait limiter la couverture assurée par la CCT aux seuls professionnel-le-s des soins plutôt qu'à l'ensemble des employé-e-s des institutions de soins. Le référendum aboutit et donne lieu à un plébiscite populaire en faveur de la CCT, qui reste donc applicable à toutes les professions des institutions de soins.

Entre 2004 et 2024, au moins quatre lois constituant des établissements autonomes de droit public dans le domaine de la santé (hôpitaux de soins somatiques, centre de psychiatrie, organisation cantonale d'aide et de soins à domicile, organisme d'orientation des patients âgés) sont adoptées et/ou modifiées, pour certaines à plusieurs reprises. Chacun des débats relatifs à ces actes législatifs confirme la volonté de voir la CCT appliquée et incluent explicitement

cette obligation dans le texte concerné. Dans plusieurs cas, des référendums ont aussi donné lieu à une confirmation populaire de cette volonté. La CCT est encore introduite par les autorités cantonales comme référence pour l'élaboration des tarifs relatifs aux EMS du canton.

Pour le moins, on peut dès lors affirmer que la référence de la CCT, sur un sujet qui relève davantage de l'organisation du système de santé que de l'assurance-maladie, est le fruit d'une volonté politique clairement exprimée et répétée durant une vingtaine d'années et qu'elle jouit d'une forte légitimité démocratique.

Pour autant, à la suite d'une contestation par un groupe de cliniques privées de la référence faite à la CCT pour l'élaboration de la planification hospitalière 2015, le Tribunal fédéral (TF) a décidé, en 2021, que la LAMal ne permettait pas aux cantons d'imposer une telle contrainte. En substance, le TF a retenu que, si les cantons pouvaient imposer des conditions de travail dans les critères de la planification, le renvoi global à l'ensemble d'un texte – tel que celui de la CCT – était contraire à la LAMal, chaque disposition à laquelle il était renvoyé devant être justifiée par un critère de qualité ou d'économicité.

Cette décision ignore en premier lieu qu'une convention collective tient à de sensibles équilibres, opérés sur l'ensemble du texte, et négociés – parfois durement – entre partenaires sociaux. Elle tend en second lieu à affaiblir toute une série de références dont le lien avec les critères de qualité et d'économicité au sens de la LAMal n'est qu'indirect. À ce titre, l'obligation pour l'employeur de se doter d'un dispositif anti-harcèlement ou la question de la progression égalitaire des salaires au sein des institutions – pour ne citer ici que ces deux exemples – ont rapidement été mises de côté.

Mais plus fondamentalement, cet exemple illustre l'emprise que la LAMal a progressivement prise sur l'organisation du système de santé: pourtant souverain en matière d'organisation de son système de santé et de soins, le canton s'est vu interdire d'appliquer une référence maintes fois légitimée – y compris par des votes populaires – pour la planification de ses prestations hospitalières.

TABLEAU 2 Proposition d'article constitutionnel rédigé par l'ASSM

Art. 116a Politique de santé

1. La Confédération et les cantons reconnaissent l'interdépendance de la santé des êtres humains, des animaux et de l'environnement et s'engagent à promouvoir une approche intégrée de la santé dans les limites de leurs compétences respectives
2. La Confédération fixe les principes applicables à la politique de santé et coordonne les efforts des cantons. Elle vise à promouvoir la santé de la population pour garantir un niveau élevé de protection de la santé pour tous
3. La Confédération encourage un système de santé équitable, durable et efficient. Elle légifère sur la collecte et l'utilisation des données destinées à piloter le système de santé

La modification partielle de la Constitution pourrait être initiée par le peuple via une initiative populaire ou par le Parlement fédéral. En tous les cas, le peuple devrait être appelé à se prononcer et cela représenterait une occasion unique de nous réapproprier, comme citoyen-nes, les enjeux de santé et de système de soins et débattre largement des choix que nous serions prêts à opérer pour répondre aux défis.

CONCLUSION

Maintenir la santé de la population et l'accessibilité, la performance et la durabilité du système de soins à l'horizon 2050 est une question sociétale urgente. Répondre à ce défi requerra des choix et des décisions démocratiques. Or, dans l'organisation actuelle de notre système fédéraliste, la politique de santé est peu lisible et la gouvernance du système de santé peu performante. Il est ainsi difficile d'imaginer, sans modifications profondes de la structure de pilotage de notre système de santé, que des choix démocratiques puissent être opérés par la population ces prochaines années à la hauteur des enjeux à venir. Les arbitrages nécessiteront une combinaison d'approches participatives, délibératives et institutionnelles pour renforcer encore nos instruments traditionnels de démocratie directe et représentative. La démocratie sanitaire, qui repose sur la participation active des citoyens, patients, et professionnels dans la définition de politiques de santé et devrait refléter les valeurs et priorités de notre communauté,⁷ reste un enjeu majeur, y compris en Suisse.

Extrait de la Revue médicale suisse 6/6

Conflit d'intérêts: les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

IMPLICATIONS PRATIQUES

- Maintenir la santé de la population et l'accessibilité, la performance et la durabilité du système de soins à l'horizon 2050 est une question sociétale urgente.
- L'enchevêtrement des compétences entre cantons et Confédération limite la capacité de la Suisse d'établir une vraie politique de santé.
- Aujourd'hui les cantons sont submergés par des tâches d'exécution de la LAMal.
- L'Académie suisse des sciences médicales défend le besoin d'une modification constitutionnelle pour pouvoir établir une véritable politique de santé.

1 Confédération suisse. Perspectives à long terme des finances publiques en Suisse [En ligne]. 23 avril 2024.

Disponible sur: www.efd.admin.ch/fr/perspectives-a-long-terme
2 Confédération suisse. Scénarios

pour la Suisse [En ligne]. 28 mai 2020. Disponible sur: www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/population/evolution-future/scenarios-suisse.html

3 Linder W, Müller S. Swiss democracy. Possible Solutions to Conflict in Multicultural Societies. 4th ed. Londres: PalgraveMacmillan, 2021. DOI: 10.1007/978-3-030-63266-3

4 Sager F, Rüefli C, Thomann E. Fixing Federal Faults. Complementary Member State Policies in Swiss Health Care Policy. International Review of Public Policy. 2019;1(2):147-72

5 **Monod S, Pin S, Levy M, et al. Analyse de la gouvernance du système de santé suisse et proposition d'une loi fédérale sur la santé. Lausanne:

Unisanté – Centre universitaire de médecine générale et santé publique, 2024 (Raisons de santé 354). DOI: 10.16908/issn.1660-7104/354

6 **Académie suisse des sciences médicales. Loi fédérale sur la santé [En ligne]. Disponible sur: www.assm.ch/fr/Projets/Apercu-des-projets/Loi-federale-sur-la-sante.html

7 Habermas J. Between Facts and Norms: Contributions to a Discourse

Theory of Law and Democracy.

Cambridge, MA: The MIT Press, 1996.

8 L'Assemblée fédérale, Le Parlement suisse. 09.076. Loi sur la prévention [En ligne]. 30 septembre 2009. www.parlament.ch/fr/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefte?AffairId=20090076

9 *Mattig T. L'échec de la loi sur la prévention: un enseignement. Document de travail 9 [En ligne].

Lausanne et Berne: Promotion Santé Suisse, 2013. Disponible sur: https://promotionsante.ch/libraries/pdf.js/webviewer.html?file=https%3A%2F%2Fpromotionsante.ch%2Fsites%2Fdefault%2Ffiles%2F2022-11%2FDocument_de_travail_009_PSCH_2013-10_-_Loi_sur_la_prevention.pdf

10 Dupont AS, Burgat S, Hotz S, Levy M. Le droit à la santé, une perspective de droit comparé [En ligne]. Bruxelles: Service de recherche du Parlement européen, 2022.

Disponible sur: [www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2022/729419/EPRS_STU\(2022\)729419_FR.pdf](http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2022/729419/EPRS_STU(2022)729419_FR.pdf)

* à lire

** à lire absolument

Utilisation des outils démocratiques en Suisse sur des questions de santé

CLAIRE-MARIE SCHERTZ^{a,*} et Dre MORGANE JOTTERAND^{b,*}

Rev Med Suisse 2025; 21: 699-704 | DOI : 10.53738/REVMED.2025.21.912.699

Le cadre institutionnel suisse permet une participation active des citoyennes et citoyens à la vie démocratique. Ses modalités méritent toutefois d'être mieux connues afin d'être mieux maîtrisées, en particulier dans une perspective de transmission d'un message scientifique au monde politique. Cet article se penche ainsi sur les différents outils démocratiques et l'évolution de leur utilisation dans le temps sur des thématiques de santé, depuis la naissance de la Suisse moderne. Il met en lumière l'augmentation du nombre de référendums facultatifs et d'initiatives populaires au cours des 35 dernières années sur des sujets de santé, reflétant les préoccupations de la population. Mais pour quels effets? Les pistes de réflexions sont nombreuses à être ouvertes.

Use of democratic tools on health issues in Switzerland

The Swiss institutional framework allows for the active participation of citizens in democratic life. However, its modalities deserve to be better known in order to be better mastered, in particular with a view to transmitting a scientific message to the political world. This article focuses on the various democratic tools and the evolution of their use over time on health issues, since the birth of modern Switzerland. It highlights the increase in the number of optional referendums and popular initiatives over the past 35 years on health topics, reflecting the concerns of the population. But for what effects? There are many avenues for reflection that are open.

INTRODUCTION

Le système politique suisse est riche d'une complexité constitutionnelle qui va au-delà des apparences de sobriété qu'on lui connaît. La division en trois pouvoirs – législatif, exécutif et judiciaire – occulte en effet une partie des acteurs, à savoir les citoyens. Lorsque ceux-ci sont insatisfaits du traitement par le Parlement ou le Conseil fédéral des questions qui les préoccupent, plusieurs outils sont à leur disposition. Les plus importants sont le référendum facultatif et le droit d'initiative constitutionnel. Ces outils peuvent cependant s'avérer limités et leurs particularités doivent être connues.

Le fédéralisme suisse implique un traitement à plusieurs échelons – fédéral, cantonal, communal – de certaines

questions, chaque niveau ayant un rayon d'action défini. Les responsabilités de chaque niveau ainsi que les moyens d'agir dans le paysage politique méritent d'être mieux connus des citoyens.

Ces dernières années, la santé s'est retrouvée au centre du débat démocratique à plusieurs reprises. Le sujet préoccupe pourtant les Suisses et les Suissesses depuis longtemps. À quelle fréquence vote-t-on sur des sujets de santé dans l'histoire démocratique suisse? Et quelles tendances observe-t-on en termes de thématiques?

Alors que le lobbyisme des acteurs économiques est souvent critiqué, notamment dans le domaine de la santé, on peut se demander si l'utilisation des outils démocratiques standards suffit à faire entendre la voix des citoyens et plus particulièrement des scientifiques.

Le but de cet article est de mettre en lumière les différents outils démocratiques et l'évolution de leur utilisation dans le temps sur des thématiques de santé, via les données de la chancellerie fédérale, ainsi que leurs effets sur la législation. Ces informations permettent de réfléchir à l'utilisation de toutes ces connaissances dans la vie démocratique personnelle et institutionnelle, en particulier pour porter des arguments en tant que scientifiques vers les politiques.

CONTEXTE

Les textes

La Constitution de 1874, révisée trois fois, contient près de 200 articles sur divers sujets. Les lois quant à elles se réfèrent à des domaines précis, avec des ordonnances d'application. Les lois cantonales sont soumises aux lois fédérales, elles-mêmes subordonnées à la Constitution.¹

Les acteurs

Le Conseil Fédéral (CF), composé de sept conseillers, est élu par le Parlement.

Le Parlement, constitué du Conseil National (représentant le peuple) et du Conseil des États (représentant les cantons) fonctionne sans primauté d'une des deux chambres. Les commissions parlementaires traitent de questions spécialisées et peuvent convoquer des experts. Les votes finaux et les sessions parlementaires sont publics. Les textes sont votés dans les commissions, puis dans chacune des chambres. Seuls leurs votes finaux sont consultables. Les sessions de débat du Parlement, de même que le résultat des votes, sont publics.²

^aDirection générale, Unisanté, Centre universitaire de médecine générale et santé publique, Université de Lausanne, 1010 Lausanne, ^bSecteur économie et politiques de santé, Département d'épidémiologie et systèmes de santé, Unisanté, Centre universitaire de médecine générale et santé publique, Université de Lausanne, 1010 Lausanne
claire-marie.schertz@unisante.ch | morgane.jotterand@unisante.ch

*Les deux auteurs ont contribué de manière équivalente à la rédaction de cet article.

Extrait de la Revue médicale suisse 2/6

Les citoyens sont les personnes ayant la nationalité suisse, âgés de plus de 18 ans.^a

Leurs droits

Le CF propose des lois au Parlement. Il rédige et établit seul les ordonnances, qui ne sont donc votées ni par le Parlement ni par les citoyens. Les citoyens peuvent faire recours contre une ordonnance auprès du Tribunal fédéral.

Le Parlement propose des motions (non contraignantes) pour encourager le CF à proposer des lois, ou propose directement une loi.

Lors de la création d'une loi, il existe un temps de consultation de trois mois, durant lequel le projet de loi est soumis aux cantons, aux partis politiques ainsi qu'aux associations faitières. Toute personne peut en outre se prononcer sur le projet. Le département en charge du projet de loi évalue les propositions pour élaborer le projet final.²

Les citoyens ont un droit de référendum facultatif pour toute loi créée ou modifiée par le Parlement.

Le Parlement peut aussi proposer une initiative pour modifier ou ajouter un article dans la Constitution; le texte sera obligatoirement soumis au vote des citoyens (référendum obligatoire) et devra être accepté par la majorité des citoyens et la majorité des cantons (double majorité).

Les citoyens peuvent proposer une initiative visant à modifier tout ou partie de la Constitution. Il existe de nombreuses étapes entre le début d'une initiative et l'application du texte (figure 1). Si l'initiative est validée par la Chancellerie, le Parlement et/ou le CF pourront proposer un contre-projet direct sous forme d'un article de Constitution différent de celui proposé par les initiants, ou un contre-projet indirect sous forme d'une loi alternative. Le comité d'initiative devra alors choisir s'il maintient son projet ou s'il l'annule, ce qui validera automatiquement la loi. Si l'initiative est refusée, la loi entre en vigueur, sauf si un référendum est ensuite lancé (figure 2).¹

Fédéralisme

La répartition entre la Confédération, les cantons et les communes est organisée dans la Constitution et diffère selon le domaine (santé, protection de la population, environnement, etc.) (encadré 1). L'OFSP est responsable de l'application des lois et des règlements fédéraux dans le domaine de la santé.^b Les cantons le sont pour la fourniture des soins et la promotion de la santé et de la prévention.^a La répartition n'est pas toujours explicite, et parfois, les responsabilités sont partagées; la répartition peut par ailleurs évoluer, comme ce fut le cas durant la pandémie de Covid-19.³

^aEt ne présentant pas d'incapacité durable de discernement, protégées par une curatelle de portée générale ou par un mandat pour cause d'incapacité.

^bwww.easyvote.ch

^c«Les votations populaires fédérales: résultats détaillés. Période d'observation: 1848-2024». Office fédéral de la statistique, Neuchâtel, Version du 24.11.2024. URL: <https://dam-api.bfs.admin.ch/hub/api/dam/assets/33427388/master>

ENCADRÉ 1

Selon l'art. 117a Cst, «Dans les limites de leurs compétences respectives, la Confédération et les cantons veillent à ce que chacun ait accès à des *soins médicaux de base suffisants et de qualité*. Ils reconnaissent la médecine de famille comme une composante essentielle des soins médicaux de base et l'encouragent. La Confédération légifère sur la formation de base et la formation spécialisée dans le domaine des professions des soins médicaux de base et sur les conditions d'exercice de ces professions; sur la rémunération appropriée des prestations de la médecine de famille.»

Selon l'art. 118 Cst, «Dans les limites de ses compétences, la Confédération prend des mesures afin de protéger la santé. Elle légifère sur l'utilisation des denrées alimentaires ainsi que des agents thérapeutiques, des stupéfiants, des organismes, des produits chimiques et des objets qui peuvent présenter un danger pour la santé; la lutte contre les maladies transmissibles, les maladies très répandues et les maladies particulièrement dangereuses de l'être humain et des animaux; elle interdit notamment, pour les produits du tabac, toute forme de publicité qui atteint les enfants et les jeunes; la protection contre les rayons ionisants.»

SÉLECTION DES OBJETS CONCERNANT LES QUESTIONS DE SANTÉ

Pour savoir quand des questions de santé ont été soumises au vote, une analyse des données fournies par la Chancellerie fédérale, l'Office fédéral de la statistique et la base de données Swissvotes, pilotée par l'Institut de science politique de l'Université de Berne, a été nécessaire. La période étudiée va de 1848 à 2024. Notre intérêt s'est penché sur les trois instruments démocratiques^{4,5} que sont:

- Le référendum populaire obligatoire (dès 1848).
- Le référendum populaire facultatif, institué en 1874.
- L'initiative populaire, introduite en 1892.

Même si le premier n'est pas issu d'une réaction ou d'une proposition du peuple comme les deux suivants, mais a lieu automatiquement en cas de modification de la Constitution par le Parlement, il nous a semblé important de l'intégrer à cette recherche. Les citoyens sont en effet invités à s'exprimer dans ce cadre, et ce à plusieurs reprises sur des sujets de santé.

La sélection des objets concernant les questions de santé a été faite de manière indépendante par les auteurs. La méthodologie employée a consisté en une recherche par mots-clés (santé, prévention, soins, médec*, médic*, infirmi*, assur*) puis une lecture complète avec sélection manuelle pour vérification. La validation par consensus fut très facilement atteinte.

VOTATIONS CONCERNANT LA SANTÉ

En cent septante-six années de démocratie helvétique, les citoyens se sont exprimés sur 676 objets (référendums obligatoires, facultatifs et initiatives populaires).^c La figure 3 présente la fréquence des votations concernant la santé par

Extrait de la Revue médicale suisse 3/6

FIG 1 Processus d'élaboration d'une initiative, chaque point représentant une durée d'un mois

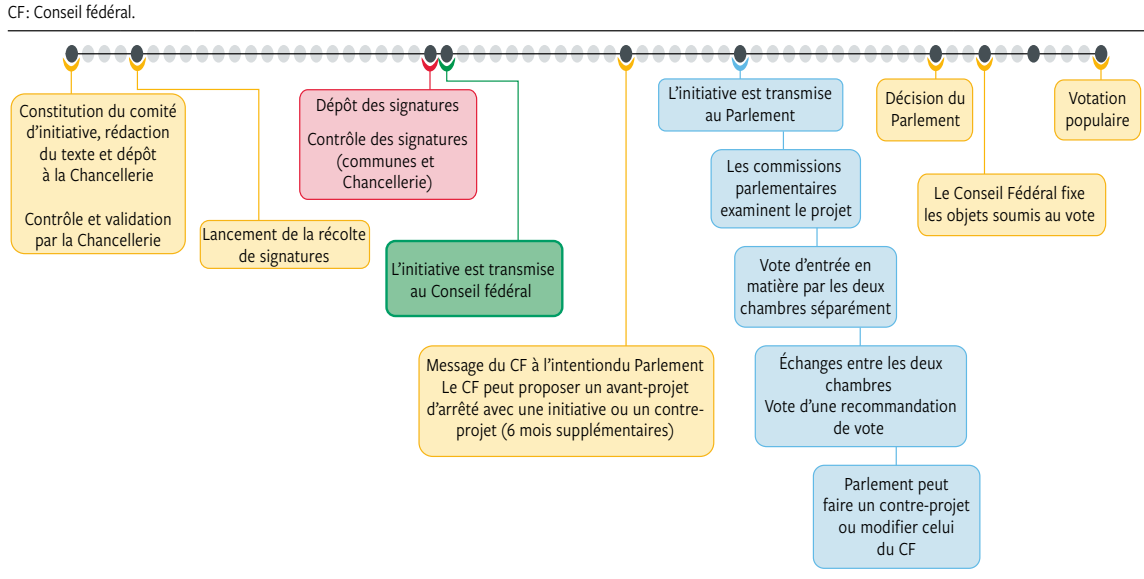
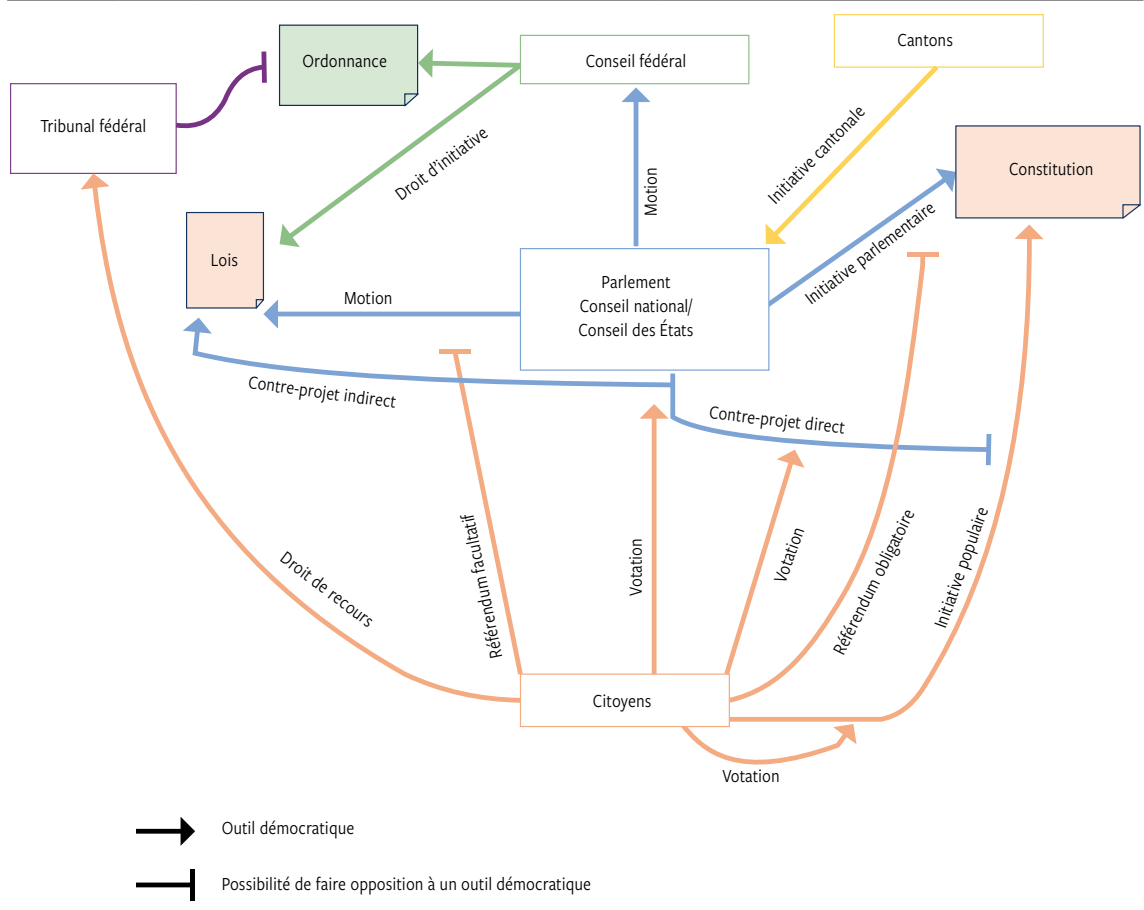


FIG 2 Acteurs, textes et droits du système politique suisse



Extrait de la Revue médicale suisse 4/6

rapport au total des objets soumis à votation et le pourcentage des objets votés en santé. Le chiffre croît jusqu'à atteindre 21% pour les années 2020-2024 (hausse partiellement expliquée par les trois référendums facultatifs sur la loi Covid-19). Au total, sur les 676 objets votés, les thématiques de santé représentent en moyenne 10% des sujets. Quant au taux de participation moyen global, il est de 49,45%, alors qu'il est un peu plus bas sur les sujets de santé, atteignant 46,39%.

En comptant tous les référendums obligatoires et facultatifs et toutes les initiatives populaires enregistrés à partir de 1848, on arrive à 226 référendums obligatoires et 256 facultatifs ainsi que 534 initiatives populaires. Les données obtenues par la sélection selon la thématique de santé sont présentées dans le **tableau 1**.

- Les onze référendums obligatoires ont tous été validés par la population, ce qui implique que les modifications d'articles constitutionnels proposées ont été acceptées.
- Sur vingt-quatre créations ou modifications de loi soumises à votation à la suite d'une demande de référendum facultatif, sept ont été rejetées, soit un taux de 30,4% (**tableau 2**). Il est plus bas que la moyenne: sur environ 200 demandes de référendums depuis 1874, 40% des objets ont été rejetés par le peuple.^d
- Sur les trente-quatre initiatives soumises à votation, six ont été acceptées par le peuple, soit un taux de 17,6% (**tableau 2**), plus élevé que le taux général d'acceptation des initiatives populaires d'environ 10%.
- La septième a été acceptée par les Chambres fédérales sous forme de contre-projet indirect. La nouvelle loi a fait ensuite l'objet d'une demande de référendum facultatif. C'est dans le cadre de ce nouveau processus que la question du don d'organe a été soumise au vote populaire: la

TABLEAU 1	Votations sur des thématiques de santé depuis 1848
-----------	--

Le tableau indique que le nombre de référendums obligatoires et facultatifs et d'initiatives populaires enregistrés à partir de 1848 sur des thématiques de santé.

Référendums obligatoires concernant la santé	11
Référendums facultatifs concernant la santé enregistrés	25
• Référendums soumis au vote populaire	24
• Référendum n'ayant pas obtenu le nombre de signatures suffisant pour être soumis au vote populaire	1
Initiatives populaires concernant la santé enregistrés	64
• Initiatives soumises au vote populaire	30
• Initiatives retirées en faveur d'un contre-projet direct, soumis au vote populaire	4
• Initiatives retirées en faveur d'un contre-projet indirect, accepté par le Parlement	2
• Initiatives retirées	2
• Initiatives n'ayant pas obtenu le nombre de signatures suffisant pour être soumises au vote populaire	24
• Initiatives en cours	2
Total	100

^dwww.ch.ch/fr/votations-et-elections/

Loi sur la transplantation a alors été acceptée par le peuple le 15 mai 2022 (**tableau 2**).

En observant l'évolution globale entre 1930 et 2024 du nombre d'objets votés et du nombre d'objets acceptés/validés concernant la santé, on observe une augmentation significative de 20% tous les 5 ans du nombre moyen d'objets soumis au peuple et une augmentation significative de 26% tous les 5 ans du nombre moyen d'objets acceptés/validés (**figure 4**).

UN NOMBRE CROISSANT DE SUJETS SOUMIS À VOTATION

Depuis l'instauration du droit de référendum obligatoire, et par la suite du droit de référendum facultatif et du droit d'initiative populaire, les citoyens suisses sont amenés à voter sur un nombre croissant de sujets. La proportion des objets de votation concernant la santé augmente elle aussi depuis le début du 20^e siècle. Certains facteurs peuvent expliquer cette tendance: l'émergence d'une médecine plus technologique,

TABLEAU 2	Référendums facultatifs et initiatives populaires en santé
-----------	--

Votations ayant abouti à une intégration de la volonté populaire dans la législation ou la constitution.

Intitulé	Date de la votation	Résultat de la votation
----------	---------------------	-------------------------

Objets de santé rejetés par le peuple, à la suite d'une demande de référendum facultatif

Loi fédérale concernant les mesures à prendre contre les épidémies offrant un danger général	30.07.1882	21,10%
Loi fédérale sur l'assurance contre les maladies et les accidents, et sur l'assurance militaire	20.05.1900	30,20%
Loi fédérale complétant celle du 13 juin 1928 sur la lutte contre la tuberculose	13.06.1928	24,80%
Loi fédérale sur la protection de la grossesse et le caractère punissable de son interruption	28.05.1978	31,20%
Loi fédérale sur l'assurance-maladie	06.12.1987	28,70%
Loi fédérale sur l'assurance-maternité (LAMat)	13.06.1999	39,00%
Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) (Réseaux de soins)	17.06.2012	23,95%

Modifications de la Constitution acceptées par le peuple sur des thématiques de santé

Interdiction de l'absinthe et révision correspondante de l'article 31b	05.07.1908	63,50%
Contre l'application abusive des techniques de reproduction et de manipulation génétique à l'espèce humaine	17.05.1992	73,80%
Oui aux médecines complémentaires	17.05.2009	67,03%
Oui à la médecine de famille	18.05.2014	88,07%
Pour des soins infirmiers forts (initiative sur les soins infirmiers)	28.11.2021	60,98%
Oui à la protection des enfants et des jeunes contre la publicité pour le tabac (enfants et jeunes sans publicité pour le tabac)	13.02.2022	56,65%

Cas particulier de la Loi sur la transplantation

Loi sur la transplantation	15.05.2022	60,20%
----------------------------	------------	--------

Extrait de la Revue médicale suisse 5/6

FIG 3 Votations sur des sujets de santé par rapport au total des objets soumis au vote (1848-2024)

La dernière barre de l'histogramme est plus basse en raison de la tranche deux fois plus courte d'années représentées.

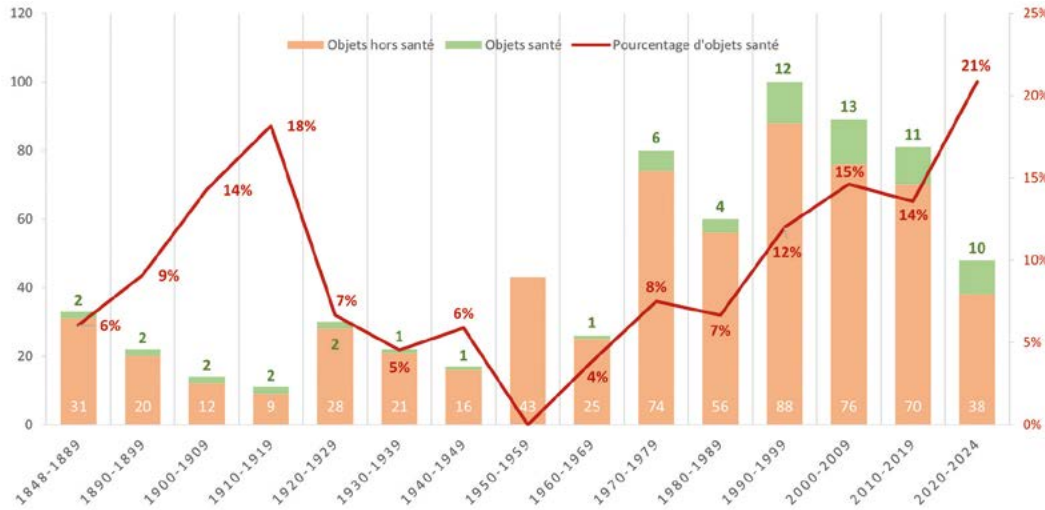
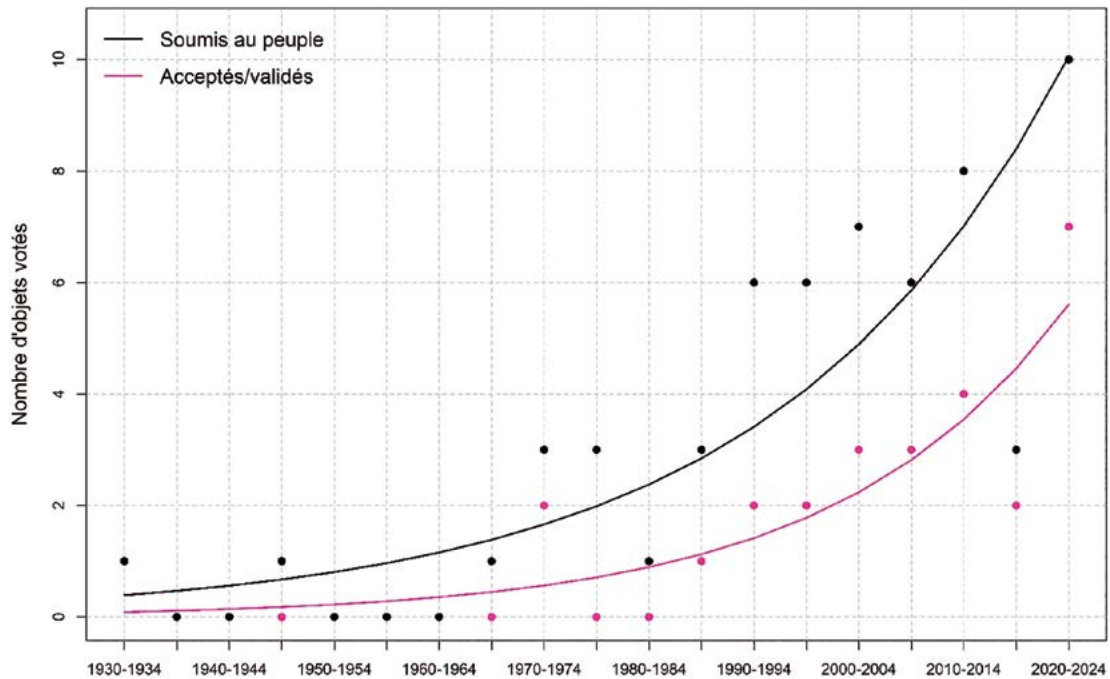


FIG 4 Évolution du nombre d'objets concernant la santé votés et ceux acceptés/validés



nécessitant une législation adaptée, mais aussi l'explosion des coûts de la santé et leur impact sur le budget des foyers suisses.

Pour agir sur un texte de loi, les citoyens doivent attendre que le Parlement crée ou modifie une loi. Les demandes qui

devraient être traitées au niveau d'une loi le sont ainsi au niveau constitutionnel, et la Constitution devient le réceptacle de législations diverses.

Alors que tous les référendums obligatoires concernant la santé ont été approuvés par les citoyens, traduisant une

Extrait de la Revue médicale suisse 6/6

approbation du travail parlementaire, un tiers des objets de référendum facultatif ont été rejetés par le peuple. Quant aux initiatives populaires, mises en avant dans le système politique suisse, on constate qu'elles sont le plus souvent rejetées lors du vote des citoyens. Pourtant, leur effet subsiste au-delà du refus en permettant la diffusion des idées et des projets des citoyens auprès des parlementaires et plus généralement au sein de la société. L'initiative fonctionne alors comme un baromètre des attentes citoyennes, voire comme un «incubateur», allant parfois jusqu'à modifier le système de santé, par exemple, lorsque le Parlement se saisit ultérieurement de la question. Le succès est ainsi indirect, décalé et difficilement mesurable.

CONCLUSION

Le nombre de référendums obligatoires diminue avec le temps, mais cela s'inscrit dans une tendance globale. Leur diminution reflète un changement d'organisation du Parlement, dont la majorité politique quasi exclusive au 19^e siècle intègre au fil du temps les autres partis politiques, réduisant ainsi les divergences et s'orientant vers une politique du consensus. La tendance à créer des lois relatives à des points spécifiques de santé, notamment en réponse à l'évolution technologique de la médecine, est aussi à l'origine de ce mouvement.

Les outils démocratiques ne s'arrêtent pas là. La consultation recèle un potentiel non négligeable d'actions politiques. Quant aux commissions, même si elles œuvrent dans l'ombre du Parlement, elles se révèlent être une porte d'entrée à investir, même si de manière informelle.

Conflit d'intérêts: les auteures n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

Remerciements: les auteures remercient le Pr Jacques Cornuz pour sa relecture et ses conseils ainsi que Mme Isabella Locatelli, Maître d'enseignement et de recherche à l'Université de Lausanne, pour son expertise en analyse des données.

ORCID ID:

C.-M. Schertz: <https://orcid.org/0000-0001-6756-7659>

M. Jotterand: <https://orcid.org/0000-0002-0040-1934>

IMPLICATIONS PRATIQUES

- Si le système politique suisse et ses outils démocratiques paraissent complexes, ils sont aussi riches et recèlent de multiples portes d'entrée pour une action sur le cadre légal de la santé.
- Dans un contexte tendu de politique de santé, il apparaît aujourd'hui nécessaire de renforcer le lien entre les mondes politique et scientifique.
- Alors que les outils démocratiques présentés ici montrent leurs limites, il est temps d'œuvrer auprès des parlementaires, par un rapprochement des deux mondes.
- Une compréhension approfondie des modes de fonctionnement respectifs favoriserait une communication plus efficace, ainsi que de meilleures écoute, compréhension et valorisation du travail des scientifiques.

1 Easy Vote. Politique suisse [En ligne]. (Cité le 17 décembre 2024). Disponible sur: www.easyvote.ch/fr/Savoir/politique-suisse

2 L'Assemblée fédérale – Le Parlement suisse [En ligne]. [(Cité 17 décembre 2024). Disponible sur: www.parlament.ch/fr

3 **Monod S, Pin S, Levy (Mader) M, et al. Analyse de la gouvernance du système de santé suisse et proposition d'une loi fédérale sur la santé. Centre universitaire de médecine générale et santé publique, Lausanne [En ligne]. 2024. (Cité le 17 décembre 2024).

Disponible sur: www.unisante.ch/fr/formation-recherche/recherche/publications/raisons-sante/raisons-sante-354

4 **Bevort A. Démocratie, le laboratoire suisse. Revue du MAUSS. 2011;(37):447-75.

5 *Chollet A. Une défense du référendum à partir de l'exemple suisse. Revue du MAUSS. 2017;(50):291-305.

* à lire

** à lire absolument

Nutri-Score: David contre Goliath

À la Migros, le Nutri-Score n'est bientôt plus, après une courte vie de quatre ans. Pauvre petit ange, disparu si tôt... Ailleurs, il résiste péniblement. Dans d'autres pays encore, il n'a jamais existé. Comment expliquer cela? Et pourquoi, nous, médecins, devons-nous nous sentir concernés?

Commençons par le début. Apparu pour la première fois en France, sous l'impulsion du Pr Hercberg¹ et des autorités de santé publique nationales, ce score vise à offrir au consommateur un outil simple, permettant de manière visuelle, rapide et efficace, de savoir si un produit est bon ou non pour la santé. Pour ce faire, il classe chaque aliment dans une catégorie allant de A (code couleur vert, meilleure qualité nutritionnelle) à E (code couleur rouge, moins bonne qualité nutritionnelle), selon que l'aliment a une teneur élevée en sucres, en acides gras saturés et en sel, et contient ou non des éléments favorables à la santé (fibres, protéines, fruits et légumes, etc.).^{2,3} Il compare les produits d'une même catégorie et non tous les aliments entre eux. Ainsi, si le consommateur souhaite acheter une pizza ou des céréales (le Nutri-Score ne lui recommande pas quel type d'aliment acheter), il pourra éviter l'option la plus malsaine, classée D ou E. Outre le caractère lisible de cet outil, pour sa facilité d'utilisation, il a bien fait ses preuves en tant que mesure de santé publique pertinente, comme en témoignent des études robustes qui ont mené à son adoption. Nous regrettons que l'acte de responsabilité sociale accompli par la Migros en l'instaurant il y a quelques années soit aboli aujourd'hui par ce regrettable pas en arrière. Le Nutri-Score est assurément perfectible (pas de prise en compte du caractère ultratransformé, ni du contenu en pesticides, de la méthode de production ou de la provenance, ni de l'impact environnemental), mais il est clairement l'outil le plus développé et le plus étudié ayant fait ses preuves et il reste en cours d'amélioration constante grâce aux travaux des chercheurs.

Sept pays sont engagés dans la gouvernance transnationale du Nutri-Score (Belgique, France, Allemagne, Luxembourg, Pays-Bas, Espagne et Suisse) et en valident d'un commun accord ses évolutions, comme la pénalisation des produits contenant des édulcorants et la prise en

compte du taux de fibres et de protéines. Une nouvelle évaluation identifiant les produits ultratransformés est en cours, que les entreprises concernées ne semblent pas plébisciter.

Quel autre argument que la pression des lobbies agro-alimentaires explique le renoncement à un outil qui aide la population à mieux s'alimenter? À l'évidence, aucun commerce n'a avantage à maintenir un outil qui pourrait freiner l'achat, même alors que la santé est en jeu. Il existe une très forte tension entre un secteur commercial qui fait du profit et les organismes de santé publique. Et les moyens des uns et des autres ne sont pas les mêmes, le secteur du marketing et son influence sur les comportements disposant de ressources financières dépassant d'un facteur 100 celles des institutions de prévention.

Par ailleurs, il existe plus que jamais de grands enjeux de bonne information des citoyens: 43% de la population suisse est en situation d'obésité ou de surpoids aujourd'hui,⁴ les projections prévoyant 6 adultes sur 10 et 3 enfants sur 10 atteints à l'horizon 2050. Il est scientifiquement établi que cette évolution est directement liée aux mauvais choix de consommation alimentaire et à l'origine chez ces personnes de maladies cardiovasculaires, d'hypertension, de diabète, d'arthrose et de certains cancers. Ces maladies se traduisent en une explosion des coûts des soins et sont grevées d'une empreinte environnementale croissante. L'organisation de coopération et développement économique (OCDE Europe) a fait une analyse démontrant que l'introduction du Nutri-Score dans tous les pays européens permettrait d'éviter 2 millions de malades chroniques d'ici 2050.

C'est pourquoi en tant que soignant-es, nous nous devons d'alerter les patient-es et les citoyen-nes. Il nous semble crucial de leur fournir les meilleurs outils pour les guider dans leurs choix de consommation et d'autres comportements en santé. C'est dans cette perspective que nous avons très récemment fait parvenir à la Migros une lettre ouverte, signée par 350 professionnels de la santé et soutenue par plusieurs associations, lui demandant de réintroduire le Nutri-Score.

La réponse rapide de Migros nous fait comprendre qu'elle ne changera pas de

stratégie.

Puisse cette action porter ses fruits et inspirer un engagement croissant. Nous espérons que cette lettre convaincra le plus grand nombre de l'utilité d'éduquer les citoyennes et de meilleurs choix alimentaires et que les politiques et responsables de santé publique rendront obligatoire l'affichage du Nutri-Score en Suisse et veilleront à promouvoir des actions d'éducation plus larges, en s'opposant à la loi du plus fort.

1 https://nutriscore-europe.com/wp-content/uploads/2023/01/NS_rapport-EU-V10_230202.pdf

2 Lüthi E, Badran-Amstutz W, Cornuz J. Nutri Score: que dire aux patientes et patients sur ce thème scientifique d'actualité? Rev Med Suisse 2024;20:2063-7. DOI: 10.53738/REVMED.2024.20.894.2063

3 Group of European Scientists and Health professionals supporting the implementation of Nutri-Score in Europe. Why the EC must choose the Nutri-Score nutrition label – a public health tool based on rigorous scientific evidence – as the harmonized mandatory nutrition label for Europe, https://nutriscore-europe.com/wp-content/uploads/2023/01/NS_rapport-EU-V10_230202.pdf

4 www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/determinants/exces-poids.htm

DR SYLVAIN DE LUCIA

Médecin interniste généraliste
sylvain.delucia@icloud.com

DRE ADELA ABELLA

Psychiatre-psychothérapeute enfants, adolescents
et adultes
cabinet.abella@amge.ch

CÉCILE RYSER

Pédopsychiatre
cecilyrser@bluewin.ch

DRE ORLANE MOYNAT

Sociologue
orlanemoynat@gmail.com

PRE JOHANNA SOMMER

Institut universitaire de médecine de famille et de l'enfance, responsable du cursus santé planétaire
johanna.sommer@unige.ch

ALLIANCE SANTÉ PLANÉTAIRE, BRANCHE SUISSE



Articles publiés
sous la direction de

LAURENT KAISER

Service des maladies
infectieuses
Hôpitaux
universitaires de
Genève

DANIEL KAUFMANN

Service des maladies
infectieuses
Centre hospitalier
universitaire vaudois
Lausanne

Guidelines: entre science, intelligence non artificielle... et un soupçon de pragmatisme

Pr LAURENT KAISER et Pr DANIEL KAUFMANN

Rev Med Suisse 2025; 21: 715-6 | DOI : 10.53738/REVMED.2025.21.913.47114

Une des tâches essentielles des sociétés savantes médicales ou des communautés d'experts est d'établir des guidelines et recommandations visant à promouvoir les bonnes pratiques cliniques.

Dans notre domaine, les maladies infectieuses, un des buts essentiels des guidelines est de favoriser le bon usage des antimicrobiens. Les objectifs prioritaires visent à proposer la bonne antibiothérapie empirique dans un syndrome ou une situation clinique donnée, à suggérer les ajustements ou alternatives nécessaires en fonction des comorbidités et des résultats microbiologiques, à éviter l'exposition inutile à des agents anti-infectieux avec le risque d'effets secondaires délétères et, de manière plus globale, à prévenir un usage excessif pouvant impacter l'écologie microbienne et favoriser l'apparition de résistances. Favoriser l'éclosion de résistances via un usage excessif des antibiotiques a pour conséquence directe de limiter les thérapeutiques disponibles à l'avenir. Ces objectifs sont parfois contradictoires, car ils opposent la prise en charge d'un individu – le patient, avec toutes ses particularités – et une approche plus globale qui touche à l'écologie communautaire et microbienne.

Il a été clairement démontré que restreindre l'usage des antibiotiques et limiter les prescriptions de certaines classes d'antimicrobiens est associé à une diminution des germes résistants circulant dans la communauté et les hôpitaux. Établir des guidelines vise à optimiser l'usage des antibiotiques et, dans une certaine mesure, doit aussi inciter à le restreindre. Ce dernier point peut être en

contradiction avec le pragmatisme nécessaire au lit du patient. Lorsqu'on est face à un syndrome infectieux ou à une situation clinique telle qu'une infection respiratoire mal caractérisée, le clinicien est toujours partagé entre la nécessité de prendre une marge de sécurité, ce qui peut conduire à une «surprescription», ou d'appliquer une rigueur excessive qui peut retarder l'initiation d'une antibiothérapie adéquate. L'espace-temps d'une consultation est aussi restreint et incite indirectement à une prescription rapide. Ne pas prescrire immédiatement un traitement implique aussi un contrôle clinique rapproché qui n'est pas toujours possible.

Même les meilleures guidelines ne pourront résoudre ce dilemme. Nous devons accepter que les décisions médicales reposent sur une évaluation clinique individuelle, une appréciation du risque, l'expertise préalable et un certain pragmatisme, qui favorise

la sécurité du patient et l'initiation précoce d'une antibiothérapie lorsqu'elle est potentiellement indiquée.

Dans ce dilemme, un point essentiel n'est pas tant l'initiation mais aussi la prescription juste. Utiliser un antibiotique avec un spectre aussi restreint que possible, assurer un dosage correct et surtout limiter la durée de l'antibiothérapie grâce à une réévaluation après environ 48 heures. Dans la majorité des cas, il y a en effet peu de risques à raccourcir une antibiothérapie. Assurer ces trois axes, c'est déjà atteindre une grande partie des objectifs.

Au-delà des guidelines permettant de diriger des interventions thérapeutiques, nous avons

**LES GUIDELINES
VISENT À OPTIMI-
SER L'USAGE DES
ANTIBIOTIQUES
ET, DANS UNE
CERTAINE MESURE,
DOIVENT AUSSI
INCITER À LE
RESTREINDRE**

Extrait de la Revue médicale suisse 2/2

également besoin de recommandations pour le bon usage des tests diagnostiques. Dans un monde idéal, disposer d'un panel diagnostique rapide permettant d'orienter la prise en charge thérapeutique serait le Graal de tout-e-s infectiologue-s. Mais dans le cadre de décisions médicales rapides au lit du patient, où les consultations s'enchaînent, il est illusoire d'imaginer avoir systématiquement tous les outils diagnostiques pour prescrire au plus juste. Développer des tests abordables et faciles d'utilisation reste un besoin non couvert en 2025. Bien que des progrès majeurs ont été faits pour trouver le juste milieu avec le bon test pour la bonne situation, cela reste encore un but lointain. Le développement ces dernières années de panels syndromiques, par exemple pour rechercher des bactéries entéro-pathogènes, apporte parfois aux cliniciens des résultats inutiles, voire en décalage avec le besoin clinique, avec un impact non négligeable sur les coûts de la santé. Il faut promouvoir les tests qui influencent la décision et les interventions utiles aux patients.

Les guidelines développées par les services des HUG sont disponibles depuis août 2023 à l'ensemble de la communauté médicale sur Firstline en open access¹ (une demande similaire est en cours au CHUV et aux Hôpitaux valaisans). Elles ont pour objectif de concilier les besoins cliniques et de prévenir les effets néfastes d'un usage inapproprié des antimicrobiens. Ces outils sont développés sur la base d'un travail multidisciplinaire et multicentrique avec des révisions régulières,

incluant parfois des spécialistes non-infectiologues, et prennent en compte le travail national de la Société suisse d'infectiologie. Cette dernière met également à disposition sur leur site (sous l'onglet Guidelines: <https://www.sginf.ch/guidelines/guidelines-overview.html>) des guidelines alignées avec les recommandations locales.

Cette multitude d'informations peut sembler redondante et excessive, mais elle vise à répondre aux besoins des praticiens et des cliniciens hospitaliers. Ces recommandations ne peuvent évoluer que grâce au retour des utilisateurs, c'est pourquoi nous

encourageons chaque praticien, quel qu'il/elle soit, à ne pas hésiter à faire des propositions et à nous apporter ses commentaires et suggestions.

Finalement, ces guidelines correspondent à une intelligence collective non artificielle, et peut-être un jour seront remplacées par une simple requête auprès d'un monstre numérique ou d'une boîte noire aux algorithmes impénétrables... En 2025, l'expérience ou l'expertise pragmatique de spécialistes capables de lier la science et la réalité clinique reste encore du domaine d'une médecine non algorithmique. À l'âge de l'intelligence artificielle qui émerge dans tous les domaines, la façon dont nous recherchons les recommandations changera certainement, mais aux experts de rester maîtres de la bonne pratique.

IL FAUT PROMOUVOIR LES TESTS QUI INFLUENCENT LA DÉCISION ET LES INTERVENTIONS UTILES AUX PATIENTS

Bibliographie

¹ <https://firstline.org/hug>

Extrait BMS bulletin des médecins suisses

Membres

Candidatures à la qualité de membre actif

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

Dre DIMASSI Saoussen

DAPHUB Society Sàrl, Rue du Beulet 11, 1203 Genève. Née en 1976, nationalité suisse et tunisienne.

Diplôme de médecin en 2012 en Suisse.

Titre postgrade de spécialiste en Médecine intensive en 2017 en Suisse.

Titre postgrade de spécialiste en Anesthésiologie en 2019 en Suisse.

Après avoir suivi ses études en Tunisie et obtenu le titre de spécialiste en Réanimation médicale en 2007 et obtenu son diplôme de Docteur en médecine en 2005, elle est partie effectuer un diplôme de formation approfondie en réanimation polyvalente aux Hôpitaux de Paris APHP. Elle entame son parcours en Suisse à Fribourg puis Genève où elle valide le diplôme de médecin MEBEKO en 2012 suivi par le FMH en soins Intensifs et en Anesthésie respectivement en 2016 et 2019. Un doctorat en médecine humaine en 2022.

Dre KASSITE Ibtissam

Clinique des Grangettes, Consultation pédiatrique, Chemin des Grangettes 7, 1224 Chêne-Bougeries

Née en 1988, nationalité française. Diplôme de médecin en 2019 en France, Reconnaissance en 2020
Titre postgrade de spécialiste

en Chirurgie en 2019 en France, Reconnaissance en 2020
Après avoir suivi mes études de médecine en France, puis mon internat de chirurgie pédiatrique à Tours, puis un semestre aux Hôpitaux de Paris (Kremlin Bicêtre), je suis venue en Suisse, à Genève en 2021 pour élargir mon expérience.
Avec mon diplôme de chirurgie pédiatrique et mes diplômes interuniversitaires d'urologie pédiatrique, de chirurgie néonatale et laparoscopique, j'ai renforcé mes acquis et mon expérience dans le service de chirurgie de l'enfant et de l'adolescent aux HUG, notamment en chirurgie urologique, viscérale et plastique pédiatrique.
Actuellement, j'exerce à la clinique des Grangettes depuis février 2025 en parallèle aux HUG.

Dre PIGUET Francine

Chemin de Beau-Soleil 22, 1206 Genève.

Née en 1989, nationalité suisse.

Diplôme de médecin en 2015 en Suisse.

Titre postgrade de spécialiste en Gynécologie et obstétrique en 2022 en Suisse

Après avoir suivi ses études de médecine à Genève et obtenu son diplôme en 2015, elle a débuté sa formation par une année de chirurgie générale à Morges. Par la suite, elle s'est spécialisée en Gynécologie-Obstétrique et a pratiqué durant 5 années en tant que cheffe de clinique à l'Hôpital du Valais et aux HUG. Elle s'installe à Genève à partir de novembre 2025 tout en gardant une activité de médecin consultante aux HUG.

Dre SAUVADET Elise

Clinique des Grangettes, Chemin des Grangettes 7, 1224 Chêne-Bougeries.

Née en 1982, nationalité française.

Diplôme de médecin en 2011 en France, Reconnaissance en 2015.

Titre postgrade de spécialiste en Anesthésiologie en 2011 en France, Reconnaissance en 2015.

Titre postgrade de spécialiste en Médecine intensive en 2022 en Suisse

La Dre Sauvadet Elise a obtenu son diplôme français d'anesthésie-réanimation au CHRU de Rennes en 2011, puis elle a travaillé en

réanimation médicale et polyvalente pendant quatre années. Après reconnaissance fédérale de son titre de spécialiste en anesthésiologie, elle a intégré les HUG en 2015, tout d'abord dans le service des soins intensifs, puis en anesthésiologie et en médecine interne. Elle a obtenu le titre de spécialiste en médecine intensive en 2022 et exercé ses deux spécialités en alternance. Actuellement, elle se consacre principalement à l'anesthésie.

Dr SINTZOFF Serge A.

Imagerive, La Colline, Avenue de Beau-Séjour 6, 1206 Genève.

Né en 1964, nationalité belge.

Diplôme de médecin en 1988 en Belgique, Reconnaissance en 2003.

Titre postgrade de spécialiste en Radiologie en 1992 en Belgique, Reconnaissance en 2003

Après des études secondaires, j'obtiens mon diplôme de Docteur en Médecine en 1988 et celui de radiologue, en 1992 à l'Université Libre de Bruxelles. Dès le début de cette formation mon intérêt est orienté vers l'imagerie ostéo-articulaire. Après avoir développé cette spécialité à l'Hôpital Erasme, Cliniques Universitaires de Bruxelles, j'ai fait de même au Centre Hospitalier Inter-régional Edith Cavelli-CHIREC et j'en deviens le chef du service d'Imagerie Médicale en 1999. En 2003, je suis contacté par l'équipe fondatrice d'Imagerive pour prendre en charge le développement de l'imagerie ostéo-articulaire à la Colline, avec une équipe élargie depuis lors, couvrant les autres sites d'Imagerive, Centre et Lac. Parallèlement, j'ai pris la responsabilité de la Direction Médicale de la Radiologie sur le site d'Imagerive, la Colline en 2015, celui d'Imagerive, Lac en 2020 et pour la Suisse Romande au début de cette année 2025, au sein d'Unilabs.

Dr SOLOMOS Leonidas

Centre Ophthalmologique de Rive, Rue Pierre-Fatio 15, 1204 Genève.

Né en 1993, nationalité grecque.

Diplôme de médecin en 2017 en Italie, Reconnaissance en 2018.

Titre postgrade de spécialiste en Ophthalmologie en 2024 en Suisse

Après avoir obtenu mon diplôme de médecine à l'Université de Pavie en Italie en 2017, je suis venu en Suisse pour me spécialiser en ophtalmologie. J'ai travaillé au sein du service d'ophtalmologie des HUG dès janvier 2019, à l'Hôpital ophtalmique Jules-Gonin à Lausanne en 2021-2022, et au Centre Ophtalmologique de Rive à Genève depuis novembre 2022 où je suis actuellement en poste en tant que médecin chef de clinique en formation chirurgicale.

Nouveaux membres probatoires

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

Dre AKHMETOVA Leïla, Dre CHEVALLIER Chloé, Dr DAVID Yoann, Dre LIRONI-HUGUENIN Céline, Dre MONS Anaïs, Dr SOMMARUGA Samuel, Dr STIERLIN Florian, Dre STROESCU Aurica, depuis le 11 mars 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):

Nouvelles candidatures

Dr HERREN Gilles,
Clinique de Genolier, Route du Muids 3, 1272 Genolier.
Né en 1978, nationalité suisse.
Diplôme de médecin en 2004 en Suisse.
Titre postgrade de spécialiste en Chirurgie en 2012 en Suisse

Le Dr Gilles Herren a obtenu son diplôme fédéral de médecin à Genève en 2004. Par la suite, il a orienté sa carrière vers le domaine de la chirurgie et a obtenu le titre de spécialiste FMH en 2012. Au fil des années, il a acquis une riche expérience professionnelle, exerçant dans divers établissements, notamment aux HUG, à l'Hôpital de Pourtalès, ainsi qu'en qualité de Chef de Clinique au service de Chirurgie de l'Hôpital de Morges, des HUG et des Hôpitaux de Sierre et Sion. En 2014, le Dr Herren a rejoint l'Hôpital de Nyon en tant que médecin chef co-responsable du service de Chirurgie. Pendant neuf ans, il a perfectionné ses compétences en techniques chirurgicales minimalement invasives et a introduit une approche novatrice dès 2018 : la prise en charge des hernies ventrales incisionnelles par laparoscopie. Le Dr Herren rejoint la Clinique de Genolier dès octobre 2023 pour mettre à profit ses nombreuses compétences dans le domaine de la Chirurgie générale et ses techniques chirurgicales novatrices. Il se réjouit d'également pratiquer à Genève, au sein de la Clinique Générale-Beaulieu. Ses principales compétences sont la chirurgie laparoscopique et robotique; la chirurgie de la paroi et minimale

invasive (laparoscopique ou robotique) des hernies ventrales; la chirurgie oncologique et la chirurgie viscérale.

Changement de statut

Dr NATALI Alessio, au 1^{er} janvier 2025.

Dr SIMIONI Nicolas, au 1^{er} janvier 2025.

Membres actifs à titre honoraire

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

Dre VETTERLI Suzanne, au 1^{er} janvier 2025.

Membres en congé

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

Dr GALLETTA Santi, au 1^{er} janvier 2025.

Dre LAMBERT Nelle, au 1^{er} janvier 2025.



Fondée en 1984 à Genève, la Fiduciaire GESPOWER 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:

- L'assistance lors de la création / reprise de sociétés ou cabinets médicaux
- Conseils juridiques
- Business plan
- Bilans et fiscalité
- Gestion comptable de sociétés
- Transformation juridique de sociétés

Rue Jacques Grosselin 8 - 1227 Carouge / Rue Saint-Pierre 4 - 1003 Lausanne
Tél 058 822 07 00 - fiduciaire@gespower.ch - www.gespower.ch

Membres passifs

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

Dr HUBER-SAUTEUR Evelyne, au 1^{er} juillet 2025.

Dr LACATIS Dumitru, au 1^{er} janvier 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):

Dr CACHELIN Hugues, au 30 juin 2025.

Dr GUERNE Pierre-André, au 31 décembre 2024.

Dr GUYOT Romain, au 30 juin 2025.

Dr PILLET Christine, au 30 juin 2025.

Dr RESPONDEK Matthias, au 31 décembre 2024.

Changements d'adresses et ouvertures de cabinet

Dr ANDRADE LOPES

Stéphanie (Endocrinologie et diabétologie) consulte désormais au sein de Medbase Lancy, Place de Pont-Rouge 5, 1212 Grand-Lancy

Dr BERKANE Nadia (Gynécologie et obstétrique) consulte désormais, Chemin de Beau-Soleil 4, 1206 Genève

Dr BITTAR Philippe (Psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents) consulte désormais, Quai Gustave-Ador 62, 1207 Genève

Dr CUENOD Philippe (Chirurgie de la main), poursuit son activité de spécialiste en chirurgie de la main au Chemin Thury 7B, 1206 Genève

Dr GAUDINO Maria Luisa (Psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents) consulte désormais au sein de l'OMP secteur consultation d'Onex, avenue des Grandes-Communes 37, 1213 Onex

Dr HSIEH Aurélie (Dermatologie et vénéréologie) annonce l'ouverture de son cabinet, Route de Malagnou 38A, 1208 Genève

Dre KLEIN Marianne (Médecin praticien) consulte désormais, Chemin Pontverre 8 1232 Confignon

Dr MASCIANGELO PEREZ Maria-Luisa (Psychiatrie et psychothérapie) consulte désormais, Avenue de Champel 24, 1206 Genève

Dr SOUIHI Samir (Psychiatrie et psychothérapie) consulte désormais au sein du Cabinet Minerva, Route de Florissant 3, 1206 Genève

Dr VACCARI Francisco (Psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents) consulte désormais au sein du Cabinet médical et psychothérapeutique de Carouge, Rue de la Gabelle 9, 1227 Carouge

Dr VASQUEZ Rodrigo (FMH médecine générale), a le plaisir de vous communiquer l'ouverture de son cabinet au sein du Centre médical de Montrilliant, rue des Gares 12, 1201 Genève.

Dr VUALA Catherine (Rhumatologie) consulte désormais au sein de BioAgeMed Sàrl, Rue de Graman 35, 1241 Puplinge

Décès

Nous avons le profond regret d'annoncer le décès du Docteur **Patrick IYNEDJIAN** survenu le 11 janvier 2025.

Nous avons le profond regret d'annoncer le décès du Professeur **Pierre MONTANDON** survenu le 20 mars 2025.

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



CLINIQUE DE CRANS-MONTANA

MÉDECINE INTERNE DE RÉHABILITATION

Nos pôles d'excellence:

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

Admissions

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

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

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



CLINIQUE DE CRANS-MONTANA



JOURNÉE MÉDICALE #10

LA TOUR – HUG (SMIG/SMPR) – REVUE MÉDICALE SUISSE

15 MAI 2025, SALLE COMMUNALE DE PLAINPALAIS – JOURNEE-MEDICALE.CH

Crédits FMC: 6 SSMIG

L'Hôpital de La Tour, les Hôpitaux universitaires de Genève et la Revue Médicale Suisse vous invitent à participer à leur dixième journée médicale qui aura lieu en plein cœur de Genève à la salle communale de Plainpalais.

Au programme:

- des thématiques proches de l'actualité scientifique et clinique
- des questions pratiques
- des sessions interactives avec présentation de quiz cliniques.

Salle communale de Plainpalais

Rue de Carouge 52

1205 Genève

Informations et inscriptions

Inscription obligatoire (sans frais)

www.journee-medicale.ch

Lison Beigbeder

Revue Médicale Suisse

lison.beigbeder@medhyg.ch

Tel. +41 (0)22 702 93 23

Fax. +41 (0)22 702 93 55

Événement organisé par:



**REVUE
MÉDICALE
SUISSE**

PROGRAMME

08:30 – 08:40 Accueil et café

08:40 – 08:45 **Mot de bienvenue**

*Pr Omar Kherad (HLT), Pr Jean-Luc Remy (HUG),
Dre Melissa Dominicé Dao (HUG)*

08:45 – 09:00 **Introduction**

**Nouveaux traitements pour la stéatose hépatique :
qu'en penser ?** *Dr Nicolas Goossens (HUG)*

09:00 – 10:00 **Session 1 : Vaccins d'ici et d'ailleurs**

**Vaccins pour la personne âgée en 2025 : le point pour
le non spécialiste**

Dre Astrid Malézieux-Picard (HUG)

Vaccin contre la dengue : faut-il s'y préparer ?

Dr Gilles Eperon (HUG)

10:00 – 10:30 Quiz 1

10:30 – 11:00 Pause

11:00 – 12:00 **Session 2 : Petite traumatologie**

Douleurs traumatiques du pied

Dr Adrien Ray (HLT)

Douleurs non traumatiques du pied

Dr Boris Gojanovic (HLT)

12:00 – 12:30 Quiz 2

12:30 – 13:30 Lunch

13:30 – 14:00 **Tribune**

Evidence-based medicine, toujours d'actualité ?

Pr Arnaud Perrier (ASSM)

14:00 – 14:30 Quiz 3

14:30 – 15:00 Pause

15:00 – 16:00 **Session 3 : Pneumologie**

**La réhabilitation respiratoire : pourquoi ? Pour qui ?
Comment ?**

• *Pr Jean-Paul Janssens (HLT)*

• *Dre Ana Tavares e Castro (HFR Riaz)*

• *Julie Ouldemar (HVS Martigny)*

16:00 – 16:30 Quiz 4

16:30 Conclusion

LA PRÉVOYANCE DES MÉDECINS

Sécurité. Flexibilité. Performance.

- Un médecin indépendant sur quatre nous fait confiance en Suisse Romande
- 100% des versements défiscalisés
- Rémunération moyenne sur 10 ans proche de 3%
- Tarif attractif depuis plus de 20 ans