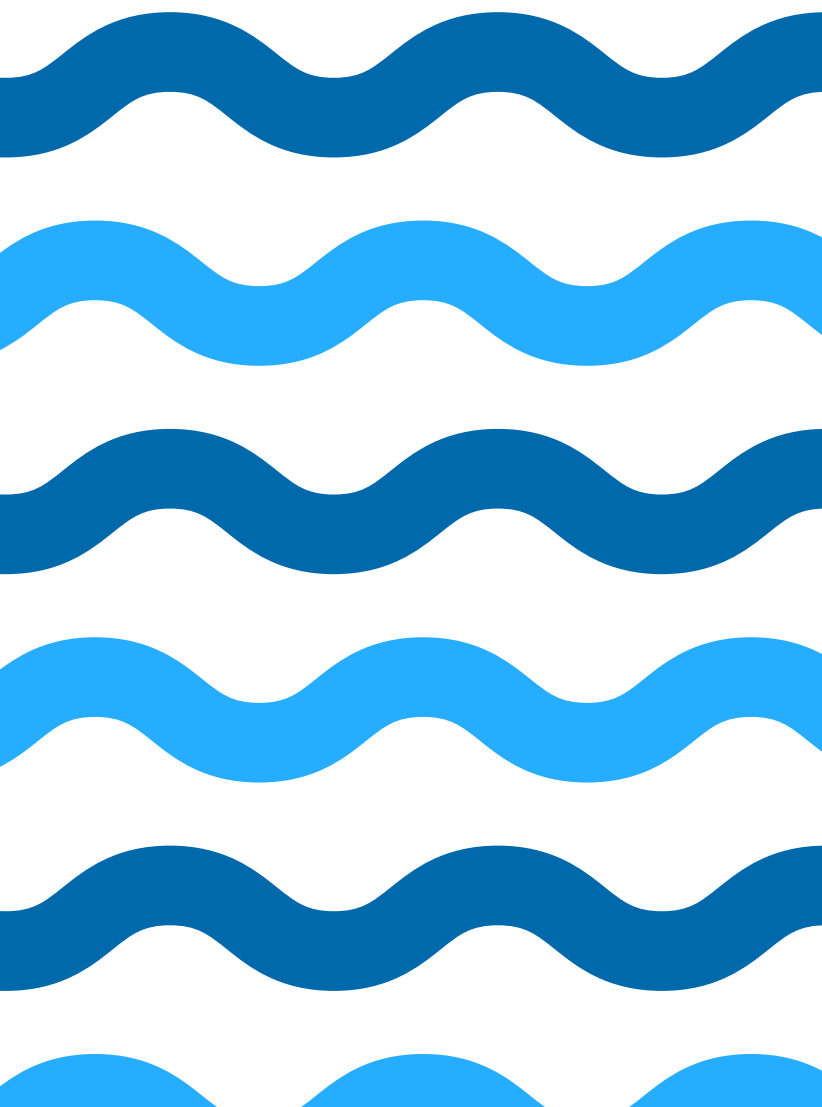


la lettre





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

Et si nous avions raison ?

Le but d'une association est de défendre ses membres. L'AMGe est là pour l'ensemble des médecins, mais également pour la poursuite des valeurs essentielles souhaitées par la population pour des soins médicaux et chirurgicaux optimaux. Affirmer cela est l'évidence. Pourtant, au cours des derniers mois, rien ne va plus de soi et les promesses et communications tous azimuts entendues et lues dans le domaine des assurances complémentaires, ne reposant que sur du vent, ont été légion.

Que dire du communiqué de presse d'Helsana affirmant avoir trouvé un accord avec «les médecins de Genève et de Vaud» (sic!!)? C'est l'été et si certains veulent construire des châteaux de sable en Espagne, ils ne si prendraient pas autrement. Helsana, un fantôme depuis plusieurs mois: aucun contact, encéphalogramme plat au niveau de nos relations. Pour rappel, c'est aussi l'assureur qui impose, en assurance de base, un point à 0.91... Partenaire? Non.

Et que penser de l'assureur SWICA, qui vient d'annoncer

unilatéralement qu'il tire la prise du modèle genevois Asteriks, du jour au lendemain, en déterminant son propre plafond de paiement des actes à charge de l'assurance complémentaire. Une patiente enceinte a reçu un courrier lui expliquant que son accouchement ne serait pas totalement pris en charge, alors qu'une promesse de couverture lui avait été indiquée ce printemps! Le patient n'est plus rien. Le racket se poursuit et il serait temps que toutes celles et tous ceux qui ont dû payer de leur poche, depuis des mois, la différence imposée, sur on ne sait toujours pas quel calcul, soient remboursés du surplus inique décidé unilatéralement par les assureurs. Les justes plaintes seront, espérons-le, nombreuses.

Notre méthode de travail part du terrain, de l'activité effectuée. Il doit en être ainsi pour l'ensemble de nos réflexions et de nos actions. Nous sommes des professionnels responsables. Pour les futures discussions sur les réseaux de soins, la prise en charge des urgences et des consultations pressantes, pour développer enfin une véritable

coordination des soins ou encore pour voir un dossier électronique du patient efficient et utilisable, rien de tel que le terrain et la connaissance fine de nos actes, de nos besoins actuels et futurs. Notre approche se veut constructive et consensuelle. Pour cela, nous devons avoir de véritables partenaires désirant faire avancer les dossiers et trouver, parfois dans la difficulté ou dans un temps incertain, les solutions pérennes et adaptées à notre canton. Il est indispensable d'avoir un agenda précis avec une roadmap aux bornes lisibles. Cela pousse à remonter les manches des deux côtés de la table.

C'est ce que nous réalisons en assurance complémentaire avec les assureurs Assura et Groupe Mutuel. Le modèle genevois Asteriks est à l'évidence en avance sur les autres modèles proposés par les assureurs et leur faïtière nationale. Les chaînes correspondent à notre travail, spécialité par spécialité, en tenant compte des sous-spécialités et de leurs impératifs. Ce modèle vient du terrain, est l'émanation des groupes et de leurs représentants,

en négociation directe avec l'assureur. Aucun prix n'est celui des médecins. Il ne représente que celui d'un historique, depuis près de quinze ans, et d'un juste compromis.

Il y a plus de 100 jours(!), l'AMGe a proposé, comme sortie de crise, l'utilisation de la structure tarifaire Medicalculis sur Genève. Plus on se plonge dedans, plus les manquements sont criants et cela pour de très (trop!) nombreux groupes de spécialistes. Des positions analogues ont été proposées, mais elles semblent, en première analyse par l'assurance CSS, ne pas être acceptées sous prétexte que les médecins genevois ne connaîtraient pas assez Medicalculis. Ironie de voir justement les responsables de Medicalculis se tourner vers l'AMGe et afficher leur volonté de co-construire, en intelligence, la future cinquième version (Lab5) de leur propre structure de facturation! Nous souhaitons les meilleurs structures possibles qui puissent intégrer les gestes médico-chirurgicaux de chaque jour. Notre volonté intangible de co-crée un modèle qui parte du terrain n'est venue que d'une détermination à être au service de nos membres, mais aussi de la population.

Et si nous avions raison ?!

Nous ne souhaitons que la reconnaissance du travail effectué, quel que soit le dossier ou la spécialité,

Nous souhaitons les meilleurs structures possibles qui puissent intégrer les gestes médico-chirurgicaux de chaque jour. Notre volonté intangible de co-crée un modèle qui parte du terrain n'est venue que d'une détermination à être au service de nos membres, mais aussi de la population.

en assurance de base ou en complémentaire, avec des conventions aux bases juridiques solides et refusons les paroles en l'air et les mouvements inutiles. Que de fausses informations, de contorsions et autres mensonges nous avons dû endurer ces derniers mois. Pour qui et pour quoi?

À entendre les assureurs, tout était sur la table à la mi-avril, utilisable immédiatement. Il n'y avait plus qu'à signer! Ni convention, ni avenant, ni structure adaptée, ni véritable double facturation, ni tiers-payant n'étaient prêts. Du bla-bla. Des mois après, nous percevons la triste réalité et les manquements. Nous n'accepterons pas l'inacceptable, ni un

manque de respect de nos professions et connaissances, malgré les multiples communiqués de presse qui n'engagent que leurs signataires. Les assurés, payeurs de primes, méritent mieux que des désillusions liées à un racket durement imposé.

Personne n'évoque les primes 2026 en assurances complémentaires. Elles doivent baisser drastiquement car depuis janvier 2025, les médecins genevois facturent en prix nets, et non plus bruts, ce qui équivaut à une baisse d'au moins 20 % (part à l'assurance de base AOS), sans compter l'argent que les Genevoises et les Genevois ont dû honteusement mettre de leur poche au cours de ces derniers mois en raison des plafonds imposés unilatéralement par les assureurs, sans compter les retards de prise en charges des interventions ou les renoncements à se faire opérer.

Moins vingt, moins trente pourcent?!? Osons l'affirmer, à défaut de le croire: les primes 2026 seront en chute libre et correspondront réellement à la volonté première de la FINMA, la transparence dans la séparation nette entre les coûts à l'assurance de base et ceux liés purement aux assurances complémentaires. Les médecins genevois s'y sont engagés depuis le début de l'année. La population doit pouvoir en ressentir les effets en francs trébuchants! ●



Bureau d'information Sociale :

l'accès aux prestations sociales, un enjeu de santé publique

Le Bureau d'information Sociale (BiS) est une structure interinstitutionnelle et interdisciplinaire d'information et d'orientation sociales. Il vise à lutter contre le non-recours en facilitant l'accès aux prestations sociales. Il offre un accueil gratuit, anonyme, et sans rendez-vous à toute personne rencontrant des difficultés ou cherchant des renseignements sur les aides existantes. En première ligne face aux besoins de la population, les médecins occupent une position privilégiée pour identifier des situations de précarité et de non-recours aux aides, et se faire le relais de ce dispositif auprès de leurs patient·e·s.

En 2020, la pandémie de Covid-19 met à rude épreuve le système d'action sociale genevois, confronté à une crise sans précédent dans l'histoire récente du canton. Face à l'ampleur des besoins, un dispositif d'aide alimentaire d'urgence est rapidement mis en place grâce à une collaboration entre acteurs institutionnels et associatifs. On se souvient alors des files de personnes faisant la queue pour obtenir des denrées alimentaires à la patinoire des Vernets - symbole d'une précarité soudainement rendue visible.

Rapidement, afin de dépasser la seule aide d'urgence, des pôles sociaux - réunissant toujours une pluralité d'acteurs de l'action sociale - viennent se greffer aux sites de distributions alimentaires. La mise en place de ces dispositifs répond à un constat clair : au-delà des besoins en produits de première nécessité, c'est le déficit d'accès à l'information sociale et l'ampleur du non-recours aux prestations qui se révèlent en filigrane de cette crise. L'objectif principal devient alors d'informer les personnes sur leurs droits, et de les orienter vers les aides existantes et les organisations compétentes.

Héritage de cette collaboration interinstitutionnelle en temps de crise, le BiS poursuit aujourd'hui cette mission de lutte contre le non-recours - phénomène dont les conséquences tant sociales que sanitaires restent préoccupantes : précarisation, isolement, souffrance psychologique, renoncement aux soins, etc. Son ambition est ainsi de lever les obstacles qui entravent l'accès aux prestations : méconnaissance des dispositifs existants, complexité des démarches administratives, sentiment de honte, de méfiance ou de découragement¹.

Son ambition est ainsi de lever les obstacles qui entravent l'accès aux prestations : méconnaissance des dispositifs existants, complexité des démarches administratives, sentiment de honte, de méfiance ou de découragement¹.

¹ Lucas, B., Ludwig, C., Chapuis, J., Maggi, J., & Creffaz, E. (2019). Le non-recours aux prestations sociales à Genève. *Quelles adaptations de la protection sociale aux attentes des familles en situation de précarité.*

Pour concrétiser cette mission, le BiS a été conçu comme un **lieu d'accueil généraliste, sans étiquette institutionnelle, ouvert à toutes et tous**. Porté par le Département de la cohésion sociale du Canton (DCS), en étroite collaboration avec le Département de la cohésion sociale et des solidarités de la Ville de Genève (DCSS), l'Hospice général (HG) et le Collectif d'associations pour l'action sociale (CAPAS), **il propose deux permanences hebdomadaires, gratuites, anonymes et sans rendez-vous. Il y assure un rôle d'information, d'écoute et d'orientation vers les aides existantes.** Les permanences se déroulent au Boulevard d'Yvoy 3, dans le quartier de la Jonction, les mardis de 10h à 13h et les jeudis de 15h à 18h.

Les permanences sont assurées par une équipe pluridisciplinaire réunissant travailleurs et travailleuses sociales, juristes, psychologues et spécialistes des services cantonaux (service de l'assurance-maladie et service de prestations complémentaires) – ceci afin de répondre au mieux aux situations parfois complexes des publics. Le BiS permet ainsi d'apporter des réponses à une grande diversité de situations: difficultés dans les démarches administratives, accès à des aides financières, accès aux soins médicaux, à la nourriture, au logement, etc.

Afin de gagner en visibilité et de toucher les publics qu'il peine encore à atteindre, le Bis a aujourd'hui besoin de s'appuyer sur un réseau plus large. À ce titre, les professionnel-le-s de santé, et en particulier les médecins, occupent une position privilégiée pour repérer d'éventuelles situations de précarité et de non-recours aux prestations et, le cas échéant, orienter les patient-e-s vers ce dispositif. En tant qu'acteurs de première ligne, ils et elles peuvent jouer un rôle clé dans la lutte contre le non-recours et contribuer à une prise en charge plus globale des personnes en difficulté.

Pour ce faire, des flyers et des affichettes sont disponibles sur demande pour diffusion dans les lieux de soin. Vous pouvez les commander à l'adresse suivante: oceane.corthay@etat.ge.ch

Le site www.info-sociale.ch fournit toutes les informations pratiques sur le Bureau d'information Sociale, y compris les jours de présence des services spécialisés, ainsi qu'un large éventail de ressources utiles en matière d'aide sociale et d'orientation. ●

Océane Corthay,
Adjointe scientifique
Département de la cohésion sociale (DCS)
République et Canton de Genève



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

Investir dans la formation des médecins

Il y a quelques mois, alors que je discutais avec un politicien d'augmenter le nombre d'étudiants en médecine, il m'a répondu que le coût de formation d'un médecin est le même que celui d'un giratoire, et que de nouvelles constructions sont prioritaires pour fluidifier le trafic. Je suis resté sans voix.

L'intérêt pour les études de médecine reste très élevé en Suisse avec un nombre de candidats bien supérieur au nombre de places d'études disponibles. Avec 60% des candidats qui sont soit refusés à l'examen d'entrée (numerus clausus), soit éliminés après la première année de médecine, la Suisse ne forme de loin pas le nombre de médecins dont elle a besoin. Le système de santé ne pourrait pas fonctionner sans les quelque 40% de médecins étrangers. Ainsi paradoxalement, des étudiants suisses vont se former dans un autre pays et reviennent ensuite en Suisse pour y travailler. Il est difficile de s'imaginer la situation actuelle si la Confédération n'avait pas lancé en 2016 un programme d'augmentation des diplômés de médecine pour passer de 950 à 1300 par année dès 2025. Cette mesure ne s'avère toutefois pas suffisante pour les années à venir, et une nouvelle augmentation est nécessaire pour faire face aux défis de notre système de santé. Cette augmentation doit s'accompagner de mesures pour motiver au moins 50% des étudiants à s'orienter ensuite vers la médecine de famille, notamment par une exposition plus importante à cette spécialité tout au long des études.

Augmenter le nombre d'étudiants en médecine peut faire craindre une perte de qualité de la formation. Pour garder l'enseignement au lit du malade en petits groupes, des réflexions sont nécessaires entre ce qui doit être enseigné dans les hôpitaux de niveau académique, et ce qui doit l'être dans les autres hôpitaux ou les cabinets médicaux de toute spécialité. Depuis de nombreuses années, les étudiants en médecine réalisent des stages en cabinet de médecine de famille ou de pédiatrie, complémentaires aux stages en hôpitaux, et peuvent dès lors apprendre comment gérer des problèmes de santé à des phases différentes. À l'Université de Fribourg par exemple, les étudiants suivent un stage

longitudinal, où pendant dix mois, ils se rendent toutes les trois semaines durant une journée dans un cabinet de médecine de famille. Ils peuvent ainsi comparer la différence de prise en charge entre un patient qui viendrait pour le suivi d'un diabète au cabinet, ou une complication aiguë de cette même pathologie à l'hôpital. Dans la même logique, des stages dans d'autres spécialités de l'ambulatoire pourraient être mis en place, où d'excellents « anciens » enseignants académiques sont désormais installés. Cela permettrait aussi aux futurs médecins de mieux comprendre les différentes étapes du processus de soin et de prévention,¹ renforcer le concept de l'ambulatoire avant l'hospitalier, et les sensibiliser aux coûts. Enfin, il faut investir dans la bonne région. Comme de nombreuses données montrent qu'un médecin qui a grandi dans une zone rurale va plus facilement s'y installer,² la création de Masters en médecine dans une ou deux régions supplémentaires par rapport à l'offre actuelle pourrait contribuer à assurer une couverture adéquate en médecins, notamment de premier recours, en Suisse.

La question du sens de l'exercice de la profession médicale est aussi essentielle. Augmenter le nombre de médecins doit aller de pair avec des mesures concrètes sur leurs activités, notamment administratives. Il faut éviter que les professionnels de santé passent plus de temps à documenter leurs activités qu'à soigner leurs patients. La répartition des tâches entre professions de santé est aussi de grande importance, de même que le travail interprofessionnel. Toutefois, tant qu'une tarification spécifique du temps interprofessionnel pour chaque profession n'existera pas, l'interprofessionnalité restera un concept.

La formation médicale est souvent critiquée pour son coût, et certaines voix s'expriment en faveur d'une réduction de la durée de formation. Alors que les compétences cliniques avaient tendance à diminuer,³ de nombreuses initiatives sont en cours dans les écoles de médecine pour augmenter leur enseignement pratique. En effet, il reste essentiel de bien former les médecins à développer des compétences

larges tant à l'anamnèse et au status que pour réaliser des gestes cliniques. Une collègue généraliste installée en montagne me rappelait récemment combien elle apprécie de savoir tamponner une épi-taxi, gérer une fracture ou poser une sonde vésicale. Non seulement ces gestes permettent de diversifier la pratique, mais ils contribuent à désengorger les urgences. Ces formations nécessitent du temps pour pouvoir ensuite les réaliser seul. Cette fausse bonne idée de réduction de la formation aboutirait au fait à une augmentation des coûts du système de santé. La Société suisse de médecine interne générale s'active à promouvoir la formation à un large nombre de compétences cliniques. Enfin, il faudrait mieux valoriser l'enseignement dans un parcours académique en Suisse, afin de garder les enseignants qui excellent dans cet art, même si leur parcours de recherche est moins fourni.

Si l'on veut faire des économies dans le système de santé, investir dans la formation des médecins, tant en nombre qu'en qualité, est essentiel. Ainsi, un nouveau programme est nécessaire au niveau suisse en étroite collaboration avec les cantons. Les candidats motivés ne manquent pas, et cela vaut bien quelques giratoires.

INVESTIR DANS
LA FORMATION
DES MÉDECINS,
TANT EN NOMBRE
QU'EN QUALITÉ,
EST ESSENTIEL

1 Green LA, et al. The ecology of medical care revisited. *N Engl J Med* 2001;344:2021-5

2 Nedelec P, et al. Rural general practitioners have different personal and professional trajectories from those of their urban colleagues: a case-control study. *BMC Med Educ* 2023;23:842.

3 Faustinella F, Jacobs RJ. The decline of clinical skills: a challenge for medical schools *Int J Med Educ*. 2018 Jul 13;9:195-7

PR PIERRE-YVES RODONDI

Directeur de l'Institut de médecine de famille
Université de Fribourg
Membre du comité directeur de la Société
suisse de médecine interne générale
pierre-yves.rodondi@unifr.ch

Première ligne de soins: pilier du système de santé à soutenir et à valoriser

Le système de santé, confronté à des défis majeurs, nécessite des réformes profondes pour garantir des soins accessibles et de qualité, tout en étant repensé pour mieux répondre aux besoins et aux attentes de la population, afin d'en assurer la durabilité.

Dans cette perspective, le rôle et la place de la première ligne de soins revêtent une importance majeure, puisqu'il est aujourd'hui admis que les systèmes de santé bâtis dans ce sens, garantissent un meilleur accès aux soins et obtiennent de meilleurs résultats de santé, tout en optimisant l'utilisation des ressources. Ce secteur, fortement intégré au tissu local, proche des habitants et répondant à la majorité de leurs besoins en santé, reste, en Suisse, malgré son importance stratégique, insuffisamment soutenu, voire laissé pour compte.

Les actions concrètes pour le renforcer restent limitées. Une situation résultant, d'une part, de notre système parlementaire, soumis aux influences de lobbies aux intérêts divergents et, d'autre part, d'un système de santé articulé autour de la loi sur l'assurance-maladie, axée sur la régulation et le financement des soins au détriment d'une vision stratégique globale et cohérente. Une formule perdante où les changements se limitent à des ajustements mineurs dictés par des compromis souvent complexes, peinant à induire de véritables transformations du système.

Entre temps, le système de santé poursuit sa propre logique, celle du marché, où la quête de rentabilité devrait nous inquiéter. Une véritable «entreprise de production de prestations», où les acteurs semblent davantage préoccupés par la génération de revenus, la rentabilisation des infrastructures techniques, et parfois la réponse aux attentes des actionnaires, que par les enjeux de qualité des soins et des priorités de santé publique. Une logique productiviste sans réel garde-fou encouragée par une rémunération à l'acte qui incite les prestataires à une croissance

sans limite, souvent excessive, en décalage avec les indispensables réflexions sur la durabilité du système de santé.

Dans cette entreprise hasardeuse, les secteurs les plus profitables captent une part injustifiable des ressources. Le reflet d'un modèle tarifaire, TARMED aujourd'hui, TARDOC demain, qui valorise avant tout les actes techniques, au détriment du temps d'écoute et de la coordination des soins. Un modèle qui fragilise et dévalorise de facto la première ligne de soins à plusieurs niveaux. Sur le plan structurel, par un manque patent de moyen pour

**LES RÉSEAUX
DE SOINS SE
PRÉSENTENT
COMME LES
ORGANISATIONS
LES PLUS
ADAPTÉES POUR
MENER À BIEN
LES TRANSFOR-
MATIONS
NÉCESSAIRES**

organiser les soins et favoriser des initiatives pourtant essentielles mais peu lucratives comme la prévention. Au niveau financier, par des écarts iniques de rémunération entre différentes spécialités, engendrant frustration et désengagement, et accentuant ainsi les tensions au sein des sociétés cantonales de médecine. Enfin, sur le plan humain, la valorisation sociale des disciplines lucratives accentue la

pénurie de praticiens en décourageant les vocations pour la médecine de premier recours.

Ce constat impose une réflexion urgente sur les mesures à adopter afin de rétablir un système plus équitable sur les plans humain et financier, capable de répondre durablement aux défis auxquels il est confronté. En l'absence de solution fédérale, qu'une future «loi sur la santé» pourrait offrir, de nombreuses voix s'élèvent pour appeler les cantons, garants de la santé de leur population, à prendre leurs responsabilités. À Genève, plusieurs initiatives s'inscrivent dans cette dynamique méritent d'être saluées et encouragées, comme la *caisse cantonale publique* ou les *maisons de santé*. Elles reflètent une réelle volonté de transformer l'organisation et de redéfinir les dynamiques qui régissent les interactions entre les différents acteurs. Encore en phase de projet et sans certitude de réussite, leur mise en œuvre demandera du temps, alors même que l'urgence se fait déjà ressentir.

À l'heure actuelle, les Réseaux de soins se présentent comme les organisations les plus adaptées pour mener à bien les transformations nécessaires. Nées d'une volonté politique en 1994, ces formes alternatives d'assurances disposent d'une marge de manœuvre organisationnelle dans le cadre qui leur est fixé, leur permettant de mettre en place des outils et des initiatives renforçant la coordination entre les professionnels et favorisant une intégration plus fluide des services, notamment au bénéfice du parcours patient. Malgré 30 ans d'existence, ils suscitent (encore) une certaine méfiance, en raison des liens étroits avec les assurances-maladie aux intérêts supposés divergents, et la crainte de les voir menacer l'indépendance des médecins. Une appréhension légitime mais infondée, souvent alimentée par une confusion entre «indépendance de pratique en cabinet» et «intégration des pratiques dans une dimension collective». Une perspective qui incite les professionnels à repenser leur rôle dans une dimension collective, en favorisant de nouvelles modalités de collaboration orientées vers les résultats en santé, au bénéfice à la fois du patient et du système dans son ensemble. Un changement de paradigme essentiellement porté par les médecins de premier recours, qui jouent un rôle clé dans la maîtrise des coûts et la pérennisation du système de santé. Il est donc légitime qu'une part des économies réalisées leur revienne, notamment par le biais d'une revalorisation du point tarifaire.

DR DORIAN SCHALLER

Centre médical de Vésénaz
Réseau Delta
Rte de Thonon 42 - 1222 Vésénaz
dorian.schaller@reseau-delta.ch

Le moustique *Aedes aegypti*: un vampire en quête de chaleur humaine

MALAURIE SCHMIDT, BRUNA CURY, ETIENNE DE DIESBACH, JÁICY ALMEIDA GOMES, LAMIJA OMERAGIC, DR CAMILLE CUVEILLIER ET DR THOMAS LAUMONIER

Rev Med Suisse 2025; 21: 1095-6 | DOI: 10.53738/REVMED.2025.21.919.46952

INTRODUCTION

Tout le monde est à la recherche d'un partenaire chaleureux. Selon une étude parue en août 2024 dans la revue scientifique *Nature*, les moustiques *Aedes aegypti* détectent les infrarouges thermiques émis par le corps, l'odeur corporelle humaine et le dioxyde de carbone expiré afin d'identifier leur proie. Les infrarouges thermiques que nous émettons trahissent notre présence et nous exposent alors aux piqûres du moustique. Cette découverte ouvre de nouvelles perspectives quant aux moyens de se protéger des moustiques, vecteurs de nombreuses maladies virales.

UN VAMPIRE POTENTIELLEMENT MORTEL

Le moustique *Aedes aegypti* propage de nombreux virus comme ceux de la fièvre jaune, de Zika ou de la dengue. Ces virus infectent chaque année plus de 100 millions de personnes dans le monde^{1,2} et sont responsables de dizaines de milliers de décès chaque année. Les moustiques mâles sont inoffensifs, mais les femelles, qui se nourrissent de sang pour développer les œufs, véhiculent ces maladies. Ces moustiques repèrent leurs proies en intégrant des informations provenant de nombreux stimuli sensoriels. À plusieurs mètres de leur cible, ils détectent le dioxyde de carbone (CO₂) expiré et l'odeur corporelle humaine. Une fois à proximité (moins de 10 cm), *Aedes aegypti* détecte également la chaleur convective³ et au contact de la peau, la chaleur conductive.⁴ Cependant, leur vision limitée et les mouvements d'air perturbent leur capacité à localiser leur proie avec précision. Des scientifiques ont découvert l'importance des infrarouges (IR) thermiques émis par la peau humaine dans l'intégration multisensorielle des moustiques à moyenne distance.

UN VAMPIRE QUI PRIVILÉGIE LES PROIES À SANG CHAUD

Pour étudier le rôle des IR thermiques dans la recherche d'hôte, des scientifiques de l'Université de Californie ont exposé des femelles *Aedes aegypti* à différents stimuli, dans une cage d'étude. Ce système permet de mesurer l'attrait que les moustiques présentent pour une plaque chauffante de Peltier, plaque présentant un gradient de température allant de 29,5 à 34 degrés, en présence ou en l'absence de stimuli supplémentaires tels que la chaleur émise sous forme d'IR thermiques, les odeurs corporelles humaines et le CO₂. Chaque stimulus a induit une faible attraction des moustiques lors d'un test individuel, mais ces derniers ont été fortement attirés vers la zone contenant les trois stimuli. Ces résultats indiquent qu'*Aedes aegypti* utilise les IR thermiques pour détecter sa proie. Ce signal fonctionne à moyenne distance (jusqu'à 70 cm) et présente une attirance maximale pour la plaque de Peltier chauffée à 34 °C, soit la température de la peau humaine. Grâce à cette découverte, les scientifiques peuvent expliquer pourquoi nous sommes souvent piqués à l'aube et

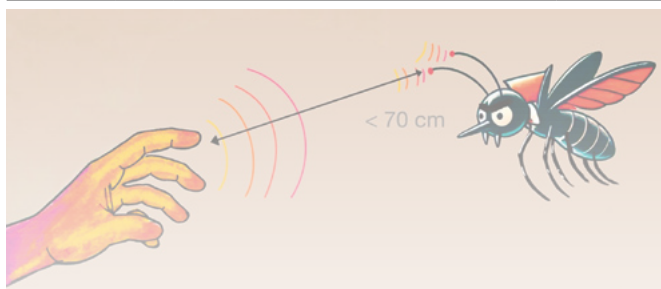
au crépuscule, lorsque les températures sont plus fraîches. Ils expliquent que plus la température ambiante est inférieure à la température des sources d'IR thermiques, plus les moustiques sont attirés. Cette détection est permise grâce à des neurones thermosensibles présents à l'extrémité distale des antennes des moustiques. En réduisant l'expression génétique de ces récepteurs chez les moustiques, les scientifiques ont démontré que la détection des IR thermiques émis par l'être humain repose majoritairement sur les récepteurs TRPA1 (Transient Receptor Potential Ankyrin 1) et Op1/Op2 (Opsin 1 et Opsin 2).

COMMENT ÉCHAPPER À UN VAMPIRE SURÉQUIPÉ ET MULTISENSORIEL

Le moustique femelle *Aedes aegypti* combine la détection des IR thermiques, du CO₂ expiré et des odeurs corporelles pour localiser ses proies à moyenne distance (figure 1). Les récepteurs TRPA1 et Op1/Op2, situés à l'extrémité de ses antennes, permettent de détecter le rayonnement thermique émis par la peau

FIG 1 Les infrarouges thermiques pour localiser les proies

Selon une récente étude, le moustique *Aedes aegypti* traque sa proie en se basant sur les infrarouges thermiques qu'elle émet. Des récepteurs spécifiques situés à l'extrémité de ses antennes détectent ces rayonnements jusqu'à 70 cm de distance.



(Inspirée d'une illustration générée par ChatGPT).

Santé numérique

La télémédecine: état des lieux, défis et perspectives

ALBERTO GUARDIA, Dre PAULINE BRUNNER, JEREMY JANKOVIC, Dre CORALIE GALLAND-DECKER,
Dre CHIARA MARINONI et Dr FRANÇOIS BASTARDOT

Rev Med Suisse 2025; 21: 1091-4 | DOI : 10.53738/REVMED.2025.21.919.47300

INTRODUCTION

La télémédecine, reposant sur l'utilisation des technologies de l'information et de la communication (TIC) pour dispenser des soins médicaux à distance, s'est imposée comme un élément crucial du paysage sanitaire contemporain.¹ La pandémie de Covid-19 a révélé son potentiel pour assurer la continuité des soins tout en minimisant les risques d'infection.² Malgré les avantages qu'elle présente, seuls 45% des médecins installés en Suisse se disent satisfaits de la télémédecine, contre 75% en moyenne internationale.³⁻⁵ Bien que des recherches aient démontré qu'elle améliore l'accès aux soins, réduit les coûts et optimise l'efficacité des services de santé, son adoption reste freinée par des défis réglementaires, technologiques et par la réticence de certains professionnels de santé. Malgré ses avantages évidents, pourquoi reste-t-elle sous-utilisée en Suisse?

Cet article dresse un état des lieux de la télémédecine en Suisse, identifie ses principaux avantages ainsi que les obstacles entravant son adoption à grande échelle et explore des pistes stratégiques pour surmonter ces difficultés.

DÉFINITION DE LA TÉLÉSANTÉ ET DE LA TÉLÉMÉDECINE

Il est essentiel de clarifier ces termes, de plus en plus utilisés, mais souvent confondus:

- **Télésanté:** c'est l'ensemble des services de santé et d'éducation dispensés à distance via les TIC. Elle englobe la télémédecine, la prévention, la promotion de la santé et l'administration sanitaire. Elle vise à faciliter l'accès aux soins de manière flexible, éducative et inclusive, indépendamment de la localisation.
- **Télémédecine:** c'est un sous-ensemble de la télésanté concentré sur les soins médicaux à distance. Elle couvre le diagnostic, les traitements, la surveillance, la prévention, la recherche et la formation via les technologies numériques. Son développement vise notamment à répondre aux besoins des populations en zones isolées et à renforcer la réactivité des systèmes de santé face aux demandes de soins urgents ou spécialisés.

LES DIFFÉRENTS SERVICES DE TÉLÉMÉDECINE

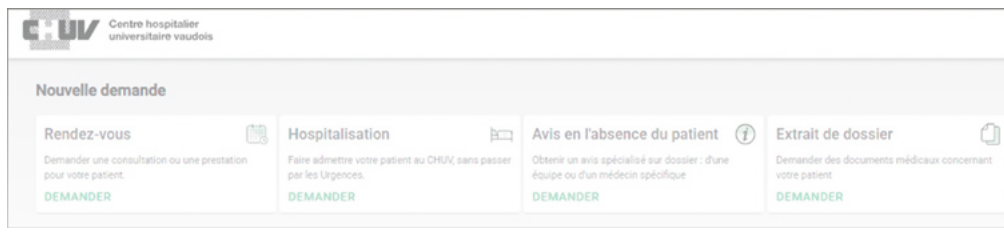
La télémédecine se décline en plusieurs modalités de services:

- **Téléassistance:** c'est un appui en temps réel d'un professionnel de santé à d'autres professionnels ou à des patients, principalement par vidéo ou via des dispositifs de surveillance à distance. Ce type de service est particulièrement précieux lorsqu'un professionnel de santé présent sur place a besoin de l'expertise immédiate d'un spécialiste distant. Par exemple, l'outil institutionnel des HUG «HUG@home» permet à un soignant de l'«imad» (Institution genevoise de maintien à domicile),⁶ en visite chez un patient, de contacter un médecin des HUG pour un avis médical.
- **Téléexpertise:** c'est un processus par lequel un professionnel de santé sollicite l'avis d'un ou de plusieurs spécialistes concernant un cas clinique particulier, en l'absence du patient. Elle est fréquemment utilisée pour des cas complexes nécessitant des compétences spécialisées pour établir un diagnostic précis ou élaborer un plan de traitement adapté. Par exemple, le portail «medCHUV» (figure 1) du CHUV permet aux cabinets médicaux de demander un avis sur dossier aux spécialistes du CHUV via une téléexpertise en différé.

FIG 1 Portail medCHUV

www.med.chuv.ch

Présentation de l'interface du portail medCHUV.



Harcèlement à l'hôpital: ne plus subir

THOMAS SCHMUTZ et NICOLAS ROCHANI

Rev Med Suisse 2025; 21: 1054-5 | DOI: 10.53738/REVMED.2025.21.918.47317

Note sur la rédaction: dans un souci de fluidité, le masculin est utilisé dans ce texte pour désigner les personnes, sans intention discriminatoire. Il inclut toutes les identités de genre.

Le 30 janvier 2025, la RTS diffuse un reportage choc intitulé «harcèlement à l'hôpital, silence sous la blouse»: des femmes témoignent avec courage du harcèlement sexuel qu'elles endurent à l'hôpital.¹ En réaction, le CHUV annonce des actions concrètes dont la création d'une cellule de lutte dédiée.² Les HUG décident quelques jours plus tard de renforcer leur politique de prévention.³ En 2021, ils avaient soutenu l'action de collectif CLASH qui pointait déjà du doigt le problème.⁴ Plus récemment, un autre média rapporte coup sur coup des plaintes de soignants de l'hôpital ophtalmique de Lausanne dénonçant un management tyrannique puis des dysfonctionnements dans la gouvernance des soins intensifs du CHUV.^{5,6} Dans le même temps, le Réseau hospitalier neuchâtelois annonce dans un communiqué de presse des mesures pour lutter contre le harcèlement.⁷ On le savait déjà: les hôpitaux sont des lieux propices au harcèlement sous toutes ses formes en raison d'un environnement de travail stressant, d'une hiérarchie pesante et d'une tolérance élevée du phénomène. Afin de le combattre, il convient d'y restaurer une culture du respect de l'autre. Cela prendra du temps. Dans l'attente, il faut savoir identifier ces atteintes à la personnalité du travailleur, connaître les obligations légales de l'employeur et la démarche à suivre en tant que victime. Le harcèlement reste encore trop souvent banalisé dans la culture hospitalière⁸ alors qu'il s'agit, ne l'oublions pas, d'un acte répréhensible en droit du travail, mais aussi potentiellement en droit pénal.

Le droit n'est pas une science exacte et il est soumis à interprétation. Il n'est donc pas toujours facile de reconnaître qu'un comportement est constitutif de harcèlement et encore moins de le prouver. Celui-ci peut toucher n'importe qui. Il

correspond à une atteinte à l'intégrité personnelle du fait d'un comportement problématique dirigé contre la personne. Il peut être verbal, non verbal, physique ou encore psychique. Ses effets sont néfastes sur la santé et la personnalité, mais aussi sur la productivité et la satisfaction au travail. Il peut prendre plusieurs formes:⁹ discrimination, harcèlement psychologique ou sexuel. La *discrimination* correspond à une inégalité de traitement (salaire, promotion, accès à la formation, etc.) jugée injustifiée et discriminatoire parce qu'elle repose sur une caractéristique personnelle spécifique (par exemple, sexe, âge, origine). Le *harcèlement psychologique* ou «*mobbing*» désigne un enchaînement de propos et/ou d'agissements hostiles fréquemment répétés sur une période assez longue visant à isoler, marginaliser, atteindre la personne dans son estime de soi, voire à l'exclure de son lieu de travail.

Il peut être vertical (lien hiérarchique direct entre auteur/victime) ou horizontal (auteur/victime de même niveau hiérarchique). Lorsque la partie fautive est un supérieur hiérarchique direct, on parle de «*bossing*», une forme de harcèlement motivée par une logique de pouvoir, parfois déclenchée par la réussite ou la visibilité du subordonné. Enfin, le harcèlement psychologique peut prendre une forme collective lorsque c'est un groupe qui se consacre pour atteindre une cible. Le *harcèlement sexuel* englobe tout comportement importun (non souhaité) à caractère sexuel ou fondé sur l'appartenance sexuelle portant atteinte à la dignité d'une personne au travail. Il n'a rien à voir avec le flirt dans la mesure où il n'est désiré que par une seule personne. À la différence du harcèlement psychologique qui doit être répété et s'inscrire dans le temps, un seul acte est punissable. Les remarques sexistes, les commentaires déplacés ou les blagues grossières entrent déjà dans cette définition.

L'employeur a l'obligation légale de protéger l'intégrité personnelle de ses employés. Il doit garantir un environ-

nement de travail sain, exempt de harcèlement, où chacun se sent accepté et valorisé.⁹ Le Code des obligations (art. 328 CO) ainsi que la Loi sur l'égalité (LEg) lui imposent d'intervenir activement en cas d'atteinte. Il doit traiter toute plainte avec sérieux et impartialité en menant une enquête rapide et objective. La clarification doit être immédiate. Les solutions peuvent inclure, selon les circonstances, des entretiens individuels ou collectifs, une médiation et/ou des mesures disciplinaires à l'encontre de la partie fautive. En cas d'inaction, l'employeur peut être tenu responsable des actes de harcèlement commis au sein de son entreprise et condamné à indemniser la victime. Attention, l'employeur ne doit pas se contenter de réagir lorsqu'un problème lui est rapporté, il a également l'obligation légale d'éviter les atteintes. Cela impose la mise en place de mesures préventives, telles que l'élaboration de directives internes^{10,11} interdisant le harcèlement, la diffusion répétée d'informations sur les droits des employés, la formation du personnel encadrant et la désignation de personnes de confiance. Des leviers existent pour pousser les institutions à agir lorsqu'elles ferment les yeux: saisie de l'inspection cantonale du travail, plaintes collectives auprès des ressources humaines (RH), aide des syndicats ou encore recours médiatiques et politiques, sans oublier les voies judiciaires, civile et/ou pénale.

Dans tous les cas, il est important de souligner que ce n'est pas l'intention de l'auteur qui compte mais bien le vécu ou le ressenti de la personne qui en est la cible. Pour mettre fin à de tels agissements, l'employé doit, dès les premiers signes suspects de harcèlement, faire preuve de courage et clarifier la situation en interpellant directement le responsable des faits. Il est important de lever tout malentendu, d'adopter une posture ferme et de poser des limites claires. Si ce dialogue ne suffit pas ou si la discussion n'est pas possible, il est vivement conseillé à la victime de consigner les faits par écrit et d'informer son supérieur hiérarchique ou son employeur par le biais d'un signalement formel. Les RH, lorsqu'elles sont

**L'EMPLOYEUR A
L'OBLIGATION
LÉGALE DE
PROTÉGER
L'INTÉGRITÉ
PERSONNELLE DE
SES EMPLOYÉS**

Hypocrisie, schizophrénie ou absence de pilotage de notre système de santé?

Cela fait maintenant plusieurs mois que l'on assiste à une offensive sans précédent de la part des assurances pour faire plier les acteurs de la santé à leurs prérogatives. Baisse du point Tarmed, suppression des taxes d'urgences, remise en question des accords tarifaires entre médecins et cliniques privées. Bien qu'il y ait une distinction entre assurance obligatoire des soins (AOS) et assureurs privés, in fine, les assureurs sont les mêmes. Tout le monde s'indigne aujourd'hui mais ce processus disruptif a été initié minutieusement et méticuleusement depuis bien longtemps auprès des médecins généralistes.¹

Le vieillissement imminent des baby-boomers conduit les médecins de premier recours (MPR) vers un changement de paradigme dans la prise en charge médicale. La complexité, la polypathologie, l'interprofessionnalité prennent le pas sur la logique en silo. Le modèle économique est imparable, un système de santé chapeauté par une MPR forte est économe et rentable.² Pourtant, bien que les besoins et les potentiels bénéfices soient établis clairement,³ l'organisation actuelle de notre système de santé permet l'émergence de dérives contre-productives.

Ces forces disruptives sont générées par notre contrôle d'économie du système de santé nommé Tarifsuisse (anciennement Santéuisse) mais également par des assurances isolées qui reprennent le flambeau depuis le récent arrêté du tribunal fédéral stipulant que l'assureur doit lui-même faire la preuve qu'un médecin n'est pas économe.⁴

Si nous tendons l'oreille et permettons que les langues se délient, nos histoires et celles de nos collègues se multiplient et font froid dans le dos. Il est possible que certains médecins abusent, néanmoins, la plupart de ceux interpellés travaillent souvent dans la complexité. Certains d'entre eux répondent aux besoins du vieillissement de la population, ils réalisent des visites à domicile, des fins de vie à domicile et des hospitalisations à domicile. Cela permet non seulement de réduire les coûts

mais en plus de soulager l'hôpital de patients polymorbides et fragiles dont le séjour amènera son lot de complications et d'occupation de lits bien plus longue que prévu.

Comment est-il alors possible et concevable que Tarifsuisse déstabilise ces médecins?

Il faut dire que les méthodes de contrôle sont basées sur des statistiques dont la reproductibilité est discutable. Le médecin inquiet reçoit une lettre menaçante. Il se justifie mais surtout, il modifie sa pratique. Pourquoi devrait-il s'occuper de patients complexes prenant plus de temps et pour lesquels le Tarmed n'est pas adapté? Peut-être réfléchira-t-il à deux fois avant de faire certains examens ou contacter

les autres professionnels dans la situation gériatrique, par exemple. La coordination n'est pas prise en charge. Résultats: baisse de la qualité des soins, plus de coûts et potentiellement plus de surcharge hospitalière évitable.

À Genève, nous constatons que le prix moyen annuel par patient pour la spécialité de médecine générale est à la baisse, or c'est justement sur cette moyenne que Tarifsuisse détermine ses statistiques. Chaque année, son indice est tiré vers le bas. Cette baisse du coût moyen expose alors de plus en plus de médecins à paraître sur les radars. Jusqu'à quand?

Après s'être justifié, le médecin est parfois entendu, on lui demande alors de rembourser une certaine somme. Si celui-ci se plie aux exigences des assureurs, ceux-ci peuvent en rester là. Néanmoins, si le médecin ne s'engage pas à restituer l'argent, il se retrouve au tribunal. La plupart du temps, il gagne après avoir prouvé sa bonne foi mais au risque de se faire exclure de sa protection juridique s'il la sollicite, comme cela est arrivé récemment à un collègue toujours dans le viseur des assurances.

Certains médecins modifient de manière conséquente leur pratique. Parfois, ils renoncent au remboursement de l'AOS. Cela est sans contexte un incitatif rédhitoire pour la relève médicale. Il faut ajouter que bien qu'il existe un soutien par

les associations cantonales, le médecin visé par Tarifsuisse est ostracisé. La réponse des associations insiste sur l'importance de démontrer le bienfondé de sa pratique, chiffre à l'appui. Cet exercice est humiliant, déstabilisant et fragilise la santé mentale de tout médecin dont le travail est de prendre soin de ses patients.

Le paradoxe est total, selon des chiffres que Tarifsuisse a eu l'amabilité de fournir pour 2022, les médecins inquiétés à Genève sont majoritairement des MPR (psychiatres, généralistes, pédiatres). Pourquoi? La réponse à cette question semble résider dans l'absence même de gouvernance de notre système de santé. La santé qui devrait être un bien commun est en fait gérée par des acteurs privés dont les intérêts économiques priment sur le reste. Nous le voyons bien, ici. Alors que faire? Il semble que notre système ultralibéral est arrivé à un tournant, il paraît impératif que les citoyens se rallient à une loi fédérale pour la santé.⁵

**CET EXERCICE
EST HUMILIANT,
DÉSTABILISANT
ET FRAGILISE LA
SANTÉ MENTALE
DE TOUT MÉDECIN**

1 Moillen, M., Contrôle de l'économie par santéuisse en cabinet médical : quel message pratique ?, Rev Med Suisse. 2009;225(5):2287-9. DOI: 10.53738/REV-MED.2009.5.225.2287

2 www.woncaeurope.org/news/view/8-reasons-why-family-physicians-are-the-actual-stars-of-medicine-by-florian-stigler

3 Sandvik H, Hetlevik Ø, Blinkenberg J, Hunskaar S. Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway. Bri J Gen Pract. 2022;72(715):e84-90. DOI: 10.3399/bjgp.2021.0340.

4 www.jacquemoudstanislas.ch/fr/news-et-publications/bulletins/2024/may/contrôle-des-coûts-du-médecin-dans-l-assurance-obligatoire-de-soins-changement-de-jurispudence/

5 Monod S. Crise du système de santé : cantons et Confédération, il est encore temps ! Chêne-Bourg : Ed. Georg, 23.11.2023

DRE SARAH FIORENTINI

Présidente du G3 (groupe des gériatres genevois)

DR SÉBASTIEN AMSTUTZ

Secrétaire du GGPPS (groupe genevois de médecins pratiquant les soins palliatifs)
Cabinet du Jet d'Eau
Rue du 31 Décembre 8
1207 Genève
dre.fiorentini@cabinetedujetd'eau.ch
dr.amstutz@cabinetedujetd'eau.ch

Santé numérique

Hospitalisation à domicile et santé numérique: une réponse aux défis actuels?

JEREMY JANKOVIC, Dre PAULINE BRUNNER, Dre CORALIE GALLAND-DECKER, Dre CHIARA MARINONI, ALBERTO GUARDIA, Dr ANDREA DALL'AGLIO, Pre PATRIZIA D'AMELIO et Dr FRANÇOIS BASTARDOT

Rev Med Suisse 2025; 21: 1255-8 | DOI : 10.53738/REVMED.2025.21.922.47352

INTRODUCTION

Pour faire face aux différents enjeux actuels, le système médical suisse doit innover pour garantir un accès équitable et efficient aux soins. L'hospitalisation à domicile est une solution encore émergente et peu répandue en Suisse mais déjà bien développée dans les pays voisins. L'un des enjeux de son déploiement est l'usage d'outils de télémédecine, afin d'améliorer à la fois l'efficacité et la sécurité de ce modèle de soins.

Cet article définit l'hospitalisation à domicile et examine son apport et celui des technologies numériques comme une réponse possible aux défis actuels du système de santé.

DISCUSSION

Contexte de la santé en Suisse

À l'instar de nombreux pays, la Suisse est confrontée à des défis majeurs au niveau sanitaire nécessitant des réponses adaptées et innovantes:

- **Les changements démographiques:** le vieillissement de la population entraîne une augmentation des besoins en soins; la prévalence accrue des maladies chroniques et de la polymorbidité motive une prise en charge continue et coordonnée.^{1,2}
- **L'engorgement des hôpitaux:** les délais d'attente aux urgences, la saturation des lits et la coordination insuffisante des soins hospitaliers et ambulatoires empêchent une prise en charge fluide et efficace.³
- **Les risques de l'hospitalisation:** un séjour à l'hôpital peut porter préjudice en conduisant à un large spectre d'événements indésirables (infections nosocomiales, maladie thromboembolique veineuse, delirium, chutes, escarres, etc.) et conduire à des conséquences fonction-

nelles physiques et cognitives à moyen et long termes, accentuant la morbidité, les coûts et le nombre de réhospitalisations.⁴

- **Les pressions économiques:** l'augmentation constante des coûts de la santé; les difficultés financières rencontrées par les cabinets médicaux et les hôpitaux menacent leurs rentabilité et viabilité.⁵⁻⁷

Ces défis soulignent l'importance de réorganiser et d'optimiser le système de santé suisse pour répondre aux besoins actuels tout en anticipant ceux de demain. L'hospitalisation à domicile peut jouer un rôle clé dans cette transformation.

Concept et preuves

L'hospitalisation à domicile est définie comme une prise en charge de niveau hospitalier au domicile des patients qui nécessiteraient, de manière traditionnelle, une hospitalisation en soins aigus.⁸⁻¹²

Le concept n'est pas nouveau: en effet, le développement initial remonte à 1950-1970 aux États-Unis et au Royaume-Uni mais a bénéficié d'un regain de popularité au niveau global lors de la pandémie de Covid-19. Actuellement, plusieurs pays utilisent ce modèle de soins comme le Canada, la Nouvelle-Zélande, le Royaume-Uni, l'Australie, l'Espagne, l'Italie et la France. Des initiatives suisses se développent progressivement avec, notamment en novembre 2023, la création d'une société suisse de l'hospitalisation à domicile.¹³ Elle rassemble une communauté interprofessionnelle engagée autour d'une vision commune: améliorer les soins grâce à l'hospitalisation à domicile, avec une approche centrée sur le patient. Pour y parvenir, elle cherche en premier lieu à provoquer des changements politiques, à travers plusieurs axes stratégiques et groupes de travail, dont un spécifiquement dédié à l'utilisation de la télémédecine. Comme il s'agit d'un modèle récent, aucune standardisation complète n'existe

encore. Les structures et la composition des équipes varient selon les initiatives locales.¹²

L'enjeu principal est d'établir une collaboration multidisciplinaire de haut niveau, alliant expertise technique et coordination, pour assurer une prise en charge fluide et centrée sur le patient.¹⁴

Les données actuelles sur l'efficacité de l'hospitalisation à domicile restent limitées en raison de la taille réduite des études et de la variabilité des modèles comparés. Toutefois, les résultats disponibles suggèrent que ce modèle de soins ne présente pas de risque accru pour les patients, avec une mortalité comparable à l'hospitalisation conventionnelle. Mieux encore, des bénéfices notables ont été observés, notamment une réduction des complications (infectieuses et états confusionnels en particulier), une préservation accrue des fonctions physiques et cognitives, ainsi qu'une meilleure satisfaction des patients.¹⁴⁻¹⁷ La question des coûts reste débattue en raison de l'hétérogénéité des approches, mais les premières analyses indiquent une absence de surcoûts, voire une réduction des dépenses.¹⁸

Les principales limitations de ce modèle tiennent à la distance physique entre les équipes soignantes et les patients. Celle-ci restreint les possibilités de surveillance, l'accès des patients aux soignants ainsi que le nombre de prises en charge simultanées. L'une des réponses à ces contraintes réside dans le recours aux outils offerts par les nouvelles technologies numériques.¹⁹

Révolution numérique

Les soins à distance sont définis comme toute interaction entre le patient et le système de soins réalisée à distance via des technologies de communication ou d'information. Parmi les innovations majeures, il faut citer la télésurveillance



Articles publiés
sous la direction de

DAVID FUKS

Médecin-chef
Service de chirurgie
viscérale
Centre hospitalier
universitaire vaudois
Lausanne

**FRÉDÉRIC
TRIPONEZ**

Médecin-chef
Département de
chirurgie
Hôpitaux
universitaires de
Genève

Construire ensemble une chirurgie romande d'excellence

Pr DAVID FUKS et Pr FRÉDÉRIC TRIPONEZ

Rev Med Suisse 2025; 21: 1207-8 | DOI: 10.53738/REVMED.2025.21.922.47353

À travers cet éditorial, nos deux centres universitaires souhaitent mettre en lumière un enjeu fondamental pour l'avenir de notre discipline en Suisse romande; la nécessité d'une collaboration plus étroite entre les hôpitaux universitaires et non universitaires, non seulement sur le plan clinique, mais aussi dans les domaines de la formation et de la recherche.

UNE PRISE EN CHARGE COORDONNÉE AU BÉNÉFICE DES PATIENTS

Dans un paysage médical en constante évolution, la prise en charge des patients en chirurgie viscérale ne peut plus être pensée de manière cloisonnée. Les hôpitaux universitaires disposent d'une expertise spécialisée et de technologies de pointe, tandis que les hôpitaux périphériques assurent un rôle essentiel dans la prise en charge des pathologies courantes et des urgences. Une meilleure coordination entre ces différents acteurs permettrait d'optimiser l'accès aux soins, de fluidifier les parcours patients et d'assurer une répartition plus efficace des ressources.

Prenons l'exemple des urgences chirurgicales, nécessitant une organisation rigoureuse et réactive. La mise en place de filières coordonnées entre établissements facilite la prise en charge des patients en fonction de la gravité de leur pathologie, en évitant les pertes de chance et en garantissant une continuité des soins optimale. De même, pour les parcours de soins en oncologie digestive, une collaboration renforcée entre les centres de référence et les hôpitaux périphériques permet d'assurer un suivi homogène et une prise en charge multidisciplinaire optimisée.

UNE FORMATION STRUCTURÉE ET COLLABORATIVE

Le défi de la formation chirurgicale est majeur en Suisse romande, avec un nombre important de médecins en formation et un volume opératoire qui ne suit pas toujours cette croissance. Il est impératif d'adopter une approche coordonnée entre les hôpitaux afin d'offrir aux futurs chirurgiens un parcours d'apprentissage structuré, progressif et adapté aux réalités du terrain.

L'un des modèles possibles consiste à organiser la formation en réseau, avec une spécialisation progressive des centres hospitaliers.

Les hôpitaux périphériques peuvent ainsi offrir aux jeunes chirurgiens une immersion complète dans certaines spécialités (chirurgies colorectale, pariétale, bariatrique, endocrinienne ou encore d'urgence), avant qu'ils n'intègrent les centres universitaires pour approfondir des domaines plus complexes

comme les chirurgies hépatobiliaire et œsogastrique ou encore les polytraumatismes. Cette approche permet une meilleure répartition des cas opératoires et une montée en compétences plus efficace des assistants et chefs de clinique.

Par ailleurs, le partage des compétences et des ressources pédagogiques est à développer. L'organisation de formations communes, de workshops techniques et de simulations chirurgicales à l'échelle régionale favoriserait l'échange de connaissances et l'harmonisation des pratiques. L'activité de la SWISS Foundation for Innovation and Training in Surgery comme plateforme d'enseignement illustre parfaitement comment la formation future des chirurgiens doit être articulée en Romandie.

**UNE MEILLEURE
COORDINATION
PERMETTRAIT
D'OPTIMISER UNE
RÉPARTITION
PLUS EFFICACE
DES RESSOURCES**

WWW.REVMED.CH
11 juin 2025

1207



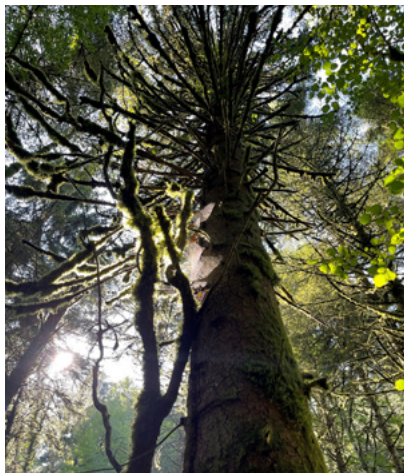
Lire l'article en entier

Formation 2025

Formation en soins palliatifs

DESTINÉE AUX MÉDECINS DU CANTON DE GENÈVE

photo © Patrick Bellemo



La formation vise tous les médecins du canton de Genève (médecins de famille, médecins répondants d'EMS, gériatres, oncologues, cardiologues, pneumologues, neurologues, néphrologues, autres spécialistes) ainsi que pharmaciens souhaitant développer des compétences en soins palliatifs et les intégrer dans son approche professionnelle.

Les soins palliatifs représentent un thème de santé publique complexe et de grande importance. Devant l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques évolutives, et la souffrance globale des patients et de leur famille, nous estimons nécessaire de sensibiliser les professionnels de santé et de les aider à relever le défi dans la prise en charge de ces patients.

La formation se déroulera sur 5 jours en automne 2025

DE 8H30 À 12H30 ET DE 13H30 À 17H30

**Hôpitaux Universitaires de Genève,
Maison de l'enfance et de l'adolescence au
Boulevard de la Cluse 26
- 1205 Genève**

DATES DE FORMATION :

J1 mercredi 8 octobre

J2 mardi 14 octobre

J3 jeudi 30 octobre

J4 jeudi 6 novembre

J5 mercredi 3 décembre

DÉLAI D'INSCRIPTION : 1^{ER} SEPTEMBRE 2025

SUR INSCRIPTION :

<https://www.hug.ch/>

[medecine-palliative/](https://www.hug.ch/medecine-palliative/)

[formation-pour-medecins](https://www.hug.ch/medecine-palliative/formation-pour-medecins)

CONTACT : pour les personnes intéressées,
écrire à Madame Tagyane Lima Menezes :

tagyane.limadalesio@hug.ch

Pour répondre à cette demande et dans le cadre du programme cantonal genevois de développement des soins palliatifs 2020-2023, la formation en soins palliatifs est proposée aux médecins de famille, aux spécialistes et aux pharmaciens actifs dans la prise en soins de patients atteints de pathologies chroniques évolutives.

La formation a ainsi pour but de permettre aux participants d'être plus à l'aise dans l'identification et la prise en charge des patients nécessitant des soins palliatifs.

La formation proposée est axée sur la pratique quotidienne autour de situations cliniques partagées. Le nombre de participants est limité pour privilégier l'interactivité.

Le Groupement Genevois des médecins Pratiquant les Soins Palliatifs (GGPSP), l'Institut universitaire de médecine de famille et de l'enfance (IuMFE) et le Service de médecine palliative, HUG-Unige ont élaboré un programme de formation qui bénéficie d'un large soutien de la Direction Générale de la Santé (DGS). Le comité scientifique s'est largement inspiré de la formation donnée avec succès au Tessin depuis plusieurs années et remercie donc particulièrement la Pre Claudia Gamondi, médecin cheffe au Service de soins palliatifs et de support au CHUV de sa collaboration.

Membres

Changements d'adresses et ouvertures de cabinet

Dre AMEZAGA Izaskun

(Psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents) consultera, dès le 1^{er} août, Avenue du Mail 11, 1205 Genève

Dre BARROS-MAGNIN Natacha

(Pédiatrie) consultera, dès le 18 août, au sein du Centre Médical Opale-Magellan, Chemin de la Gravière 3, 1225 Chêne-Bourg

Dr DE SMET Alexander

(Chirurgie de la main) consulte désormais au sein de la Clinique de la Main, Rue des Bains 35, 1205 Genève

Dr LO CONTE Antonio

(Médecine interne générale) consulte désormais, Chemin du Pavillon 2 - Octagone, 1218 Le Grand-Saconnex

Dre MAZLOUM Marie

(Psychiatrie et psychothérapie) consulte désormais au sein du Centre Archipel, Boulevard Georges-Favon 26, 1204 Genève

Dr SAGUES Julien

(Médecin praticien) consulte désormais au sein du Centre médical Archimed Champel, Rue Michel-Servet 12, 1206 Genève

Dr SERGENTANIS Ioannis

(Psychiatrie et psychothérapie) consulte désormais au sein du Centre Archipel, Rue Jean-Michel Billon 2, 1205 Genève

Dre SOCQUET Jennifer

(Médecine interne générale) consulte désormais au sein de Checkpoint Genève, Rue de Lausanne 54, 1202 Genève

Dr STEULET Michel

(Psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents) consultera, dès le 1^{er} août, Avenue du Mail 11, 1205 Genève

Dre WEGMÜLLER-DE GAUTARD

Géraldine (Médecine interne générale) consulte désormais au sein du Centre médical Archimed Champel, Rue Michel-Servet 12, 1206 Genève

Dre WYSS Karine

(Psychiatrie et psychothérapie) consulte désormais Rue de la Servette 94, 1202 Genève

Décès

Nous avons le profond regret d'annoncer le décès du

Dr Horace MICHELI

survenu le 29 juin 2025.

Nous avons le profond regret d'annoncer le décès du

Dr Arthur LINDER

survenu le 29 juin 2025.

GPMA cessation d'activité

Nous portons à votre connaissance que le GPMA - Groupe des Praticiens en Médecine de l'Addiction a cessé toute activité et n'existe plus.

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



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



Hôpitaux
Universitaires
Genève

CLINIQUE DE
CRANS-MONTANA



10 10219

30^e JOURNÉE GENEVOISE DE DIABÉTOLOGIE

GENÈVE Aula - Salle Frank Martin

Jeudi 25 septembre 2025

13H30 - 17H15

Crédits : 4 AMG / 3 SSED / 3 SSMIG



Hôpitaux
Universitaires
Genève

Partenaire média :

**REVUE
MÉDICALE
SUISSE**

INFORMATIONS ET INSCRIPTION
journeediabete.ch

Avec le soutien de :

Sponsors Gold



Sponsors Silver



life. to the fullest.®



PROGRAMME

- 13h30 Introduction**
Dr Karim Gariani, HUG
- 13h40 Effets indésirables des traitements du diabète**
Pr François Jornayvaz, HUG
- 14h10 Quelle insuline basale en 2025 ?**
Dr Karim Gariani, HUG
- 14h40 Nouveautés dans la prise en charge du diabète de type 1**
Dr Christophe Kosinski, HUG
- 15h10 Pause**
- 15h40 Prédiabète de type 1, nouveau défi !**
Dr Jaafar Jaafar, Genève
- 16h10 Rétinopathie diabétique**
Dr Lazaros Konstantinidis,
Hôpital ophtalmique Jules-Gonin,
Lausanne
- 16h40 Prise en charge de la neuropathie diabétique en consultation de la douleur**
Dr Ali Bourezg, HUG
- 17h10 Conclusions**
Pr François Jornayvaz, HUG

INSCRIPTION

Inscription gratuite mais obligatoire.
Merci de bien vouloir vous enregistrer
sur le site de l'événement :
journeediabete.ch

CONTACT

Revue Médicale Suisse
Lison Beigbeder
Ch. de la Gravière, 16 / 1225 Chêne-Bourg
+41 (0)22 702 93 23
lison.beigbeder@medhyg.ch