

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

Où le travail du médecin est-il pris en compte ? Où a-t-on cherché à faciliter notre activité ? Où a-t-on privilégié la qualité des analyses et leur rendu ? Les assureurs seraient-ils devenus dans notre système de la santé, [...] les seuls à savoir et à connaître le parcours optimal du patient et de sa prise en charge ?

Après les médecins, les laboratoires aux mains des assureurs ?!?

Non content d'avoir attaqué de plein fouet le libre choix du médecin en votant en faveur de la fin de l'obligation de contracter, le parlement fédéral pourrait être tenté d'offrir le choix du laboratoire pour les analyses médicales aux assureurs-maladie.

Dans une réflexion globale sur les tarifs des laboratoires suisses, le Conseil national a accepté début mars l'idée que les coûts des analyses de laboratoires devraient être négociées entre partenaires tarifaires, au lieu d'être fixés par la Confédération et cela contre l'avis du Conseil fédéral et de celui des États. Dans le même temps, le Conseil national en a profité pour assouplir l'obligation de contracter dans le domaine des analyses de laboratoires. Sous couvert d'augmenter la concurrence, de faire pression sur les tarifs et de juguler la hausse des coûts, les assureurs ne rembourseraient uniquement que les analyses effectuées par des laboratoires avec lesquels ils ont conclu un accord contractuel. Malgré une fronde des cantons, des fournisseurs de prestations et du Conseil fédéral, le Conseil national a accepté cette réforme par 118 voix contre 68.

La balle est maintenant du côté du Conseil des États dont la Commission de la sécurité sociale et

de la santé publique (CSSS) a décidé le 4 avril dernier de maintenir fermement sa position de ne pas entrer en matière sur la modification de la loi fédérale sur l'assurance-maladie concernant les tarifs de la liste des analyses, objet 24.037, par 9 voix contre 1 et 3 abstentions en contestant avec force la fin de l'obligation de contracter dans le domaine des laboratoires. Espérons que lors de la session d'été, en juin, le Conseil des États suive la position claire de sa propre commission et refuse l'entrée en matière sur cette modification de la LAMal (tarifs de la liste des analyses). L'objet serait alors liquidé. Aux oubliettes la volonté du Conseil national de donner une nouvelle fois les pleins pouvoirs aux assureurs-maladie.

La situation actuelle est limpide. Le médecin choisit un laboratoire en fonction de ses propres besoins professionnels. Le choix est libre et les critères divers : spécificité des analyses, proximité, patientèle, valeurs de références constantes, prescription électronique facilitée, fiabilité, efficacité, collecte des échantillons aisée, temps de réponse et économie. Si le Conseil des États devait aller dans le sens du Conseil national, alors le médecin serait confronté au choix de son patient pour une assurance donnée qui, elle seule, choisirait

contractuellement les laboratoires partenaires. Les risques d'erreurs, de confusion, d'intervenants multiples, de suivi erroné lié à des valeurs de références différentes ou de valeurs cibles variables d'un laboratoire à l'autre, sont évidents. Si un patient change d'assurance, alors il changera de laboratoire, et ainsi de suite.

Où le travail du médecin est-il pris en compte? Où a-t-on cherché à faciliter notre activité? Où a-t-on privilégié la qualité des analyses et leur rendu? Les assureurs seraient-ils devenus dans notre système de la santé, et aux yeux de parlementaires obnubilés par le marché et pensant que tout doit être géré comme des marchandises et des produits, les seuls à savoir et à connaître le parcours optimal du patient et de sa prise en charge? STOP! Il faut savoir dire stop. Nous pourrions compter, osons l'espérer, sur la clairvoyance des représentants des cantons au parlement.

Dans un contexte tendu, mettre fin à l'obligation de contracter pour les laboratoires est aussi désastreux que la volonté de mettre fin à l'obligation de contracter pour les médecins. Concernant notre profession, nous

lancerons un référendum pour maintenir le libre choix de son médecin comme en 2008 et en 2012 où nos campagnes politiques proches de la population avec comme slogan « Ma santé, mon médecin, c'est mon choix » avaient fait un tabac dans les urnes. Vouloir résoudre la hausse des coûts de la santé dans notre pays en donnant les clés du système de la santé aux assureurs-maladie est un contre-sens. Il faut rechercher les partenariats, le « travailler ensemble » dans un but commun. Les oppositions sont stériles et aucun acteur ne doit pouvoir avoir la mainmise sur la santé. Malgré que le peuple suisse ait, en 2024, refusé nettement un budget global qui ne pouvait mener qu'à un rationnement des soins, le Conseil fédéral vient, dans le cadre de l'introduction du Tardoc et des forfaits au 1^{er} janvier 2026, d'émettre une recommandation d'une hausse maximale de 4% des coûts de la santé, sans aucun autre critère, véritable tondeuse, qui s'apparente à un budget global. La prochaine Chambre médicale de la FMH devra aborder cette contrainte qui, si elle est n'est pas liée à la démographie, au progrès médical, aux charges des institutions, cabinets et centres médicaux, aux futurs prix

des médicaments dans les domaines de pointe de l'immunologie et de l'oncologie pour ne citer que ces deux spécialités qui porteront la médecine personnalisée, la bascule ambulatoire renforcée par l'arrivée prochaine d'EFAS ou encore le coût du maintien à domicile dans une société qui tend à une explosion de la psycho-gériatrie, imposera une limite des coûts, compréhensible dans le fond mais peu crédible dans la forme.

Comme dans le domaine des assurances complémentaires (LCA) où le modèle genevois, n'en déplaise à un certain nombre d'assureurs, démontre sa qualité, son actualité et le fait qu'une construction privilégiée en partenariat avec les assureurs, en confiance et dans le respect, est la seule façon de pouvoir accepter mutuellement des tarifs négociés qui correspondent à la pratique. C'est dans ce sens que les décisions du parlement sont cataclysmiques et contraires à notre ligne claire qui souhaite privilégier le dialogue et la recherche commune de solutions. La population ne doit pas souffrir de décisions impactantes sur sa prise en charge médicale. La décision ultime lui appartient.

 **GE-MED**
GENÈVE-MÉDECINS

À DOMICILE 24H/24

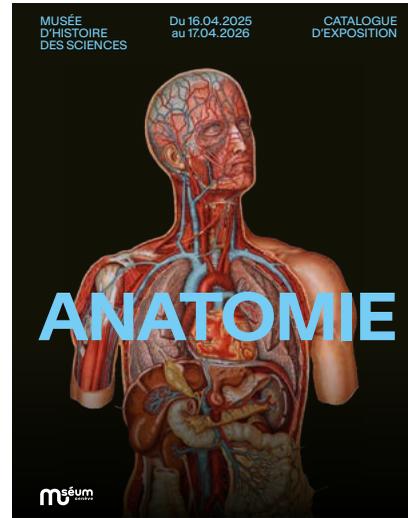
022 754 54 54

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

Deux expositions à ne pas manquer



Der Doten Dantz mit Figuren
(«Danse macabre»)
Mayence, Jacob Meydenbach, c. 1492
42 gravures sur bois
Incunable Bodmer 268,
ill. 28, p. 130
Fondation Martin Bodmer



I. «Histoire(s) de la médecine. Collections de la Fondation Martin Bodmer»

Du 21 mai au 30 septembre 2025,
entrée libre de 7h à 18h
Faculté de médecine, Centre médical
universitaire, 1^{er} étage, bâtiment A-B
Vernissage mardi 20 mai à 17h,
suivi d'une visite guidée

Parcourir les siècles qui jalonnent la longue histoire de la médecine peut être l'occasion pour nous, observateurs du III^e millénaire, d'un étonnant voyage. Les impressions oscillent entre le constat d'intuitions visionnaires et les associations d'idées souvent exotiques, parfois incongrues.

Les collections de la Fondation Martin Bodmer représentent un formidable accès à ce patrimoine. Le Professeur Jacques Berchtold et Yoann Givry, commissaire, vous proposent une exposition construite à partir d'ouvrages choisis pour leur intérêt graphique et leur diversité – lieux, époques, formes et usages. Quinze épisodes autonomes racontent, sur panneaux, une part de cette histoire commune; le visiteur est libre de les parcourir dans l'ordre qu'il préfère. Des QR codes permettent d'accéder aux notices associées à chaque planche.

Une partie des notices sont issues du livre de l'exposition «**La médecine ancienne, du corps aux étoiles**» (2010-2011), sous la direction de Gérald d'Andiran, bien qu'adaptées pour cette exposition originale. (YG)

II. Exposition «Anatomie» au Musée d'histoire des Sciences de Genève

Du 16 avril 2025 au 17 avril 2026
Tous les jours de 10h à 17h (fermé le mardi)
Exposition bilingue français-anglais
Musée d'histoire des sciences, parc de
La Perle du Lac, rue de Lausanne 128

Le Musée d'histoire des sciences de Genève (MHS) accueille pendant un an l'exposition «**Anatomie**», sous le commissariat de sa directrice, Laurence-Isaline Stahl Gretschi. Quoi de plus mystérieux et fascinant à la fois que notre propre corps? Voir à l'intérieur de celui-ci pour en comprendre le fonctionnement et mieux se connaître, est l'un des sujets qui occupe les humains depuis l'Antiquité au moins. Son étude se pratiquait déjà à Genève dès la Renaissance mais il faudra attendre 1876, date de la création de la Faculté de médecine, pour voir apparaître de nouveaux outils d'enseignement.

Les cires anatomiques de la clinique dermatologique de l'ancien Hôpital de Genève sont par leur beauté et le côté novateur des techniques, au cœur de cette exposition. Confiées au MHS en 1962, elles servent encore à la formation, intégrées à un projet de recherche alliant restauration et numérisation 3D. L'exposition explore également l'évolution de l'anatomie microscopique, depuis les observations de Marcello Malpighi au 17^e siècle jusqu'à l'histologie moderne. Aujourd'hui, l'imagerie médicale permet d'étudier le corps sans l'ouvrir, alors que des technologies comme l'impression 3D révolutionnent l'enseignement de l'anatomie. (synthèse MHS – UniGe)

12 MOIS 12 ACTIONS POUR UNE MÉDECINE EFFICIENTE ET DURABLE

TRANSFUSION SANGUINE: LIMITER AU STRICT NECESSAIRE

Transfuser au-delà du strictement nécessaire est non seulement inutile et coûteux, mais expose aussi à des risques infectieux et à des réactions allergiques, immunologiques, thrombotiques et hémodynamiques. Aujourd'hui encore, limiter l'usage de cette ressource précieuse demeure un défi. Les recommandations préconisent une évaluation individualisée,¹ basée sur le taux d'hémoglobine, l'état clinique et les facteurs de risque, dans le but de limiter les transfusions et le nombre de poches utilisées au strict nécessaire.²



Une utilisation appropriée

L'utilisation appropriée des transfusions repose sur le « Patient blood management ». Cette approche vise à réduire les transfusions en optimisant le taux d'hémoglobine (correction de l'anémie avant une chirurgie, par exemple), en limitant les pertes sanguines (utilisation de techniques de récupération du sang du patient, médicaments contre le saignement, etc.) ou encore en améliorant la tolérance à l'anémie (surveillance et stabilisation de la circulation, seuil de transfusion selon l'état clinique).



L'excès de transfusions

Un excès de transfusions impacte à la fois les **coûts** et les **risques**. Une transfusion sanguine coûte environ CHF 550, dont CHF 270 pour le produit et CHF 280 pour la main-d'œuvre. Bien que très rares, les **complications** existent et incluent les réactions indésirables (7,9/1000 transfusions), qui ont entraîné deux décès en 2023. Les erreurs, par exemple une confusion entre deux patients, se sont produites 0,34 fois et des erreurs ont été évitées de justesse 9,6 fois par 1000 transfusions en 2023.³



Que faire dans la pratique clinique

Les transfusions doivent être administrées avec parcimonie et discernement, conformément au principe de transfuser **uniquement en l'absence d'alternative**. Il convient donc d'abord de traiter les causes sous-jacentes de l'anémie, de stabiliser l'état hémodynamique et d'arrêter tout saignement actif.

La question d'une transfusion se pose à un seuil d'hémoglobine inférieur à 70 g/l pour les patients stables, 75 g/l pour les patients subissant une chirurgie cardiaque et 80 g/l pour ceux subissant une chirurgie orthopédique ou ayant des antécédents cardiovasculaires.⁴



Chiffres clés pour la Suisse

★ **211 546 TRANSFUSIONS DE SANG EN 2023.**³

★ **DIMINUTION DE 6,8 (2013) À 5,5 (2023)** transfusions par 1000 habitants.⁵

★ **DIMINUTION DE 27 % (2012) À 5,5 % (2019)** de transfusions inappropriées, selon une étude en médecine interne générale.⁶

RÉFÉRENCES

1. Mueller MM, et al. ICC PBM Frankfurt 2018 Group. Patient Blood Management: Recommendations from the 2016 Frankfurt Consensus Conference. JAMA. 2019 Mar 12;321(10):983-997.

2. Smarter medicine. <https://www.smartermedicine.ch/fr/liste-top-5/medecine-interne-generale-hospitaliere-2016>

3. Swissmedic HémoVigilance Rapport annuel 2023. <https://www.swissmedic.ch/swissmedic/fr/home/medicaments-et-usages-humains/surveillance-du-marche/haemovigilance/haemovigilance-publications-evenements/haemovigilance-report-2023.html>

4. Carson JL, et al. Red Blood Cell Transfusion: 2023 AABB International Guidelines. JAMA. 2023 Nov 21;330(19):1892-1902.

5. Atlas des services de santé. https://www.versorgungsatlas.ch/fr/indicateur/_161

6. Jeganathan-Udayakumar P, et al. Haemoglobin thresholds for transfusion: how are we doing in the era of Choosing Wisely? A retrospective cohort study. Swiss Med Wkly. 2023;153:41912.





Le désastre américain, une occasion de repenser les relations Sud-Nord, enfin?

Pre VALÉRIE D'ACREMONT, Pre ANGÈLE MENDY et Pr FRANÇOIS CHAPPUIS

Rev Med Suisse 2025; 21: 895-6 | DOI : 10.53738/REVMED.2025.21.916.47307

Articles publiés
sous la direction de

**VALÉRIE
D'ACREMONT**

Policlinique de
médecine tropicale,
voyages et
vaccinations
Unisanté
Centre universitaire
de médecine
générale et santé
publique
Lausanne

**FRANÇOIS
CHAPPUIS**

Service de médecine
tropicale et
humanitaire
Département de
médecine de premier
recours
Hôpitaux
universitaires de
Genève

La récente décision du gouvernement américain de couper les vivres à l'OMS est sans aucun doute un désastre. D'aucuns critiquent que les actions que peut entreprendre cette organisation multilatérale sont limitées, avant tout en raison de sa dépendance intrinsèque aux intérêts souvent divergents des pays qu'elle représente (qui sont obligés de se mettre d'accord démocratiquement, ce qui n'est évidemment pas du goût de l'actuel gouvernement américain). Cependant, l'OMS joue un rôle essentiel de coordination de la santé mondiale face aux grands enjeux qui s'accroissent au fil du temps. Les exemples successifs de sa gestion des virus H5N1 (apparu en Asie), Zika en Amérique Latine, Ebola en Afrique et Covid-19 en sont de parfaites illustrations.

Mais ceci est-il également vrai pour la décision outre-Atlantique de stopper brutalement les financements aux agences de développement, telles que USAID (Agence des États-Unis pour le développement international)? Bien sûr, c'est une tragédie pour tous les employés de ces organisations qui perdent du jour au lendemain leur travail, et pour les nombreux patients qui dépendent des traitements qu'elles fournissent depuis des dizaines d'années. C'est également une désillusion pour les États bénéficiaires qui prennent en compte ces investissements dans leurs prévisions budgétaires. Mais qui sont réellement les travailleurs et malades bénéficiant de tout l'argent dépensé par ces grandes agences? Et surtout, qu'en pensent les spécialistes de santé publique et des institutions de soins des pays concernés? Qui a lu un article dans la presse où ils auraient

vraiment eu le loisir d'exprimer le fond de leur pensée?

Si on regarde de plus près cette «aide» aux pays (financièrement) pauvres, généreusement fournie par les pays (financièrement) riches, en premier lieu les États-Unis, on s'aperçoit qu'elle sert premièrement les intérêts des pays donateurs. Elle est construite sur des mécanismes où le retour sur investissement (en faveur du pays donateur, d'où proviennent l'expertise et la main d'œuvre qualifiée, plutôt que récipiendaire) est prioritaire. Cet investissement, appelé «aide», est souvent constitué de prêts plutôt que de dons (par exemple, d'après leur rapport de 2022, plus de la moitié des investissements de l'Agence française de développement, l'acteur le plus important en

**CETTE AIDE AUX
PAYS PAUVRES
SERT EN PREMIER
LIEU LES INTÉRÊTS
DES PAYS DONATEURS**

Afrique francophone, étaient en réalité des prêts), qui ne font que creuser davantage la dette énorme sous laquelle ces pays croulent déjà, et qui empêcheront encore longtemps les enfants et petits-enfants de leurs habitants de bénéficier enfin des services étatiques minimaux, en particulier pour la santé et l'éducation. Dans les pays bénéficiaires, ils sont vus comme un véritable frein à la pleine mise en œuvre des plans sanitaires nationaux et même, en ce qui concerne l'Afrique depuis les années 1980, une cause d'exacerbation de la défaillance des systèmes de santé. Ils perpétuent une dépendance chronique, donnant la fausse impression que les systèmes de santé fonctionnent principalement grâce aux aides des partenaires au développement. La coordination des actions de ces derniers a conduit à une dépendance définitive vis-à-vis de «l'aide» à la santé,

Extrait de la Revue médicale suisse 2/2

notamment face aux pandémies et à leurs impacts sur les économies nationales.

De fait, ce sont surtout les industries des pays riches (et donc leurs employé-es), fournissant tout le matériel médical, informatique et pharmaceutique pour ces programmes de développement, qui bénéficient de ces investissements. Ces derniers se font pour la plupart en parallèle des structures locales qui n'en bénéficient pas vraiment et menacent de s'effondrer à tout moment par manque de moyens pérennes. Pour prendre un exemple vécu, cela a-t-il vraiment du sens d'apporter des outils de santé numériques sophistiqués (les donateurs aimant particulièrement les innovations technologiques) dans des centres de santé ne bénéficiant même pas d'eau et d'électricité?

Et pourtant, les pays «du Sud» possèdent pour la plupart et depuis longtemps leurs propres plans nationaux stratégiques, en particulier pour la santé, dans lesquels ils souhaiteraient investir de manière plus autonome. Ces programmes sont solides car basés sur une expertise locale qui connaît la réalité du terrain et sur des données, par exemple, générées par leurs systèmes de surveillance des maladies (que l'on rêverait d'avoir en Suisse, nous qui avons décidé de même délaisser notre maigre système de surveillance des maladies infectieuses mis en place lors de la pandémie de Covid-19). Ces pays possèdent également des compétences en santé publique, en particulier dans la gestion des épidémies, dont les pays tels que le nôtre pourraient largement bénéficier. Les pays du Sud ont également l'habitude de travailler avec des ressources humaines et

financières limitées, une réalité que nous découvrons douloureusement en Suisse avec la pénurie de soignant-es et des coûts de la santé en constante augmentation.

Alors, cette décision du gouvernement américain pourrait-elle être une occasion de reconnaître la vraie nature de l'aide au développement largement méconnue de nos opinions publiques nationales, et de sortir enfin du réflexe colonialiste dont nous n'avons pas réussi à vraiment nous défaire jusqu'à maintenant, en commençant par écouter les professionnel-es de ces pays? Ceci permettrait de respecter les plans d'investissement qu'ils ont développés, et leur manière de soigner les patient-es, par exemple, en honorant l'accent souvent mis sur la prévention des maladies. Cela permettrait également que les employé-es locaux des agences de développement, au lieu de vivre d'emplois précaires pouvant s'arrêter du jour au lendemain, puissent être employés de manière stable comme fonctionnaires d'État ou dans des entreprises ou organisations locales. L'objectif pour nos pays serait de contribuer financièrement aux besoins fondamentaux de leurs populations, sans contrepartie ni condition, d'effacer leurs dettes, et de payer au juste prix les matières premières que nous leurs achetons, dont nous sommes si gourmands. Le principe serait tout simplement une collaboration en vue d'échanger connaissances et savoir-faire de façon réciproque, comme nous le pratiquons avec n'importe quel pays qui nous entoure.

**CELA A-T-IL DU
SENS D'APPORTER
DES OUTILS DE
SANTÉ NUMÉ-
RIQUES DANS
DES CENTRES DE
SANTÉ SANS
ÉLECTRICITÉ?**

Le médecin de demain: soliste, musicien ou chef d'orchestre?

Entre l'image sociétale du médecin, et la réalité vécue par les professionnels, il semble y avoir un fossé grandissant. D'un côté, un métier qui fait (encore) rêver, une profession au service des autres collectionnant les progrès et les succès, et un statut social enviable. De l'autre, la déillusion et le désenchantement d'une pratique où l'administration prend toujours plus de place, et où il faut passer autant de temps à justifier ses actions qu'au contact direct avec les patients.

Mais c'est aussi l'essence même de la profession qui est en train de changer. Quand on demande à une étudiante en médecine ses motivations, il y a le plus souvent un mélange de curiosité scientifique (hautement souhaitable) et d'intérêt pour l'humain (absolument nécessaire). Et, selon que l'on s'imagine urgentiste ou médecin de famille, sauver des vies et soulager la souffrance reviennent souvent au premier rang des raisons d'avoir choisi ce métier.

Or, dans l'imaginaire des futurs médecins, c'est presque toujours une action individuelle et qui se déroule dans le cadre d'une relation duale, la fameuse relation médecin-patient. Il en est du reste de même du côté des professions soignantes. L'imagerie sur internet met presque toujours en scène un médecin ou une infirmière (plus rarement une médecin ou un infirmier...) et une patiente, les représentations d'équipe étant réservées au bloc opératoire. Ainsi, le cadre est posé: une salle de consultation, un professionnel de santé et un patient.

Or, l'un des principaux défis à relever par notre système de santé est le manque prévisible de professionnelles qualifiées pour assurer les besoins de santé de notre population. Et cela face à des besoins croissants, avec le doublement prévu du nombre de personnes âgées de 80 ans et plus d'ici 2040 ou 2050. Deux pistes de solutions, d'ailleurs complémentaires, sont proposées pour affronter cette réalité: l'évolution des professions soignantes, par exemple les infirmiers de pratique avancée, et la promotion de l'interprofessionnalité.

Ce n'est probablement pas la meilleure raison de promouvoir le travail d'équipe, puisque rien ne dit qu'il sera plus facile de recruter à l'avenir des soignantes que des médecins. Mais surtout, déléguer davantage de tâches et travailler ensemble pour «boucher des trous», ça ne fait pas vraiment rêver... D'autant que cela modifie cette fameuse image d'une profession qui magnifie la relation entre deux personnes.

Alors, il est temps de changer de discours, et de valoriser réellement le travail collaboratif. Ce terme remplacerait avantageusement celui d'interprofessionnalité, qui véhicule davantage la juxtaposition des compétences professionnelles qu'une vraie prise en charge partagée. S'il est vrai que le travail collaboratif permet

d'optimiser les ressources nécessaires au service des patients, il est surtout démontré qu'il améliore la qualité et la sécurité des soins, et la satisfaction des professionnelles et des patients. Et il correspond mieux aux besoins multiples d'une population vieillissante avec son lot de maladies chroniques et de polymorbidité. Il faut donc en faire un thème central de la formation des médecins et des soignantes dès le pré-gradué, et développer toujours davantage les modules d'apprentissage en commun tels qu'ils se pratiquent déjà à la Faculté de médecine de l'Université de Genève. Comme l'exprime un rapport de l'OMS¹ cité par un document de l'OFSP sur l'interprofessionnalité dans le domaine de la santé²: «Once students understand how to work interprofessionally, they are ready to enter the workplace as a member of the collaborative practice team. [...] Interprofessional health-care teams understand how to optimize the skills of their members, share case management and provide better health-services to patients and the community».

Ainsi, le futur médecin, comme les musiciens professionnels, sera de plus en plus appelé à travailler en équipe, et, s'il continuera selon les situations à jouer de son instrument en soliste, il sera souvent amené à jouer dans un ensemble. La

composition de ces formations musicales dépendra de l'environnement de pratique et des spécificités des patientes à prendre en charge. Et l'équipe pourra inclure toute une palette de professionnels de la santé et du social. Enfin, souvent, mais pas toujours, la médecin aura un rôle de cheffe d'orchestre, de cheffe de l'équipe. Est-ce que ce sera pour autant la fin du modèle actuel de la relation duale? Certainement non, et il restera une place importante pour des relations de longue durée, avec leur lot de compagnonnage et de gratifications, puissants antidotes contre le désenchantement. Simplement, certaines de ses relations seront partagées, et la gratitude des patients dirigée sur de nombreux professionnels, et non sur un seul. Il ne s'agit donc pas de supplanter l'image traditionnelle de la relation médecin-patient, mais de l'enrichir d'autres images, d'autres modèles, avec une seule certitude: quelle qu'en soit la configuration, la relation avec les patientes, comme la musique, est une source inépuisable d'enrichissement réciproque et de joie.

1 World Health Organization (WHO) & Health Professions Networks – Nursing & Midwifery – Human Resources for Health (2010): Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice, Geneva: www.who.int/publications/i/item/framework-for-action-on-interprofessional-education-collaborative-practice

2 Programme de promotion. Interprofessionnalité dans le domaine de la santé 2017-2020. Berne: OFSP: www.bag.admin.ch/bag/fr/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitspolitik/foerderprogramme-inter-professionalitaet.html

PR ARNAUD PERRIER

Faculté de médecine
Université de Genève
Fondation privée des Hôpitaux universitaires de Genève
Président
1211 Genève 14
arnaud.perrier@unige.ch



Articles publiés
sous la direction de

**HUBERT
MAISONNEUVE**

Institut universitaire
de médecine de
famille et de
l'enfance, Université
de Genève

**NGUYEN
TOAN TRAN ET
NICOLAS SENN**

Département de
médecine de famille,
Unisanté, Université
de Lausanne

**DAGMAR M.
HALLER**

Institut universitaire
de médecine de
famille et de
l'enfance, Université
de Genève

Santé mentale pour toutes et tous

Dr HUBERT MAISONNEUVE, Pr NGUYEN TOAN TRAN, Pr NICOLAS SENN et Pre DAGMAR M. HALLER

Rev Med Suisse 2025; 21: 939-40 | DOI: 10.53738/REVMED.2025.21.917.47288

Dominique a 25 ans. Étudiante en 5e année de médecine, elle évolue en milieu clinique depuis bientôt deux ans. Elle a débuté son stage dans la maison de santé où je travaille début mars 2025. À la fin de sa 2^e journée, quand je l'invite à partager son expérience, elle me regarde, les yeux pleins d'enthousiasme, mais aussi avec une pointe d'inquiétude: elle me livre qu'elle a l'impression de redécouvrir ce qu'est la médecine. Je l'encourage à approfondir. Elle évoque l'intérêt de l'approche globale en médecine de famille, et l'impression vive que, pour la première fois, de vraies personnes existent derrière les pathologies, là où son regard se focalisait jusqu'ici sur des signes cliniques. Après toutes ces années d'étude, elle est impressionnée par la prévalence des troubles de santé mentale, mais surtout, par leur intrication fine avec d'autres pathologies, l'ensemble des défis sous-tendus par leur prise en compte et les émotions – parfois enrichissantes, parfois éprouvantes – qu'elle a ressenties durant ces deux jours.

L'expérience de Dominique, par son regard neuf sur la réalité de la médecine de famille, met en lumière des réalités bien connues des médecins de famille. Accueillir des étudiant-e-s en cabinet est une source d'échanges enrichissants, une opportunité unique qui nous pousse à réfléchir sur notre pratique. Dominique nous rappelle aussi que l'exposition au milieu clinique sollicite intensément les étudiant-e-s. Investir dans des ressources adaptées, notamment en soutenant un accompagnement de qualité, est indispensable pour les aider à traverser cette période sans compromettre leur propre santé mentale. Enfin, son témoignage illustre que les préoccupations en matière de santé mentale sont omniprésentes dans le quotidien des médecins de famille. Par santé mentale, on entend un

état de bien-être global, c'est-à-dire émotionnel, social, physique, spirituel et économique. Cet état permet à chacun de réaliser son potentiel, d'affronter les aléas de la vie, d'être productif dans son travail et de contribuer à sa communauté.¹

Cette définition illustre pourquoi la prise en charge des troubles de la santé mentale est complexe et constitue souvent une source de difficultés.^{2,3} Elle mobilise en effet l'ensemble des compétences du médecin de famille, y compris le travail en réseau. L'approche holistique de la médecine de famille doit pouvoir proposer une intégration de la santé mentale et physique des patients. Malheureusement, comme souligné par nos collègues

psychiatres et confirmé par une étude auprès de médecins en formation postgraduée, les médecins de famille manquent d'outils pour réaliser cette intégration. De plus, les conditions structurelles de l'organisation des services de santé ne favorisent pas l'interprofessionnalité de proximité, par exemple la présence, sur un même lieu, de médecins et infirmier-ère-s en santé mentale.⁴

Contrairement aux psychiatres, peu de médecins de famille ont été formés à prendre soin de leur propre santé mentale. Or, cette aptitude est essentielle pour accueillir les émotions et questionnements de nos patients. Dès la première année de médecine, les étudiant-e-s de plusieurs facultés suisses subissent encore une pression intense, exacerbée par le (de facto) numerus clausus. Ce climat compétitif engendre un stress considérable, compromettant dès le départ leur santé mentale et façonnant une culture où le déni de souffrance psychologique est trop souvent synonyme de résilience. Dès l'entrée en médecine – et tout au long du parcours, du

**L'EXPOSITION AU
MILIEU CLINIQUE
SOLLICITE
INTENSÉMENT LES
ÉTUDIANT-E-S**

Bibliographie

1
– World Health Organization (WHO). Mental health: strengthening our response [Internet]. Geneva: WHO; 2022 [cited 2025 Mar 26]. Available from: www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response

2
– Plessen KJ, et al. Investir dans la santé mentale, cela vaut la peine ! Rev Med Suisse. 2024;20(887):1635-6

3
– Senchyna A, et al. General practitioners' perspectives on barriers to depression care: development and validation of a questionnaire. BMC Fam Pract 2020;21(1):156

4
– Kaiser S, et al. Le rôle des médecins généralistes dans les soins de santé mentale. Rev Med Suisse. 2023;19(842):1683-4

Extrait de la Revue médicale suisse 2/2

postgrade à la formation continue – il est crucial de favoriser une approche plus équilibrée et humaine. Cela aiderait les futur-e-s médecins à être mieux outillé-e-s pour exercer leur profession, et à la vivre avec davantage d'ouverture, tant envers eux-mêmes qu'envers les autres.

Ces transformations s'inscrivent dans le temps et nécessiteront une mise en place progressive. En attendant, nous pouvons, par exemple, nous appuyer sur les nouveaux modèles de soins et promouvoir des exemples de dispositifs concrets, susceptibles de relever les défis posés par la prise en soins de ces situations au quotidien. Le travail en interprofessionnalité dans les maisons de santé, ainsi que les différentes modalités de collabora-

tion entre médecins de famille et psychiatres constituent des pistes prometteuses. Ces dispositifs permettent d'améliorer la prise en charge des patients, soutenir leur maintien à domicile, renforcer les compétences des professionnels de la médecine de famille et, in fine, améliorer leur qualité de vie au travail.

L'enjeu est de soutenir tous ces processus de manière dynamique. Il s'agit non seulement de garantir des soins de qualité à nos patients, mais aussi d'accompagner les nouvelles générations de médecins pour que des jeunes collègues comme Dominique vivent cette expérience comme fondatrice et stimulante, plutôt que comme une source de découragement face à leur avenir professionnel.

Soutenir la santé mentale des futurs médecins: pistes de réflexion

Dre MARIE-ANNE PHAM^{a,b}, PAULINE BOCHET^c, Dre FRANÇOISE JERMANN^d, Pre DAGMAR M. HALLER^e et Pre CAMILLE PIGUET^{e,f}

Rev Med Suisse 2025; 21: 957-61 | DOI : 10.53738/REVMED.2025.21.917.47201

Les difficultés de santé mentale sont fréquentes chez les étudiants, et en particulier chez les étudiants en médecine. Ces derniers souffrent de niveaux plus élevés d'anxiété, de dépression et de burnout que la population du même âge. Ce domaine de recherche en pleine expansion offre quelques pistes de compréhension des facteurs individuels et systémiques. Malgré un niveau de preuve encore faible, la littérature internationale suggère des axes d'amélioration à intégrer dans le curriculum afin de soutenir la santé mentale des étudiants. Nous résumons ici les principales données disponibles à ce jour, ainsi que l'état des lieux actuel à Genève et les perspectives futures.

Supporting the mental health of future doctors: ideas for consideration

Mental health problems are common among students, especially medical students. The latter suffer from higher levels of anxiety, depression, and burnout than the population of the same age. This growing field of research offers some insights into individual and systemic factors. Despite the current limited level of evidence, the international literature suggests areas for improvement to be included into the curriculum to support students' mental health. We summarize the main data available to date and present the current situation in Geneva and future perspectives.

INTRODUCTION

L'épidémiologie récente nous offre un constat accablant: les cordonniers restent les plus mal chaussés! Si les étudiants en médecine débutent souvent leur cursus d'étude avec un niveau de santé psychologique similaire à leurs pairs du même âge, ils développent par la suite plus d'anxiété, de dépression et de burnout. En effet, la prévalence du burnout, de l'anxiété et de la dépression chez les étudiants en médecine a été estimée à plus de 30% dans une récente revue parapluie.¹ À Genève, des chiffres de 2019 sont encore plus alarmants: environ 45% des étudiants sondés à l'Université de Genève et à la Haute école spécialisée avaient une mauvaise gestion du

stress, et 50 à 60% se sont sentis tristes ou déprimés au cours de l'année écoulée.^{2,3} En Suisse plus largement, parmi les données collectées durant la première vague de la pandémie de Covid-19, les niveaux d'anxiété et de dépression des étudiants en médecine s'élevaient respectivement à 22 et 27%, mais étaient comparables aux niveaux de détresse psychologique mesurés hors situation pandémique.⁴ Une étude longitudinale lausannoise confirme cette tendance à l'échelle romande, avec une prévalence significativement plus élevée de dépression que dans la population du même âge (46,9 vs 21,7%).⁵ Les stressés identifiés au cours de la formation prégraduée sont différents selon l'avancée dans le cursus. Cette étude a identifié des facteurs protecteurs, qui sont présentés dans le **tableau 1**.

Comment expliquer une telle tendance? Le milieu professionnel médical peut tendre à promouvoir une culture de l'excellence, qui implique une pression psychique importante. Au début des études, la quantité de matière à maîtriser, associée à la compétition du concours de fin de première année, s'ajoutent pour certains à l'isolement lié à un possible déménagement. L'entrée en stage clinique implique non seulement une exposition à la souffrance, à la mort et à la chronicité de certaines maladies, mais également un investissement dans un apprentissage continu et l'adaptation aux horaires irréguliers. Diverses peurs et appréhensions peuvent également apparaître, telles que la peur de ne pas être à la hauteur pour les patients, de commettre des erreurs ou de ne pas pouvoir tenir le rythme. Ces facteurs peuvent varier selon le soutien des enseignants, avec par exemple un meilleur niveau de bien-être lorsque la supervision encourage spécifiquement le raisonnement clinique des étudiants.⁶

Peu d'étudiants recourent aux soins de santé mentale du fait de barrières systémiques (économiques, horaires d'ouverture, lieu de consultation) ou individuelles (stigmatisation, peur d'un manque de confidentialité, normalisation des symptômes).⁷

TABLEAU 1

Facteurs protecteurs pour la santé psychique⁵

Données tirées d'une étude concernant les étudiants en médecine lausannoise.

Facteurs protecteurs

- Mécanisme de coping moins centré sur les émotions
- Soutien social
- Satisfaction vis-à-vis de sa santé
- Capacité à faire appel
- Activité physique
- Avoir un-e partenaire

^aInstitut universitaire de médecine de famille et de l'enfance, Université de Genève, Centre médical universitaire, 1211 Genève 4, ^bService d'addictologie, Département de psychiatrie, Hôpitaux universitaires de Genève, 1211 Genève 14, ^cFaculté de médecine, Université de Genève, 1211 Genève 4, ^dService des spécialités psychiatriques, Département de psychiatrie, Hôpitaux universitaires de Genève, 1211 Genève 14, ^eConsultation ambulatoire de santé des adolescent-es et jeunes adultes, Service de pédiatrie générale, Département de la femme, de l'enfant et de l'adolescent, Hôpitaux universitaires de Genève, 1211 Genève 14, ^fDépartement de psychiatrie, Faculté de médecine, Université de Genève, Centre médical universitaire, 1211 Genève 4
mpm@hug.ch | pauline.bochet@etu.unige.ch | francoise.jermann@hug.ch
dagmar.haller-hester@unige.ch | camille.piguet@unige.ch

Extrait de la Revue médicale suisse 2/5

VIGNETTE CLINIQUE

La première année de médecine de Sophie, 20 ans, est marquée par une charge de travail extrêmement élevée et un rythme soutenu. Les épreuves sélectives l'ont poussée dans ses derniers retranchements. Le stress intense et les longues heures de révisions l'ont affectée sur le plan physique et psychologique. Ses amis et sa famille s'inquiétaient pour elle, mais Sophie a persévéré et a réussi cette année sélective.

Durant les années suivantes, elle a progressivement trouvé son rythme. Toutefois, de nouveaux défis sont apparus, avec un stress grandissant chaque année, à mesure que les exigences de l'année augmentaient. Bien qu'elle ait parfois ressenti un sentiment d'épuisement et de découragement, elle a réussi à maintenir un bon équilibre entre ses études, son travail à temps partiel et ses activités sociales, malgré des sacrifices en matière de loisirs.

L'entrée en Master symbolise la transition vers les stages cliniques. Sophie se confronte à la réalité du terrain. Malgré l'enthousiasme suscité par cette nouvelle phase de son cursus, elle commence à ressentir la pression accrue du monde professionnel et des responsabilités. Son emploi du temps est encore plus chaotique, avec des horaires irréguliers. Elle rencontre des difficultés à organiser ses révisions et doute de ses capacités. Elle se pose également des questions sur ses choix d'orientation, se demandant si elle est prête à faire face à une carrière aussi exigeante. Ses camarades parlent déjà de postuler pour l'inter-nat, mais elle n'a pas encore défini son orientation future. La peur de ne pas être à la hauteur des attentes, couplée à la peur de l'échec, impacte encore davantage sa santé mentale.

RÉPONDRE AUX BESOINS DE SANTÉ MENTALE: QUE NOUS DIT LA LITTÉRATURE INTERNATIONALE?

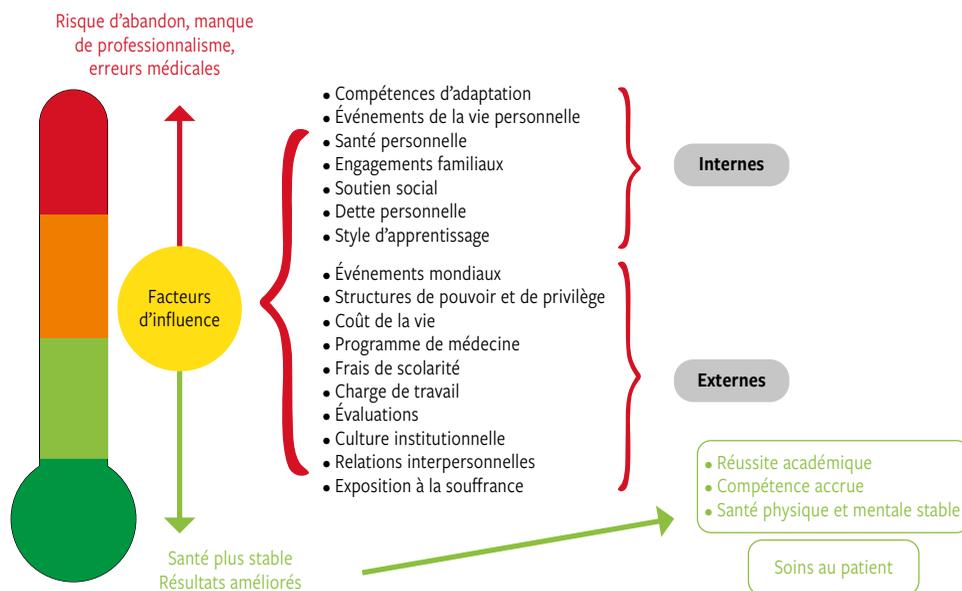
L'expérience de plusieurs facultés de médecine américaines montre la nécessité de renforcer les interventions axées sur le bien-être et de les intégrer dans le cursus pour diminuer la détresse des étudiants lors des études prégraduées⁸ et freiner la diminution de l'empathie.⁹ De précédentes études ont mis en avant la responsabilité des facultés de médecine à prendre en considération le bien-être de leurs étudiants et à l'intégrer dans le curriculum.¹⁰ Les éléments clés à considérer sont présentés dans la **figure 1**.

SITUATION ACTUELLE À GENÈVE

L'Université de Genève a obtenu en 2022 le label «Healthy Campus», catégorie platine,¹¹ pour les services, ressources et activités mis en place pour veiller au bien-être global des étudiants. Ces services sont malheureusement peu connus des étudiants en médecine: en 2019, deux tiers des 411 répondants à une enquête n'étaient pas informés de la possibilité de consultations psychologiques à 25 CHF par séance proposées par l'université, par exemple. Cependant, un effort certain est actuellement fait via les réseaux sociaux et des étudiants «relais-santé» pour la promotion des ressources (www.unige.ch/ers, @ers.unige), ainsi que les étudiants «sentinelles» formés au soutien psychologique (www.unige.ch/sse/soutiens-par-les-pairs/sentinelles).

Pour les études médicales prégraduées en Suisse, un nouveau référentiel de compétences PROFILES a été mis en place en

FIG 1 Facteurs impliqués dans la santé mentale



(Adaptée de réf.¹⁸).

Extrait de la Revue médicale suisse 3/5

2017. Celui-ci inclut un objectif spécifique à la santé mentale: GO 7.9: *Allocate personal time and resources effectively in order to balance patient care, learning needs, and private activities outside the workplace, and to sustain their own health; recognize excessive stress; recognize their own substance misuse or personal illness in order to protect patients*

La faculté de médecine de Genève dispose d'une cartographie du curriculum appelée LOOOP, qui permet d'identifier les activités couvertes par objectif. Dans le curriculum 2024-2025, l'objectif GO 7.9 est actuellement couvert à neuf endroits dans le cursus prégradué (figure 2). Cette figure permet de repérer plusieurs moments clés où il serait pertinent d'intégrer de nouveaux enseignements spécifiquement axés sur la santé mentale.

Dès la première année, les étudiants sont exposés à des contenus soulignant ces aspects, mais ceux-ci sont souvent noyés par l'impératif de réussir le concours pour passer en deuxième année. Par la suite, l'exposition à ces thèmes est principalement facultative. Pourtant, ces contenus sont perçus comme positifs, notamment par les étudiants ayant participé au cours à option sur la pleine conscience:

«J'arrive à moins stresser en prenant beaucoup plus de recul sur les choses. Il me suffit parfois de cinq respirations en pleine conscience pour que je me recentre. Je vous remercie de m'avoir fait découvrir ce cours, je me remercie moi-même également d'avoir essayé, d'avoir été là pendant ces quelques séances, qui ont pu changer même un petit peu ma vision des choses.»

QUELLES APPROCHES POURRAIENT ÊTRE DÉPLOYÉES?

Le niveau de preuve disponible est encore assez faible, mais la littérature internationale offre diverses pistes d'interven-

tions, au niveau individuel ou du curriculum, qui pourraient être intéressantes (tableau 2). Ces interventions visent le plus souvent une réduction du stress, de l'anxiété, du burnout et des idées suicidaires.¹² Les approches non pharmacologiques décrites par Tran et coll. dans ce numéro de la *Revue Médicale Suisse* constituent des options accessibles aux étudiants et faciles à mettre en place.

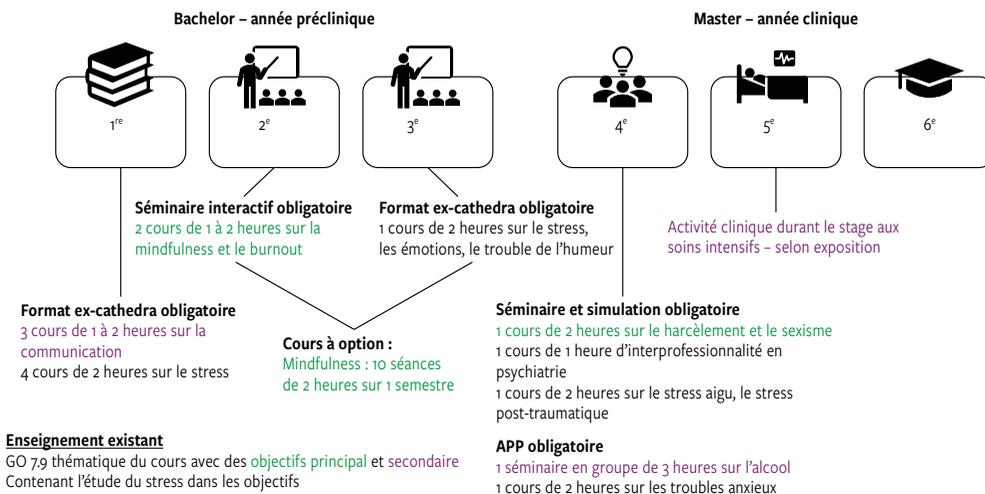
Malgré la reconnaissance du rôle systémique de l'environnement d'étude sur le bien-être individuel des étudiants, la majorité des programmes visent davantage à promouvoir la résilience individuelle que les changements plus globaux.³ Des voix s'élèvent désormais pour encourager les facultés de médecine à identifier et réduire autant que possible les stressés non nécessaires.³ Des réflexions sont notamment en cours dans les facultés concernant les conditions et le format d'admission, que ce soit par *numerus clausus* ou concours de fin de première année, qui sont des stressés majeurs au début des études de médecine.

VIGNETTE CLINIQUE (suite)

Face à cette pression, Sophie commence à chercher des stratégies pour préserver sa santé mentale. Elle décide d'aborder ses difficultés de manière proactive, en consultant son médecin généraliste pour discuter de son stress et de ses troubles du sommeil. Elle explore des techniques de gestion du stress, telles que la méditation et le yoga, pour améliorer sa concentration et réduire son anxiété. Elle se rend compte qu'elle doit également prendre du temps pour elle, en pratiquant des loisirs créatifs, en sortant avec des amis, en faisant de l'activité physique et en se reconnectant à la nature. Sophie essaie d'adopter une approche plus réaliste de son emploi du temps. Elle apprend à définir des priorités, à accepter le fait qu'elle ne puisse pas tout faire et à

FIG 2 Résumé du curriculum d'enseignement prégradué actuel à Genève

Cette figure indique les moments où les objectifs d'enseignement incluent l'attention au bien-être personnel (objectif GO 7.9) dans le curriculum de la Faculté de médecine de l'Université de Genève.



Extrait de la Revue médicale suisse 4/5

TABLEAU 2 Interventions mentionnées dans la littérature¹²

Interventions visant à promouvoir le bien-être chez les étudiants en médecine.

Type d'intervention	Exemples de programme	Résultats visés
Interventions au niveau individuel		
Pleine conscience (mindfulness)	Séances de méditation souvent guidées sur plusieurs semaines	Réduction du stress Parfois, réduction de l'anxiété et de la dépression
Hypnose	Séances d'hypnose et d'autohypnose médicale sur plusieurs semaines	Réduction de l'anxiété
Programme de santé mentale	Durée variable (jours à semaines) incluant psychoéducation au stress, soin de soi et accès aux services de santé	Réduction du stress, de l'anxiété, de la dépression et des idées suicidaires
Yoga	Séances sur plusieurs semaines	Bien-être, réduction du stress, de l'anxiété et de la dépression
Intervention cognitive et comportementale	Séances sur plusieurs semaines, incluant des éléments de psychologie positive et une remise en question des patterns de pensée négative	Réduction de l'anxiété et de la dépression
Interventions au niveau du curriculum/au niveau facultaire		
Évaluation réussi-échoué	Changement du système d'évaluation Par exemple, examen fédéral de médecine humaine	Réduction du stress, de l'anxiété, de la dépression et du burnout
Apprentissage par problème	Changement des formats d'enseignement basés sur la résolution de problèmes en groupe	Réduction de l'anxiété et de la dépression
Combinaison de réformes du curriculum	Association des interventions sur les évaluations, diminution des heures de présence obligatoire en préclinique et séances de pleine conscience	Réduction du stress, de l'anxiété et de la dépression

demander de l'aide quand cela est nécessaire. Cela devient un travail quotidien pour gérer son bien-être, son temps et ses études, tout en anticipant les défis à venir. Elle espère ainsi pouvoir continuer son parcours tout en préservant sa santé mentale et physique.

PERSPECTIVES

Il convient de considérer le maintien d'une bonne santé mentale comme un ingrédient central de la carrière de médecin, à soutenir par des programmes visant tous les étudiants.¹³ Il s'agit notamment d'outiller les médecins de demain de compétences leur procurant une bonne réflexivité et la capacité à reconnaître les symptômes de mal-être ou d'inconfort. Il pourrait être pertinent d'intégrer dans le curriculum une partie obligatoire portant sur des objectifs de self-awareness et une partie optionnelle sur le self-care. Il est important de relever que la satisfaction vis-à-vis des études (et non pas de la filière de formation) prédit l'anxiété, le stress, la dépression et le bien-être psychologique, comme montré dans une étude genevoise menée auprès d'étudiants dans le domaine de la santé.^{14,15}

Une étude randomisée contrôlée, financée par le Fonds national suisse, est actuellement en cours à Genève (investigateurs principaux: Piguët, Jermann et Rudaz). Cette étude a pour objectif d'évaluer l'efficacité immédiate et à 9 mois d'une intervention de groupe basée sur la pleine conscience (mindfulness) auprès d'étudiants dans le domaine de la santé à Genève. Les corrélations entre les effets cliniques, de neuro-imagerie et biomédicaux d'une telle intervention sont étudiés. Au total, 161 étudiants ont été inclus. Les analyses sont en cours et seront publiées prochainement.

À l'instar des campagnes de prévention contre le harcèlement en milieu hospitalier, il est important de mettre en place des changements systémiques visant à améliorer notre culture médicale et de construire une formation prégraduée bienveillante. Dans le contexte actuel, il est également nécessaire de prendre en compte le coût financier de l'adaptation d'un curriculum visant à soutenir la santé mentale et le potentiel bénéfique d'une prévention du burnout durant les carrières médicales.

Soutenir la santé mentale et le bien-être des étudiants permet également de favoriser le développement d'une identité professionnelle saine et d'augmenter l'humanisme qui permettrait d'assurer la continuité des soins et la sécurité des patients.¹⁶

Actuellement, à la faculté de médecine de Genève, un groupe de travail sur l'identité professionnelle,¹⁷ incluant des cadres facultaires, des médecins internes et des étudiants représentants, a été mis en place. Il est prévu une révision du curriculum ainsi qu'une intégration transversale de compétences visant à soutenir la santé personnelle des futurs médecins et leurs besoins spécifiques.

CONCLUSION

À l'heure où l'impact délétère des études de médecine sur la santé mentale de beaucoup d'étudiants ne fait plus de doute, il devient essentiel de continuer à développer à la fois des approches qui soutiennent les capacités de résilience des étudiants et des interventions plus globales, facultaires, visant à soutenir la santé mentale et le bien-être de ces futurs médecins.

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

ORCID ID:

M.-A. Pham: <https://orcid.org/0000-0002-1966-8129>

F. Jermann: <https://orcid.org/0000-0001-6262-9603>

D. M. Haller: <https://orcid.org/0000-0003-1781-3318>

C. Piguët: <https://orcid.org/0000-0003-4317-0918>

IMPLICATIONS PRATIQUES

- Les cordonniers restent les plus mal chaussés, avec une prévalence très importante (jusqu'à 40%) de difficultés psychiques chez les étudiants en médecine.
- Un changement systémique est nécessaire afin d'améliorer notre culture médicale et de construire une formation prégraduée bienveillante pouvant soutenir le développement d'une identité professionnelle saine.
- Il est nécessaire d'encourager les facultés de médecine à identifier et réduire les stressseurs autant que possible.
- Promouvoir l'intégration dans un curriculum d'objectifs de self-awareness et de self-care tout en maintenant la satisfaction des étudiants vis-à-vis de leurs études est un défi actuel.

1 **Jahrami H, AlKaabi J, Trabelsi K, et al. The worldwide prevalence of self-reported psychological and behavioral symptoms in medical students: An umbrella review and meta-analysis of meta-analyses. *J Psychosom Res.* 2023 Oct;173:111479.

2 *Rotenstein LS, Ramos MA, Torre M, et al. Prevalence of Depression, Depressive Symptoms, and Suicidal Ideation Among Medical Students: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA.* 2016 Dec 6;316(21):2214-36.

3 Witt K, Boland A, Lamblin M, et al. Effectiveness of universal programmes for the prevention of suicidal ideation, behaviour and mental ill health in

medical students: a systematic review and meta-analysis. *Evid Based Ment Health.* 2019 May;22(2):84-90.

4 Ernst J, Jordan KD, Weilenmann S, et al. Burnout, depression and anxiety among Swiss medical students – A network analysis. *J Psychiatr Res.* 2021 Nov;143:196-201.

5 *Carrard V, Berney S, Bourquin C, et al. Mental health and burnout during medical school: Longitudinal evolution and covariates. *PLoS One.* 2024 Apr 16;19(4):e0295100.

6 Pietrement C, Barbe C, Bouazzi L, Maisonneuve H. Impact of training in the supervision of clinical reasoning in the pediatric emergency department

on residents' perception of the on-call experience. *Arch Pediatr.* 2023 Nov;30(8):550-7.

7 Berliant M, Rahman N, Mattice C, Bhatt C, Haykal KA. Barriers faced by medical students in seeking mental healthcare: A scoping review. *MedEdPublish* (2016). 2022 Nov 16:12:70.

8 Dyrbye LN, Shanafelt TD, Werner L, et al. The Impact of a Required Longitudinal Stress Management and Resilience Training Course for First-Year Medical Students. *J Gen Intern Med.* 2017 Dec;32(12):1309-14.

9 Neumann M, Edelhäuser F, Tauschel D, et al. Empathy decline and its reasons: a systematic review of studies with medical students and residents. *Acad Med.* 2011 Aug;86(8):996-1009.

10 Pipas C, Damianos J, Montalbano L, et al. A Curriculum to Promote a Culture of Wellness Among Medical Students and Faculty. *PRIMER.* 2020 Jul 10;4:13.

11 UNIGE. Bien-être des étudiant-es: une mention platinium pour l'UNIGE [En ligne]. 5 mai 2022. Disponible sur: www.unige.ch/lejournal/vie-unige/printemps-2022/healthy-campus

12 *Bennett-Weston A, Keshtkar L, Jones M, et al. Interventions to promote medical student well-being: an overview of systematic reviews. *BMJ Open.* 2024 May 9;14(5):e082910.

13 Byrnes C, Ganapathy VA, Lam M, Mogensen L, Hu W. Medical student perceptions of curricular influences on

their wellbeing: a qualitative study. *BMC Med Educ.* 2020 Aug 31;20(1):288.

14 Franzen J, Jermann F, Ghisletta P, Rudaz S, Bondolfi G, Tran NT. Psychological Distress and Well-Being among Students of Health Disciplines: The Importance of Academic Satisfaction. *Int J Environ Res Public Health.* 2021 Feb 23;18(4):2151.

15 Tran NT, Franzen J, Jermann F, et al. Psychological distress and well-being among students of health disciplines in Geneva, Switzerland: The importance of academic satisfaction in the context of academic year-end and COVID-19 stress on their learning experience. *PLoS One.* 2022 Apr 6;17(4):e0266612.

16 Rabow MW, Evans CN, Remen RN. Professional formation and deformation: repression of personal values and qualities in medical education. *Fam Med.* 2013 Jan;45(1):13-8.

17 Guessous I, Nendaz M. Comment habiter la profession de médecin? – Newsletter de la faculté de médecine – UNIGE [En ligne]. Avril 2024. Disponible sur: www.unige.ch/medecine/newsletter/archives/numero-48-avril-2024/comment-habiter-la-profession-de-medecin

18 *Mohmand S, Monteiro S, Solomonian L. How are Medical Institutions Supporting the Well-being of Undergraduate Students? A Scoping Review. *Med Educ Online.* 2022 Dec;27(1):2133986.

* à lire
** à lire absolu

Et si l'on s'intéressait aussi à la santé mentale des médecins de famille?

Dre CHRISTINE COHIDON^a et Pr NGUYEN TOAN TRAN^{a,b}

Rev Med Suisse 2025; 21: 964-7 | DOI : 10.53738/REVMED.2025.21.917.47204

La préservation du bien-être des professionnels fait partie des objectifs de tout système de santé qui se veut durable. Dans ce domaine, les médecins de famille présentent des risques élevés d'atteinte à leur santé mentale, en partie dus à une charge de travail et à un niveau de stress élevés. Une des difficultés concerne la mesure objective du mal-être. Le Physician Well-Being Index a été développé en ce sens et a montré des qualités prédictives intéressantes. La question de la santé mentale des professionnels de soins primaires doit aussi être replacée dans la perspective du contexte actuel de transformation des modèles organisationnels. Si ces évolutions sont présentées comme des réponses à la surcharge des médecins de famille, les rares études disponibles ne vont pas toujours dans le sens d'une amélioration de leur bien-être.

What if we also focused on the mental health of family physicians?

Maintaining the well-being of healthcare professionals is a fundamental objective of any sustainable healthcare system. In this context, family physicians face significant mental health risks, partly linked to high stress levels. A key difficulty lies in the objective measurement of psychological distress. The Physician Well-being Index has been developed for this purpose and has demonstrated promising predictive qualities. The issue of primary care professionals' mental health must also be considered in the broader context of evolving organizational structures. Although these developments are presented as remedies for the overwhelming workload of family physicians, the sparse empirical evidence does not reliably indicate improvements in their well-being.

INTRODUCTION

En 2014, le fameux Triple Aim des systèmes de santé (améliorer l'expérience patient et la santé des populations tout en réduisant les coûts) s'est enrichi d'une quatrième dimension: la préservation des professionnels.¹ Dans le contexte bien connu d'augmentation des besoins de santé et de pénurie de professionnels, en particulier en soins primaires, préserver les professionnels pour assurer la durabilité du système sanitaire apparaît comme une évidence.²

Pour des raisons de fréquence des plaintes et de disponibilité des données, cet article se focalise sur la santé mentale des médecins généralistes/médecins de famille, abordée sous trois angles: un état des lieux via différents indicateurs de

santé mentale chez les médecins généralistes et les étudiants en médecine, la présentation d'un outil de mesure de l'état psychique et enfin l'impact potentiel des transformations des modèles de soins primaires sur la santé mentale des professionnels.

ÉTAT DES LIEUX: PRÉVALENCES, RATIOS, MESURES ET RECOURS AUX SOINS

Le secteur de la santé est considéré comme un secteur à risque de problèmes de santé mentale pour les professionnels qui y travaillent. Ainsi, la très récente revue de la littérature et méta-analyse de Zimmermann et coll.³ vient confirmer des travaux antérieurs concernant la mortalité par suicide, qui est significativement augmentée chez les médecins par rapport à la population générale.^{4,5}

La synthèse porte sur 39 études issues de différents pays et couvrant des périodes d'observation de 1935 à 2020 pour les hommes médecins et de 1960 à 2020 pour les femmes médecins. Malgré une diminution des ratios standardisés de suicide sur les périodes étudiées, les taux de suicide restent élevés, en particulier chez les femmes médecins, avec un ratio significativement plus élevé (1,76; intervalle de confiance à 95%: 1,40-2,21) que dans la population générale (et que chez les hommes médecins, chez qui le risque n'est pas statistiquement différent de celui des hommes en population générale).

Les auteurs font cependant état d'une forte variabilité entre les études (qui viennent le plus souvent d'Europe, des États-Unis et d'Australie), suggérant des différences de risque selon les populations et les sous-groupes de médecins. La littérature décrivant les différences entre spécialités est en revanche plus limitée. Cependant, un excès de risque serait observé chez les anesthésistes, les psychiatres, les chirurgiens et les médecins généralistes.^{5,6}

En termes de morbidité, d'après l'étude du Commonwealth Fund conduite en 2022 dans 11 pays occidentaux (Allemagne, Australie, Canada, États-Unis, France, Norvège, Nouvelle-Zélande, Pays-Bas, Royaume-Uni, Suède et Suisse) sur des échantillons d'environ 1000 médecins généralistes, près de deux tiers des médecins rapportent avoir souffert de symptômes psychiques anxieux et/ou dépressifs depuis 2019 et le début de la pandémie de Covid-19.⁷ Toujours d'après les enquêtes du Commonwealth Fund, pour ce qui concerne les facteurs de risque d'atteinte à la santé mentale, sur l'ensemble des 11 pays, environ 60% des médecins de premier recours déclarent avoir un travail stressant ou très stressant, en particulier les moins de 55 ans. D'après les études précédentes,

^aDépartement de médecine de famille, Unisanté, Université de Lausanne, 1011 Lausanne,
^bThe Australian Centre for Public and Population Health Research, Faculty of Health, University of Technology Sydney, 235 Jones St, Ultimo NSW 2007 (PO Box 123), Australie
christine.cohidon@unisante.ch | nguyen-toan.tran@unisante.ch

Extrait de la Revue médicale suisse 2/4

l'exposition au stress au travail des médecins de famille a augmenté entre 2015 et 2019 dans la plupart des pays étudiés. De plus, cette augmentation concernerait les hommes comme les femmes et toutes les classes d'âge (figure 1).

Par ailleurs, il est inquiétant d'observer que les professionnels de santé ont une faible tendance à recourir au soutien de professionnels, en particulier en cas de problèmes de santé mentale.⁹

Chez les étudiants en médecine, le faible recours aux soins en cas de problèmes de santé mentale semble déjà être une question préoccupante. Très récemment, une étude française d'envergure nationale (n = 10320) a rapporté que parmi les étudiants en médecine et les internes français souffrant d'un trouble dépressif majeur, seuls 32% ont reçu un traitement adéquat (psychothérapie et/ou pharmacothérapie recommandée, comprenant hypnotiques, antidépresseurs, anxiolytiques et antipsychotiques).¹⁰

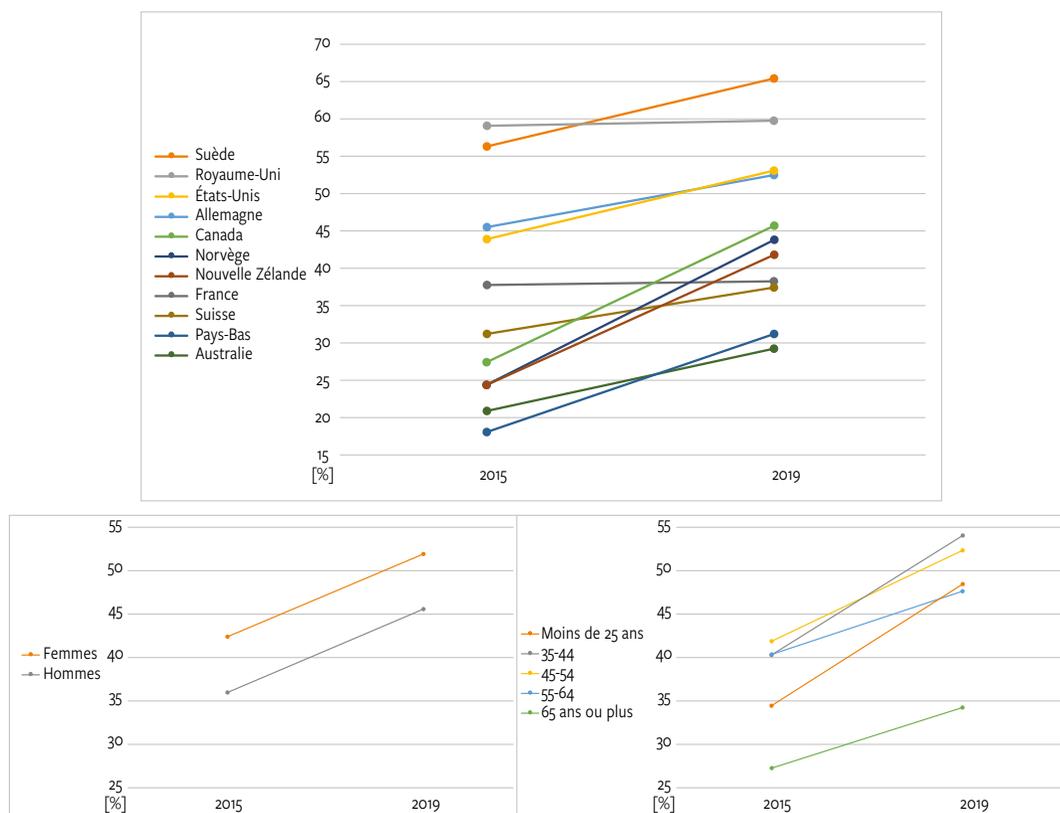
COMMENT MESURER SON ÉTAT PSYCHIQUE?

Il existe de nombreux outils de mesure des symptômes psychiques, allant des listes de symptômes aux outils de diagnos-

tic. Cependant, du fait de la définition très large de la santé mentale comme continuum entre le bien-être complet et la présence de troubles psychiatriques majeurs, il est parfois difficile de situer son niveau de détresse psychique. Un outil a été développé en ce sens, spécifiquement pour les médecins généralistes.¹¹ Cet outil, le Physician Well-Being Index, n'est pas un outil de mesure spécifique des expositions psychosociales au travail, ni un outil de mesure de problèmes spécifiques de santé mentale, tels que les troubles dépressifs par exemple. Il s'agit d'un outil constitué de sept questions (avec des réponses en oui/non), explorant à la fois le potentiel mal-être des professionnels au travers de plusieurs symptômes, comme la fatigue, l'épuisement ou un état dépressif, mais aussi ses conséquences en termes d'incapacité à mener son travail ou ses activités domestiques (tableau 1). Utilisé dans une étude sur un échantillon national d'environ 7000 médecins américains, il a montré une capacité prédictive concernant l'intention de quitter son emploi ou de réduire son temps de travail, ainsi que concernant les erreurs médicales potentielles. Par ailleurs, un score supérieur ou égal à 4 permettrait de détecter des idées suicidaires, une fatigue intense et une mauvaise qualité de vie relative à la santé mentale, avec une spécificité de 85%.

Cet outil a le mérite d'être court (moins d'1 minute de remplissage) et facilement utilisable par les professionnels

FIG 1 Évolution du stress chez les médecins de premier recours



(Source des données: réf. 8, exploitation: C. Ducrest, C. Cohidon).

Extrait de la Revue médicale suisse 3/4

TABLEAU 1		Sept composantes du Physician Well-Being Index
Pendant le mois dernier		Réponse oui/non (codée 1/0)
1.	Vous êtes-vous senti épuisé professionnellement?	
2.	Avez-vous craint que votre travail ne vous porte préjudice sur le plan émotionnel?	
3.	Avez-vous souvent été contrarié par un sentiment de tristesse, de dépression ou de désespoir?	
4.	Vous êtes-vous déjà endormi en conduisant ou à l'arrêt dans la circulation?	
5.	Avez-vous eu l'impression que toutes les choses que vous aviez à faire s'accumulaient au point que vous ne pouviez plus les surmonter?	
6.	Avez-vous été contrarié par des problèmes émotionnels (tels que des sentiments d'anxiété, de dépression ou d'irritabilité)?	
7.	Votre santé physique a-t-elle interféré avec votre capacité à effectuer votre travail quotidien à la maison et/ou à l'extérieur?	

(D'après réf. 11).

pour identifier des situations de mal-être pouvant avoir des conséquences sur le travail. Il reste néanmoins très général et ne permet pas d'identifier l'origine des troubles ou les risques psychosociaux, limitant son utilité dans une perspective de prévention.

TRANSFORMATION DU MODÈLE DE SOINS PRIMAIRES ET SANTÉ MENTALE DES PROFESSIONNELS

Les motifs de mal-être, de détresse psychologique, voire de syndrome dépressif en lien avec le travail chez les médecins généralistes ont été maintes fois décrits dans la littérature. Une charge de travail élevée, en particulier lorsqu'il s'agit de tâches administratives, et une dévalorisation de la spécialité (de la part des autres spécialistes et du fait d'une rémunération inférieure à ces derniers), le tout conduisant souvent à une perte du sens du travail, sont les facteurs les plus fréquemment incriminés.¹²

Le contexte particulier de la transformation des modèles de soins primaires est également à considérer. En effet, depuis quelques décennies et avec des variations selon les pays, la plupart des pays occidentaux transforment leur modèle de soins primaires pour répondre de manière plus efficiente aux défis du vieillissement de la population et à la transition épidémiologique. Cette évolution se caractérise principalement par le passage d'un modèle médico-centré à une approche de prise en charge par des équipes pluriprofessionnelles de soins primaires. L'impact de ces transformations sur le bien-être des professionnels reste peu documenté, et les études existantes mettent en lumière des résultats non convergents.¹³⁻¹⁵

Le développement d'équipes de soins primaires est généralement présenté comme une source d'amélioration des conditions de travail et du bien-être des médecins de famille. Les arguments en faveur de l'amélioration des conditions de travail sont nombreux: diminution de la charge de travail, possibilité de déléguer certaines activités comme les tâches

administratives, partage des responsabilités et amélioration de la qualité des soins.

Cependant, un changement de pratique professionnelle n'est pas sans conséquences. En particulier, le passage d'une culture centrée sur le médecin à une culture basée sur une équipe soulève des inquiétudes quant à la relation patient-médecin. La crainte de perdre ce lien privilégié est palpable, tout comme l'acceptation de la délégation ou du transfert de tâches, une question cruciale pour l'autonomie et le sens du métier. Par ailleurs, la modification organisationnelle des flux de travail, avec une redistribution des rôles, le recrutement et la formation de nouveaux professionnels, la création de nouvelles tâches cliniques et administratives, et enfin, l'appropriation de nouveaux outils (par exemple, le dossier électronique) sont aussi évoqués comme des facteurs délétères pour le médecin.

CONCLUSION

Préserver la santé mentale des professionnels de soins primaires est une démarche fondamentale pour le bon fonctionnement de notre système de santé. Si cet article s'est concentré sur les médecins de famille, il est crucial de souligner que les défis sont partagés par l'ensemble des professionnels de soins primaires: infirmier-ière-s, assistant-e-s médicaux-les, physiothérapeutes, psychologues et pharmacien-ne-s. Tous sont concernés, d'autant plus dans un contexte de pénurie de personnel partagée par la plupart de ces professions.

Bien que les facteurs de risque soient connus et les signaux d'alerte identifiés, la situation semble continuer de se dégrader, du moins en termes de stress et d'insatisfaction au travail. Bien que les possibilités de prise en charge se multiplient¹⁶ (cf. article sur la santé mentale des étudiants dans ce même numéro de la *Revue Médicale Suisse*¹⁷), comme dans bien d'autres secteurs d'activités, c'est particulièrement en amont qu'il faut agir. Par ailleurs, en accord avec les modèles de stress au travail, il faut aussi souligner l'importance du soutien social. Ainsi, pour les médecins généralistes, le rôle du soutien des pairs, par exemple via les faïtières, et le portage de valeurs communes et solidaires ne doivent pas être sous-estimés. Il est donc impératif de reconnaître la complexité de cette problématique. Les causes sont multiples et intimement liées aux évolutions organisationnelles des soins primaires qui touchent actuellement les pays occidentaux.

De ce fait, il est indispensable de poursuivre les recherches afin de comprendre les mécanismes à l'œuvre dans le développement du mal-être des professionnels de soins primaires et de proposer des stratégies de prévention adaptées aux différentes étapes conduisant à cette situation.

C'est à cette condition que nous pourrons garantir la durabilité de nos systèmes de santé.

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

ORCID ID:

C. Cohidon: <https://orcid.org/0000-0003-2343-500X>

N. T. Tran: <https://orcid.org/0000-0001-7134-7878>

Extrait de la Revue médicale suisse 4/4

IMPLICATIONS PRATIQUES

- Les médecins de famille sont particulièrement concernés par les problèmes de santé psychique en comparaison avec d'autres professions et secteurs d'activité. De plus, ils ont tendance à faiblement recourir aux soins.
- Il existe un outil, le Physician Well-Being Index, qui permet aux médecins de famille de mesurer leur mal-être.
- Le contexte actuel de transformation des modèles de soins primaires dans de nombreux pays occidentaux a probablement un lien avec le bien-être des médecins de famille, mais les études dans ce domaine sont encore contradictoires quant au sens de cette association.

1 Bodenheimer T, Sinsky C. From triple to quadruple aim: care of the patient requires care of the provider. *Ann Fam Med*. 2014 Nov-Dec;12(6):573-6. DOI: 10.1370/afm.1713.

2 *Breton M, Cohidon C, Falcoff H, et al. Imaginer les soins primaires de demain. Genève: RMS Éditions, 2025.

3 **Zimmermann C, Strohmaier S, Herkner H, et al. Suicide rates among physicians compared with the general population in studies from 20 countries: gender stratified systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2024 Aug 21;386:e078964. DOI: 10.1136/bmj-2023-078964.

4 Schernhammer E. Taking their own

lives – the high rate of physician suicide. *N Engl J Med*. 2005;352(24):2473-6. DOI: 10.1056/NEJMp058014.

5 Duthel F, Aubert C, Pereira B, et al. Suicide among physicians and health-care workers: A systematic review and meta-analysis. *PloS One* 2019 Dec 12;14(12):e0226361. DOI: 10.1371/journal.pone.0226361.

6 Hawton K, Clements A, Sakarovitch C, et al. Suicide in doctors: a study of risk according to gender, seniority and specialty in medical practitioners in England and Wales, 1979-1995. *J Epidemiol Community Health*. 2001 May;55(5):296-300. DOI: 10.1136/jech.55.5.296.

7 Gunja M, Gumas ED, Fields K, et al. Stressed Out and Burned Out: The Global Primary Care Crisis. Findings from the 2022 International Health Policy Survey of Primary Care Physicians. 17 novembre 2022. Disponible sur: www.commonwealthfund.org/publications/issue-briefs/2022/nov/stressed-out-burned-out-2022-international-survey-primary-care-physicians

8 Primary and hospital care. Job stress and job satisfaction among general practitioners: evolution between 2012 and 2019 in 11 Western countries [En ligne]. Mai 2023. Disponible sur: www.sgaim.ch/fileadmin/user_upload/Adaptionen/Congress/Dokumente/FK_23/FK2023_Abstactbook_12042023.pdf

9 *Cohidon C, Mahler L, Broers B, et al. Primary Care Physicians' Personal and Professional Attributes Associated With Forgoing Own Care and Presenteeism: A Cross Sectional Study. *Int J Public Health*. 2022 Feb 15;66:1604442. DOI: 10.3389/ijph.2021.1604442.

10 Vergeron L, Morvan Y, Hadouiri N, et al. Use of service and treatment adequacy in medical students and residents suffering from depression in France: A nationwide study. *Psychiatry Res*. 2024 Sep;339:115975. DOI: 10.1016/j.psychres.2024.115975.

11 **Dyrbye LN, Satele D, Sloan J, et al. Utility of a Brief Screening Tool to Identify Physicians in Distress. *J Gen Intern Med*. 2013 Mar;28(3):421-7.

DOI: 10.1007/s11606-012-2252-9.

12 Bien-être des professionnels de soins primaires. In: Senn N, Yann B, Christine C, editors. Imaginer les soins primaires de demain. Genève: RMS Éditions, 2025.

13 *Grumbach K, Knox M, Huang B, et al. A Longitudinal Study of Trends in Burnout During Primary Care Transformation. *Ann Fam Med*. 2019;17(Suppl.1):S9-16. DOI: 10.1370/afm.2406.

14 *Peikes DN, Swankoski K, Hoag SD, et al. The Effects of a Primary Care Transformation Initiative on Primary Care Physician Burnout and Workplace Experience. *J Gen Intern Med*. 2019 Jan;34(1):49-57. DOI: 10.1007/s11606-018-4545-0.

15 Casalino LP, Jung HY, Bodenheimer T, et al. The Association of Teamlets and Teams with Physician Burnout and Patient Outcomes. *J Gen Intern Med*. 2023 May;38(6):1384-92. DOI: 10.1007/s11606-022-07894-7.

16 *Fendel JC, Bürkle JJ, Görizt AS. Mindfulness-Based Interventions to Reduce Burnout and Stress in Physicians: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Acad Med*. 2021 May 1;96(5):751-64. DOI: 10.1097/acm.0000000000003936.

17 Pham MA, Bochet P, Jermann F, et al. Soutenir la santé mentale des futurs médecins: pistes de réflexion. *Rev Med Suisse*. 2025;917(21):957-61.

* à lire
** à lire absolument

ASSISES DE LA MÉDECINE ROMANDE #8

BEAULIEU – LAUSANNE

27 NOVEMBRE 2025

9H00 – 17H30

6 CRÉDITS SSMIG (À CONFIRMER)

- Colloque de médecine de premier recours
- Atelier citoyens & patients
- Une formation en ultrasonographie ciblée
- Escape game interprofessionnel

 **SMSR**
SOCIÉTÉ MÉDICALE
DE LA SUISSE ROMANDE

 **AMGe**
association
des médecins
du canton
de genève

 **SOCIÉTÉ
VAUDOISE DE
MÉDECINE**

 **SMVS / VSÄG**
Société Médicale du Valais
Walliser Ärztesgesellschaft

 **SNM**
SOCIÉTÉ NÉPHROLOGIQUE
DE LA SUISSE ROMANDE

 **MEAF**
MÉDECINS EN
ARTÉRIOPATHOLOGIE
FÉDÉRATION

 **REVUE
MÉDICALE
SUISSE**

WWW.ASSISESMED.CH



Membres

Candidatures à la qualité de membre actif

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

Dre APOSTOLOU Alexia

Laboratoire Viollier, avenue Eugène-Pittard 16, 1206 Genève.

Née en 1989, nationalité française

Diplôme de médecin en 2017 en France, Reconnaissance en 2019.

Titre postgrade de spécialiste en

Pathologie en 2018 en France,

Reconnaissance en 2019

J'ai effectué mes études de médecine à Grenoble, en France, où j'ai obtenu mes diplômes en 2017 et 2018. Durant ce parcours, j'ai eu l'opportunité d'enrichir mon expérience professionnelle en travaillant pendant six mois au service de pathologie de Monaco, ainsi que deux mois au Memorial Sloan Kettering Cancer Center à New York, aux États-Unis. Par la suite, j'ai réalisé deux années de clinat au CHU de Grenoble. Depuis avril 2021, j'ai rejoint le laboratoire Viollier à Genève.

Dr CARONNI Guido

HUG, Service des soins intensifs adultes, rue Alcide-Jentzer 17, 1205 Genève.

Né en 1990, nationalité suisse.

Diplôme de médecin en 2015 en Suisse.

Titre postgrade de spécialiste en Médecine interne générale en 2022 en Suisse.

Titre postgrade de spécialiste en Médecine intensive en 2023 en Suisse

Diplômé de l'Université de Genève en 2015, Guido Marco Caronni est spécialiste FMH en médecine interne générale (2022) et médecine intensive (2023). Il occupe un poste de chef de clinique aux soins intensifs des Hôpitaux Universitaires de Genève depuis 2022. Il a exercé dans plusieurs hôpitaux de Suisse romande en médecine interne, urgences, soins intensifs et anesthésie. Il souhaite actuellement développer une activité ambulatoire en médecine interne générale dans sa commune de Troinex.

Dre SALVADOR SANZ Ainhoa

Centre de psychothérapies Ivy, rue du Nant 8, 1207 Genève.

Née en 1978, nationalité espagnole.

Diplôme de médecin en 2003 en Espagne, Reconnaissance en 2013.

Titre postgrade de spécialiste en Pédiatrie

en 2009 en Espagne, Reconnaissance

en 2013.

Titre postgrade de spécialiste en Psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents en 2025 en Suisse

Je suis née en Espagne, où j'ai fait mes études de médecine (titre obtenu en 2003), ainsi que ma spécialisation en pédiatrie (2009). J'ai travaillé avec des enfants et leurs familles dans des contextes multiples pendant plusieurs années en Espagne, ainsi qu'en Amérique Latine, Afrique et Asie. Installée à Genève depuis 2012, j'ai aussi travaillé en tant que pédiatre au CHUV, aux HUG ainsi qu'au Service Santé de l'Enfance et la Jeunesse. Entre 2018 et 2024 je complète ma formation en Pédopsychiatrie. Je travaille dans une consultation pour enfants pendant 3 ans, ainsi que 2 ans dans une consultation d'adolescentes, la dernière année en tant que Cheffe de Clinique. J'ai aussi eu l'occasion de travailler en tant que responsable thérapeutique dans

Centre Imagerie Versoix

Votre centre d'imagerie au cœur de Versoix fête ses 5 ans!

Nos équipements

- IRM 1.5 T Philips à large ouverture
- CT Scanner, Incisive LE-128 de chez Philips
- Ultrason et Echo-Doppler Samsung RS85 Prestige
- Radiographie conventionnelle numérique
- Radiologie interventionnelle et traitement de la douleur
- Mammographe B. Brillant de Siemens avec option tomosynthèse
- Minéralométrie

Nous serions heureux de vous accueillir pour une visite de notre centre! (sur demande via notre adresse e-mail)

Contact et horaires

Chemin Jean-Baptiste Vandelle 3 • 1290 Versoix

T +41 22 761 51 51 • info-cive@magellan.ch

Lundi-vendredi: 8h-18h

www.magellan.ch • 6 centres médicaux • 2 centres d'imagerie



1010627



deux centres thérapeutiques de jour pour des enfants TSA et des adolescentes avec des troubles de comportement. J'ai complété ma formation avec un année de psychiatrie adulte à la Clinique de la Famille, l'enfant et l'adolescent. Ma formation est psychodynamique de base, avec un intérêt pour la thérapie systémique. J'offre des consultations psychiatriques pour des enfants ou adolescents en espagnol, français et anglais au sein du Centre Ivy psychothérapies, à Genève.

Dr WEISSINGER Christian

Clinique Générale-Beaulieu, chemin de Beau-Soleil 20, 1206 Genève (installation prévue juin 2025).

Né en 1984, nationalité allemande.

Diplôme de médecin en 2012 en

Allemagne, Reconnaissance en 2021.

Diplôme de médecin-dentiste en 2018 en Allemagne, Reconnaissance en 2021.

Titre postgrade de spécialiste en Chirurgie orale et maxillo-faciale en 2021 en Allemagne, Reconnaissance en 2021

Après plusieurs années d'exercice en tant que chef de clinique aux Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) et au Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), il s'installe en cabinet en 2025. Son parcours académique l'a conduit à étudier la médecine et de médecine dentaire aux universités de Fribourg-en-Brigau, Berlin, Paris V et Cologne. Il a ensuite poursuivi sa spécialisation en chirurgie maxillo-faciale à l'Hôpital Universitaire

de Heidelberg (Allemagne). En 2022 il obtient le titre de spécialiste européen FEBOMS. Ses domaines d'expertise incluent la chirurgie dentaire ainsi que la chirurgie complexe du visage, notamment la chirurgie plastique, reconstructive et orthognathique. Fort d'une solide expérience hospitalière, il met désormais ses compétences au service des patients dans un cadre libéral, avec une approche alliant technicité et exigence scientifique. Il se réjouit d'un échange ouvert et d'une collaboration pluridisciplinaire.

Membres probatoires devenant membre actif

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

Dre BACHMANN Silke, Dr FLAHAULT Emmanuel, Dre HUYNH DAC Anh-Tho, Dr INNAURATO Giovanni, Dre JANOVA-NEZIRI Lavdije, Dr KARENTZOS Alexandros, Dr MARTINHO Tiago, Dre MAZLOUM Marie, Dr NOORISTANI Mohammad Younos, , Dr VERLOOVEN Robin, Dr WAEBER Baptiste, depuis le 10 mars 2025.

Dre BURCKEL Laura-Anne, Dr GRAMATICA Luca, Dr GUYOT Romain, Dre MAGNIN Julie, Dre PERLER Camille, Dre RAMYEAD Lauriane, Dr RODRIGUES Gaspard, Dr TRAN Nguyen-Toan, depuis le 7 avril 2025.

Nouveaux membres probatoires

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

Dre DIMASSI Saoussen, Dre KASSITE Ibtissam, Dre PIGUET Francine, Dre SAUVADET Elise, Dr SINTZOFF Serge, Dr SOLOMOS Leonidas, depuis le 8 avril 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) :

Changement de statut

Dr REY-BELLETT Philippe, 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

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 LEVIVIER Marc

Hôpital de la Tour, avenue J.-D. Maillard 3, 1217 Meyrin.

Né en 1959, nationalité suisse.

Diplôme de médecin en 1984 en Belgique, reconnaissance en 2008.

Titre postgrade de spécialiste en Neurochirurgie en 1991 en Belgique, reconnaissance en 2008

Le Dr Marc Levivier a fait ses études de médecine et sa formation en neurochirurgie à l'Université Libre de Bruxelles et effectue un post-doctoral fellowship à la Columbia University de New York, pour lequel il a obtenu un NIH Fogarty Scholarship. Il soutient ensuite sa thèse de Ph.D. et obtient le titre de professeur agrégé. En 2007, il prend de nouvelles fonctions en Suisse, comme Professeur ordinaire à l'Université de Lausanne (UNIL) et Chef du Service de neurochirurgie du CHUV, qu'il dirige jusqu'au 31 janvier 2025. Il assume par ailleurs la Co-direction du Centre universitaire romand de neurochirurgie VD-Ge. Son domaine d'expertise clinique et scientifique porte plus particulièrement sur la radioneurochirurgie. Ses travaux de recherche sont à la base de plus de 400 publications scientifiques et il a donné plus de 300 cours et conférences invitées. Il est également l'organisateur de plusieurs manifestations scientifiques internationales. Il est membre de nombreuses sociétés scientifiques et a été le Président 2022-2024 de l'International Stereotactic Radiosurgery Society, dont est actuellement Chairman de l'Education Committee. Il est membre de l'Académie Royale de Médecine de Belgique et de l'Académie Américaine de Neurochirurgie.

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 GITNACHT Yvonne,

au 1^{er} janvier 2025.

Dr GOUMAZ Michel Joseph,

au 1^{er} janvier 2025.

Dre ISOZ Corinne, au 1^{er} janvier 2025.

Dr STUCKELBERGER Pierre,

au 1^{er} janvier 2025.

Dre STUCKI Doris-Cecilia,

au 1^{er} janvier 2025.

Dr VALDEZ Ramiro, 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):

Dre FEUILLADE Marie-Luce,

au 1^{er} janvier 2025.

Dre MORIS SOMMER Lisa,

au 1^{er} janvier 2025.

Dr THORENS Gabriel, au 1^{er} janvier

2026.



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](https://www.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



Membres passifs

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

Dr CHAUVIN Jean-Marc,
au 1^{er} janvier 2026.

Dr QUINODOZ Jean-Michel,
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 FURRER Flavie, au 30 juin 2025.

Dr GAGGERO Giovanni, au 30 juin 25.

Dr GENIN Gilles, au 31 décembre 2024.

Dr TAMINELLI Lorenzo,
au 31 décembre 2025.

Changements d'adresses et ouvertures de cabinet

Dr ALLIEVI Claire (Psychiatrie et psychothérapie) consulte désormais, rue François-Perréard 14, 1225 Chêne-Bourg

Dr AVRIL Laurène (Radiologie) consulte désormais au sein du centre IRC Institut de Radiologie Chantepoulet, rue de Chantepoulet 21, 1201 Genève

Dr BERTIN Chiara (Psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents) consulte désormais, Rond-Point de Plainpalais 2, 1205 Genève

Dr BINYET Daniel (Médecin praticien) consulte désormais au sein de Les Psy Réunis-gare, rue Rousseau 30, 1201 Genève

Dr BUSWELL Lorenz (Médecine interne générale) consulte désormais, Clos de la Fonderie 1B, 1227 Carouge

Dre CROQUETTE-KROKAR Marina (Psychiatrie et psychothérapie) consulte désormais, rue du Vieux-Collège 10bis, 1204 Genève

Dre HEIM Darya (Psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents) consulte désormais, rue de Carouge 30, 1205 Genève

Dre LOURENCO CORTE REAL MIRA Sara (Psychiatrie et psychothérapie) consulte désormais au sein du Centre Archipel, Ruelle Jean-Michel Billon 2, 1205 Genève

Dr MARCI Roberto (Gynécologie et obstétrique) consulte désormais à l'Hôpital de la Tour, Centre gynécologie Endométriose & Fertilité, rue de Veyrot 39, 1217 Meyrin

Dre PEPPARD-IMHOF Anouk (Psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents) consulte désormais, Rond-Point de Plainpalais 2, 1205 Genève

Dre ROLL PIGUET Anne-Catherine (Médecine interne générale) consulte désormais, Quai des Bergues 29, 1201 Genève

Dre SCULIER Delphine (Médecine interne générale) consulte désormais, Avenue industrielle 12, 1227 Carouge

Dre WAGNER Elise (Médecine interne générale) consulte désormais, avenue industrielle 12, 1227 Carouge

Dr ZAND Tristan (Radiologie) consulte désormais, rue Jean-Violette 3, 1205 Genève

Dre WILHELM Laetitia (Médecine interne générale) consulte désormais, rue du Conseil-Général 6, 1205 Genève

Décès

Nous avons le profond regret d'annoncer le décès du **Dr Charles REMUND** survenu le 5 février 2025.

Nous avons le profond regret d'annoncer le décès du **Dr Yves DOTRENS** survenu le 4 avril 2025.

Nous avons le profond regret d'annoncer le décès du **Dr Marcel RUDAZ** survenu le 9 avril 2025.

Nous avons le profond regret d'annoncer le décès du **Dr Jean DE FREUDENREICH** survenu le 5 mai 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