

la lettre





Coopérative

Sur le pont, à vos côtés

Votre connexion sûre

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



Informations et offres supplémentaires
caisse-des-medecins.ch



Au cœur de l'innovation

Ä

K

ÄRZTEKASSE

C

M

CAISSE DES MÉDECINS

CASSA DEI MEDICI

La Caisse des Médecins : une coopérative
professionnelle à vos côtés



Dr Michel Matter
Président de l'AMGe

Bouleversements

La saison est à la tempête.
Dans les actes et dans les têtes.

Comme souvent dans le domaine de la santé, des changements majeurs se préparent, arrivent, se discutent, s'imposent et entraînent avec eux une instabilité palpable, des réactions épidermiques et des interrogations légitimes. Aucune spécialité n'y échappe. Chacune et chacun est concerné par une problématique ou l'autre. Reste une certitude, celle que la médecine ne se fait pas sans médecin et que la chirurgie a pleinement besoin de ses spécialistes. Nos formations médicales, longues et fastidieuses, sont les garantes de notre professionnalisme. Les compétences si diverses qui nous animent collectivement permettent la prise en charge la plus optimale de la population.

La perspective, après plus de vingt ans, d'un nouveau tarif médical dès le 1^{er} janvier 2026, le Tardoc, va apporter cet automne son lot de questionnements et

d'inquiétudes. Ce tarif, défendu avant tout par les sociétés de discipline, fera des heureux et des malheureux, nécessitera bien évidemment rapidement des ajustements et corrections qui, espérons-le, pourront se faire en toute intelligence lorsque, indéniablement, la tarification ne reflètera pas le travail effectivement accompli. Ce sera également pour l'ensemble du personnel administratif un changement conséquent. Nous devons être prêts. Les associations médicales, à tous les échelons, nationaux et cantonaux, ainsi que les partenaires de facturation doivent permettre une information complète et les réponses attendues aux multiples demandes qui arriveront certainement. La FMH, les sociétés de discipline, l'AMGe, ainsi que la Caisse des médecins via ses outils informatiques permettant à la fois la comparaison et la projection entre le Tarmed et le Tardoc, doivent avoir la capa-

cité d'apporter la sérénité requise pour le passage historique entre ces deux structures tarifaires. En automne et hiver 2003-04, un avis de tempête avait été ressenti et l'incertitude avait régné non pas seulement autour de la structure tarifaire elle-même mais également avec la notion nouvelle de valeur du point tarifaire (VPT). Genève, grâce à l'effort conséquent du Département de la Santé d'alors, avait pu obtenir, chiffres à l'appui, une VPT équitable. Comme vous le savez, nous sommes dans l'attente de la décision du Tribunal administratif fédéral concernant la future VPT à Genève pour l'ensemble de la communauté tarifaire genevoise (HUG, cliniques et médecins de ville). L'AMGe a fait avec ses conseillers juridiques le travail, là encore chiffres à l'appui, pour démontrer que la VPT à 0.96 correspond à nos actes médicaux et à nos pratiques quotidiennes.

La volonté du Département de la santé et des mobilités (DSM) d'imposer la garde au groupe de la médecine interne générale durant les périodes de haute charge dans le domaine des urgences n'est pas l'évidence. L'AGeMIG, avec le plein soutien de l'AMGe, de celui indispensable des pédiatres genevois qui ont maintenu une garde sur site au cours des dernières années et acquis une solide expérience, ainsi que du groupe nouvellement formé des médecins de premier recours (MPR), aborde la problématique avec conviction et a clairement établi les lignes rouges et les questions auxquelles l'Office cantonal de la santé (OCS) se doit de répondre dans un esprit à la fois de collaboration et de responsabilité partagée. Seuls deux groupes, les pédiatres et les ophtalmologues, assument actuellement des gardes pour la population genevoise. La comparaison avec les autres cantons romands, la particularité du territoire de notre canton, sa densité médicale, sa dimension universitaire et le positionnement du réseau d'urgence genevois (RUG) devraient permettre, sur une base volontaire et rémunérée correctement (on parle ici de soirées, de journées de week-end, de

Nous devons rester attentifs et collaborer étroitement avec les représentants de nos jeunes collègues pour leur permettre un avenir professionnel dans notre canton. De nombreux dossiers et décisions politiques, approuvées par certaines par les urnes, vont bouleverser le domaine de la santé en profondeur.

jours fériés et d'absence de récupération dûment payée), d'arriver à un compromis avec l'OCS qui puisse apporter à la population une prise en charge optimale et diversifiée, sans devoir créer, comme cela s'est vu dans d'autres cantons, un appel d'air pour des consultations rapides sans véritable caractère d'urgence même d'un degré léger.

La clause du besoin, vraie particularité genevoise dans son application d'une demande fédérale, avec ses nombres de médecins maximaux par spécialité est un mur qui s'élève face à nos jeunes

collègues excellemment bien formés et prêts à s'engager au service de la population. L'AMGe a mis et mettra tout son poids dans ce dossier pour que la relève médicale puisse, en concertation avec l'OCS, travailler de façon indépendante à charge des assurances. La démonstration de la pénurie de professionnels de la santé a permis, malgré les chiffres utopiques fédéraux, de lever la clause du besoin pour la médecine interne générale, la pédiatrie et la pédopsychiatrie. Indispensable en ces temps où la demande explose dans ces domaines. Nous persistons à penser que la levée devrait également se faire pour la psychiatrie (à l'heure où le DSM met l'accent sur la santé mentale de la population genevoise face à une inquiétude grandissante principalement concernant la jeunesse de notre canton) et la gynécologie-obstétrique. Tout doit être mis en place pour permettre une relève médicale qualifiée et éviter que pendant plusieurs années, dans une spécialité, il ne puisse y avoir d'installation. Des propositions et des solutions sont sur la table de la Commission quadripartite sous l'égide l'OCS. Nous devons rester attentifs et collaborer étroi-

tement avec les représentants de nos jeunes collègues pour leur permettre un avenir professionnel dans notre canton.

De nombreux dossiers et décisions politiques, approuvées par certaines par les urnes, vont bouleverser le domaine de la santé en profondeur. EFAS ou financement moniste va dès 2028 imposer à l'Etat de participer à parts égales au stationnaire comme à l'ambulatoire. C'est une révolution avec pour conséquence la perspective d'une planification de la médecine ambulatoire, l'Etat devant savoir où il investit l'argent des contribuables genevois. C'est au cours des prochains mois que les orientations et contours de ce financement uniforme de la santé seront discutés et connus. L'AMGe sera à la fois un partenaire et un acteur libre avec ses idées et la défense d'une médecine de ville indépendante et forte.

Dans le domaine des filières de formation, le projet REFORMER est au-devant de nombreux défis. Le travail avec les sociétés cantonales de médecine, via la Société médicale de la Suisse romande (SMSR), est essentiel pour définir au mieux les indicateurs qui

EFAS ou financement moniste va dès 2028 imposer à l'Etat de participer à parts égales au stationnaire comme à l'ambulatoire. C'est une révolution avec pour conséquence la perspective d'une planification de la médecine ambulatoire, l'Etat devant savoir où il investit l'argent des contribuables genevois.

reflètent la réalité du terrain, le choix des futures filières 2026 (les petites filières sont privilégiées par rapport aux plus importantes pendant cette première phase de développement), les besoins prospectifs dans les différents cantons, ainsi que lien étroit avec l'application et les choix particuliers des cantons concernant la clause du besoin.

Le projet Béluga, dont le groupe d'experts (présidé par M. David Hiler), dans son rapport du 30 décembre 2024, propose la mise en place d'une caisse-maladie publique à but non lucratif

ou un modèle d'assurance-maladie dédié, adossés à un réseau de soins intégré et financé par une capitation partielle, réunit son comité de pilotage (COPIL) ces prochains jours avec différents groupes de travail. Articulé autour de la notion de réseau de soins, ce COPIL comprendra les représentants des trois principaux réseaux de soins genevois (Delta, Medix et Remed), ce qui démontre la volonté de travailler directement avec ces organisations majeures proches du terrain. L'AMGe, là encore, sera un acteur important et collaborera à la mise en place possible d'un projet innovant permettant une coordination et une efficacité améliorées avec la perspective de pouvoir promouvoir la prévention de la santé et poursuivre le développement du maintien à domicile avec l'implication forte de l'IMAD.

Les dossiers sont nombreux et la période est aux interrogations et aux avis de tempête. Seuls la sérénité, le travail et la cohésion nous permettront d'exercer une influence positive sur les diverses problématiques qui nous occupent. ●



Les médecins, premier recours des personnes victimes de violence en couple

Confrontées à la violence en couple, les victimes tardent trop souvent à recourir à une aide. Quand elles se décident, le corps médical est de loin leur interlocuteur privilégié. Il peut jouer un rôle essentiel dans la détection des premiers signes de violence et contribuer ainsi à rompre l'isolement.

Dès le 1^{er} novembre 2025, l'association AVEC déploiera à Genève pour la 4^e année consécutive sa campagne de dépistage de la violence en couple, en lien avec la Journée internationale pour l'élimination de la violence à l'égard des femmes de l'ONU, le 25 novembre. « Mieux vaut prévenir que guérir », dit l'adage dont l'origine remonterait à Érasme. Cette prévention passe par le dépistage, car la violence en couple suit toujours une logique d'escalade. Elle débute de manière trop souvent banalisée, par des actes de violence verbale et psychologique, pour progresser jusqu'à la violence physique et sexuelle, voire au meurtre. Plus tôt la personne victime de violence en couple prendra conscience de ce qui lui est imposé, plus vite cette spirale pourra être cassée et les impacts délétères sur la santé réduits.

La violence en couple, un problème massif à Genève

Le bureau de promotion de l'égalité et de prévention des violences (BPEV) a conduit en 2025 une large étude *Iceberg*¹ sur les violences de genre à Genève, ainsi que leur impact sur la santé et la vie sociale des victimes. Cette vaste enquête a permis, pour la première fois en Suisse, de mesurer l'étendue de ces violences à l'échelle d'une population adulte entière.

Les chiffres révèlent un problème d'ampleur concernant les violences en couple, l'étude soulignant « la prévalence élevée des violences en couple, en particulier des violences physiques graves, sexuelles et coercitives envers les femmes, ainsi que leurs conséquences sur la santé » (P.78). Une femme sur quatre déclare ainsi des troubles psychologiques à la suite de ces agressions, une sur six une atteinte grave à sa santé mentale (dépression, anxiété, crises de

panique, pensées suicidaires). Les viols sont plus fréquents dans la sphère du couple qu'en dehors. Le stalking (harcèlement obsessionnel) se montre très répandu dans les violences en couple, il concerne près d'une femme sur trois en moyenne et même plus d'une sur deux pour les plus jeunes.

Le non-recours à l'aide reste la norme

En parallèle de ces constats, l'étude *Iceberg* souligne que le recours aux aides reste l'exception pour les personnes victimes. Trois groupes se dessinent ainsi, d'importance assez similaire: le premier (27,4%) ne sollicite aucune assistance, le deuxième (34,2%) s'adresse uniquement à ses proches ou à son entourage, le troisième enfin (34,8%) fait appel à au moins une aide externe. Différentes raisons sont invoquées pour expliquer le non-recours à une aide externe, telles qu'une perception de la gravité des faits insuffisante pour demander de l'aide, la volonté de ne

1. <https://www.ge.ch/document/enquete-iceberg-violences-sexistes-sexuelles-lgbtqphobes-domestiques>

pas nuire à sa/son partenaire ou encore la crainte de voir la situation empirer. L'étude pointe également que près d'une femme sur quatre mentionne un manque d'information sur les ressources disponibles ou la croyance qu'une demande d'aide n'apporterait pas de solution réelle.

Le corps médical, interlocuteur plébiscité par les victimes

Le non-recours à l'aide constitue donc un problème important, notamment en raison du caractère progressif de la violence en couple. Plus la demande se manifeste tôt, meilleures sont les chances de briser le processus en limitant ses dégâts. Malgré les difficultés relevées à demander de l'aide, nous retenons que 28,9% des femmes consultent tout de même un·e médecin ou un·e professionnel·le de santé. À titre de comparaison, les associations spécialisées ne sont utilisées en premier recours que par 2% des femmes. Formuler une demande d'aide demande du courage, un courage qui peut s'appuyer sur deux éléments fondamentaux : la confidentialité et la confiance que la personne victime a pu construire dans la relation avec son médecin.

Trois groupes se dessinent ainsi, d'importance assez similaire : le premier (27,4%) ne sollicite aucune assistance, le deuxième (34,2%) s'adresse uniquement à ses proches ou à son entourage, le troisième enfin (34,8%) fait appel à au moins une aide externe.

Identifier pour agir

Les violences en couple, surtout psychologiques, sont difficiles à détecter. Elles ne laissent pas toujours de traces visibles, mais elles ont des conséquences graves sur la santé des patient·e·s. Le questionnaire WAST, au cœur de la campagne de dépistage d'AVVEC, est un outil clinique simple, rapide d'utilisation et validé. Il peut aussi être remis aux patient·e·s pour un remplissage ultérieur. Il aide à

ouvrir le dialogue et à initier une prise de conscience. Cet espace de parole offre à la personne victime une opportunité pour rompre son isolement et peut marquer le début d'une démarche salvatrice, tant il est vrai que la reconnaissance de la violence constitue le premier pas sur le chemin pour en sortir.

Le rôle du corps médical est donc primordial et, en même temps, il n'est qu'une première étape du processus. Les professionnelles spécialisées d'AVVEC peuvent être sollicitées pour, par exemple, examiner la situation, évaluer le niveau de dangerosité, y compris pour les enfants, fournir des repères sur les mécanismes complexes qui sont à l'œuvre tels que l'emprise, la culpabilisation ou l'isolement. En orientant les personnes victimes vers l'association AVVEC, elles bénéficieront d'un soutien expert, complémentaire au soin médical, qui pourra être décisif pour cerner le plus précisément leurs ressources disponibles afin de renforcer leur protection. ●

Béatrice Cortellini,
Béatrice Villacastin psychologues
spécialistes en psychothérapie OFSP
et **Patrik Chabbey** journaliste.

Dès le 1^{er} novembre 2025, AVVEC déploiera pour la quatrième année consécutive sa campagne de dépistage contre la violence en couple. Grâce à de nombreux et précieux partenariats, ce sont près de 50'000 flyers qui vont être distribués à Genève sous forme physique ou numérique.

La détection des situations de violence en couple offre un rôle primordial aux médecins.

En fonction de leur intérêt pour la démarche et de leur appréciation des besoins de leurs patient·e·s, les médecins se voient offrir plusieurs moyens de participer à cette campagne. Ils peuvent ainsi :

- **commander pour leur salle d'attente nos dépliants**, dans lesquels figure l'autotest WAST. C'est une manière d'indiquer être disponible pour discuter avec la patientèle de cette problématique et contribuer à diminuer leur isolement.
- **proposer à certain·e·s patient·e·s d'effectuer cet autodépistage**. Les liens de confiance déjà présents sont précieux, car ils facilitent l'identification de ces contextes délétères tant pour la santé des personnes victimes que pour leur entourage, notamment leurs enfants.
- **remettre systématiquement le dépliant à leur patientèle** lors d'une consultation. Les personnes pourront bénéficier de la sécurité

et de la confidentialité du cabinet ; elles auront ainsi l'opportunité, si elles le souhaitent, de dévoiler leur situation de violence conjugale.

Durant la campagne, soit du 1^{er} novembre au 31 décembre, l'association AVVEC renforce ses prestations d'accueil. Les horaires de permanences téléphoniques et sans rendez-vous sont élargis afin de répondre le plus vite possible à la mobilisation des personnes victimes.

Pour obtenir davantage d'informations, il suffit de scanner le QR code.





Cabinet médical et mariage

Quels choix juridiques ?

De nombreux médecins exerçant en cabinet, déjà soumis à une pression administrative considérable, ne se penchent pas systématiquement sur l'impact juridique d'un mariage ni sur les moyens de sécuriser leur patrimoine professionnel.

Comme tout un chacun, ces questions ne sont souvent pas abordées en début de mariage (par manque de temps, par confiance naturelle envers le conjoint, par crainte de briser l'ambiance romantique, ou tout simplement parce qu'elles sont perçues comme délicates voire un sujet tabou).

Cependant, les statistiques récentes soulignent l'importance d'une planification patrimoniale réfléchie, y compris pour cette catégorie. En 2022, la Suisse comptait plus de 17 600 cabinets médicaux et centres ambulatoires¹. La même année, 16 201 divorces ont été prononcés, soit un taux de divorce avoisinant les 40%.²

Comme le dit l'adage: «Mieux vaut prévenir que guérir», les médecins exerçant en cabinet ont tout intérêt à anticiper les conséquences juridiques et patrimoniales d'un mariage. Cette anticipation passe avant tout par une planification patrimoniale rigoureuse, qui permettra non seulement de préserver la continuité de l'activité médicale, mais aussi d'assurer une gestion efficace du patrimoine familial et professionnel.

Il n'est jamais trop tôt — ni trop tard — pour se poser les bonnes questions et

réfléchir à la meilleure manière de protéger son outil de travail.

Le but du présent article est de survoler quelques-uns des outils juridiques et stratégiques dont le médecin dispose pour sécuriser son activité professionnelle, sans prétendre à l'exhaustivité, notamment:

- **le choix de la forme juridique du cabinet (raison individuelle, société à responsabilité limitée – ou société anonyme),**
- **le choix du régime matrimonial (participation aux acquêts, séparation de biens ou communauté de biens),**
- **le financement du cabinet médical,**
- **la conclusion d'un contrat de mariage permettant d'exclure certains biens, notamment le cabinet, ainsi que les revenus générés, du partage.**

Le choix de la forme juridique: raison individuelle, société anonyme (SA) ou à responsabilité limitée (Sàrl)

La raison individuelle constitue la forme la plus simple et la plus répandue pour les médecins en exercice libéral. Cependant, elle présente des limites en termes de protection patrimoniale tant pour l'époux médecin que pour son conjoint.

En effet, la raison individuelle ne distingue pas le patrimoine privé de celui professionnel. Ainsi, en cas de dettes, la responsabilité personnelle de l'époux médecin est illimitée: l'ensemble des biens personnels — ainsi que ceux de son conjoint, selon le régime matrimonial — peuvent être engagés.

Par ailleurs, dans le cadre d'une raison individuelle, qui est considérée comme une entreprise personnelle, tous les actifs liés à cette activité appartiennent directement au médecin. Ainsi, en cas de divorce sous le régime de la participation aux acquêts, la valeur du cabinet acquis durant le mariage — incluant liquidités, créances, machines, mobiliers, passifs, etc. — est intégrée à la masse patrimoniale à partager entre les époux.

1. Données structurelles des cabinets médicaux et des centres ambulatoires 2022, Office fédéral de la statistique.

2. Indicateurs de nuptialité et de divortialité en Suisse, de 1970 à 2023, Office fédéral de la statistique.

À l'inverse, la Sàrl et la SA offrent une séparation juridique entre le cabinet et le patrimoine personnel. La responsabilité est donc limitée aux apports de l'associé ou de l'actionnaire, sauf garantie personnelle.

Pour que l'activité exercée au travers d'une SA ou d'une Sàrl soit considérée, en droit matrimonial, comme une entreprise personnelle, il faut en principe que l'époux – par exemple un médecin – détienne la majorité (voire la totalité) des actions ou parts sociales, et qu'il participe activement à sa gestion.

Ce n'est qu'à ces conditions qu'on peut considérer qu'il s'agit réellement de son entreprise, ce qui a des conséquences importantes, notamment pour le partage des acquêts en cas de divorce.

Au contraire, la simple détention de quelques actions – par exemple cinq actions parmi plusieurs centaines ou milliers – ne confère aucun pouvoir réel, ni sur la gestion ni sur l'exploitation. Cette détention est alors qualifiée de placement patrimonial, sans être assimilée à une entreprise au sens juridique et économique.

Le choix de la forme juridique du cabinet constitue la première étape d'une stratégie de protection. Cependant, il est essentiel de compléter cette démarche par une réflexion sur le régime matrimonial applicable, ainsi que sur les modalités de financement de l'activité.

Le régime matrimonial: un choix initial, mais pas définitif

Le droit suisse prévoit trois types de régimes matrimoniaux, à savoir la participation aux acquêts, la séparation des biens et le régime de la communauté de biens. Ces régimes règlent la propriété des biens pendant le mariage

et la manière dont le patrimoine et les dettes seront répartis en cas de divorce ou de décès. Chaque régime a des implications propres, notamment lorsqu'un des époux exerce une activité indépendante, comme c'est le cas pour un médecin installé en cabinet.

Par défaut, en l'absence d'un contrat de mariage, c'est le régime de la participation aux acquêts qui s'applique. Dans ce régime, chacun des époux gère ses biens séparément.

Par défaut, en l'absence d'un contrat de mariage, c'est le régime de la participation aux acquêts qui s'applique. Dans ce régime, chacun des époux gère ses biens séparément. Cependant, en cas de divorce, les époux doivent partager par moitié la valeur nette des acquêts, c'est-à-dire les biens acquis pendant le mariage. Les biens propres, tels que les héritages, les donations, les avoirs antérieurs au mariage, restent exclus du partage. Ce partage des acquêts s'effectue en principe sous forme d'une indemnité compensatoire: l'époux qui s'est le plus enrichi doit verser à l'autre la moitié de la différence entre leurs enrichissements respectifs.

Cette règle peut entraîner des conséquences importantes lorsqu'un des époux possède un cabinet médical. Si ce

cabinet a été acquis ou développé pendant le mariage, il est considéré comme un acquêt. En cas de divorce, sa valeur est intégrée au calcul de la créance d'acquêt, et l'époux médecin pourrait être contraint de verser à son conjoint une indemnité équivalente à 50% de cette valeur. Cette situation peut s'avérer problématique, en particulier si le cabinet représente l'essentiel, voire l'unique actif du couple. Le médecin pourrait alors se trouver dans l'obligation de mobiliser des ressources financières importantes pour indemniser son conjoint, au risque de fragiliser la stabilité ou la continuité de son activité.

Les époux peuvent également opter pour le régime de séparation de biens. Ce régime n'est applicable que s'il est expressément choisi par les époux dans un contrat de mariage, établi devant notaire. Dans le cadre de la séparation de biens, chacun conserve la pleine propriété, l'administration et la jouissance de ses biens, sans mise en commun ni compensation au moment de la dissolution du mariage. Le cabinet médical demeure ainsi exclusivement la propriété de l'époux médecin, sans risque d'être intégré au partage.

Le choix du régime matrimonial n'est pas figé dans le temps. En Suisse, les époux peuvent modifier leur régime matrimonial même après le mariage, si leur situation personnelle ou professionnelle l'exige. Un changement est donc possible à tout moment, à condition de conclure un nouveau contrat de mariage devant notaire.

Avant ou pendant le mariage, il est essentiel de réfléchir aux conséquences juridiques du régime matrimonial et de s'interroger sur l'opportunité d'opter pour un régime de séparation de biens ou de conclure un contrat de mariage adapté.

Enfin, même si le régime de la communauté de biens figure parmi les régimes prévus par le Code civil suisse, il est très rarement choisi dans la pratique. En raison de son principe de mise en commun étendue des biens, il ne correspond généralement pas aux besoins des professions libérales ou des entrepreneurs individuels. C'est pourquoi il ne fera pas l'objet de développements supplémentaires dans le présent article.

Financement du cabinet : l'importance d'une traçabilité claire

Comme précédemment évoqué, sous le régime matrimonial ordinaire de la participation aux acquêts, le cabinet médical acquis en cours d'union est considéré comme un acquêt à partager en cas de divorce. Au moment du divorce, la valeur nette de ce bien est donc susceptible d'être partagée entre les époux, à moins qu'il ne puisse être qualifié de bien propre.

Dans cette configuration le mode de financement du cabinet joue toutefois un rôle déterminant pour sa qualification patrimoniale (acquêt ou bien propre) et, par conséquent, dans sa protection en cas de dissolution du régime matrimonial. En effet, ce n'est pas tant l'acquisition en elle-même qui détermine la nature juridique du bien, mais l'origine des fonds utilisés pour le financer :

- **Financement par acquêts, soit les fonds issus des économies ou emprunts contractés pendant le mariage :** le cabinet est alors considéré comme un bien à partager.
- **Financement par biens propres, soit héritage, donation ou économies antérieures au mariage :** le cabinet est alors un bien propre, non soumis au partage au moment du divorce.

Dans la pratique, les situations sont parfois plus complexes. Il n'est pas rare

que le financement soit **mixte**, combinant des fonds propres et des acquêts. Dans ce cas, il convient de déterminer la proportion respective des apports. Si les biens propres ont contribué majoritairement au financement, le cabinet peut être considéré dans son ensemble comme un bien propre, sous réserve de certaines compensations éventuelles. À l'inverse, si ce sont les acquêts qui ont permis la majorité de l'investissement, le cabinet sera qualifié d'acquêt.

Ainsi, pour un médecin marié sous le régime de la participation aux acquêts, il est vivement recommandé, dans une optique de protection patrimoniale, de privilégier autant que possible un financement par des biens propres. Cela permet non seulement de maintenir l'indépendance économique de l'activité professionnelle, mais également d'éviter qu'un divorce ne compromette la continuité du cabinet ou n'entraîne une charge financière difficile à assumer. Attention toutefois, en cas de répartition traditionnelle des tâches au sein du couple, cette solution peut s'avérer particulièrement inéquitable pour l'époux qui renonce à une carrière professionnelle au profit de la gestion familiale, ce qui mérite d'être pris en considération dans la réflexion globale.

La détermination du financement du cabinet peut s'avérer délicate, notamment lorsque les flux financiers se sont entremêlés au fil du temps. Une traçabilité rigoureuse des apports et des remboursements est alors indispensable pour préserver ses droits, car en l'absence de documentation claire, le droit suisse applique la présomption d'acquêts. Cela signifie que tout bien acquis durant le mariage est réputé être un acquêt, sauf preuve contraire. Autrement dit, si l'époux médecin ne peut pas prouver que le cabinet a été financé par des biens propres, ce dernier sera considéré comme un actif commun à partager.

Anticiper ces questions et conserver les preuves du mode de financement (relevés bancaires, actes notariés, contrats de prêt, etc.) permet donc de sécuriser l'avenir du cabinet et de limiter les litiges en cas de divorce.

Cet inventaire, dans lequel sont listés les acquêts ainsi que les biens propres des conjoints constitue donc un outil précieux pour attester de la composition et de l'origine du patrimoine de chacun des époux.

La loi offre également une garantie supplémentaire : l'article 195 du Code civil suisse, qui permet de dresser un inventaire notarié, intégré dans le contrat de mariage. Cet inventaire, dans lequel sont listés les acquêts ainsi que les biens propres des conjoints constitue donc un outil précieux pour attester de la composition et de l'origine du patrimoine de chacun des époux.

Enfin, il convient de souligner que ces considérations à propos du financement ne s'appliquent qu'aux couples mariés sous le régime de la participation aux acquêts. Les couples ayant opté pour la séparation de biens bénéficient, quant à eux, d'une indépendance patrimoniale complète : le cabinet médical – comme tout autre actif – reste entièrement la propriété de celui qui l'a acquis, sans partage lors d'un divorce, sauf si l'autre conjoint peut démontrer avoir contribué financièrement à son acquisition ou à son développement.

Valorisation du cabinet médical en cas de dissolution du régime : une étape délicate à ne pas sous-estimer

Dans le cadre du régime légal de la participation aux acquêts, les biens doivent être estimés à leur valeur vénale. La loi ne définit pas la notion de « valeur vénale », qui est généralement comprise comme le prix auquel un bien pourrait être vendu sur le marché libre.

Ainsi, lorsque le cabinet médical fait partie des biens à partager lors d'un divorce, la question de son évaluation se pose inévitablement, quelle que soit sa forme juridique. Toutefois, cette étape peut souvent s'avérer complexe, notamment en cas de désaccord entre les époux sur la valeur à retenir.

Dans une telle situation de blocage, il revient au juge en charge de la procédure de divorce de déterminer les critères d'évaluation appropriés et de trancher la question. Le plus souvent, un expert est désigné afin d'établir une estimation objective du cabinet.

Toutefois, même avec l'intervention d'un expert, l'évaluation d'un cabinet médical demeure incertaine, car elle n'est pas une science exacte. La méthode choisie qu'il s'agisse de la valeur comptable, de la valeur de rendement, de la méthode du cash-flow, ou encore de la méthode dite pratique – peut fortement influencer le résultat final. Certaines approches, notamment celles fondées sur le rendement, ne conviennent pas toujours à l'évaluation d'un cabinet médical. À ce propos, le Tribunal fédéral a considéré que l'évaluation établie sur les prestations de l'entrepreneur (rendement) n'est pas appropriée pour un cabinet médical en l'espèce d'orthodontie compte tenu du fait que ce type d'activité est étroitement liée à la personne du médecin.³

L'incertitude liée à l'évaluation est encore plus marquée dès lors qu'il s'agit d'une entreprise individuelle, dans la mesure où le succès d'un cabinet médical repose en grande partie sur la relation de confiance personnelle entre le praticien et sa patientèle, un élément à la fois difficile à quantifier objectivement et encore plus difficile à transmettre. À ce propos, le Tribunal fédéral⁴ a précisé que la patientèle ne constitue pas une valeur patrimoniale certaine, et donc quantifiable, précisément en raison du caractère personnel du lien médecin-patient.

Afin d'éviter les incertitudes liées à l'évaluation de telles structures – incertitudes qui peuvent allonger considérablement la procédure judiciaire – il est conseillé de privilégier un accord amiable en cas de divorce. À défaut d'entente, une planification préalable – par exemple un contrat de mariage excluant le cabinet du partage – peut offrir une solution plus prévisible et sécurisante.

Des outils légaux pour anticiper efficacement

Le droit suisse offre plusieurs leviers juridiques pour protéger le patrimoine professionnel tout en assurant un équilibre équitable entre les époux, lorsqu'ils choisissent de rester soumis au régime légal de la participation aux acquêts.

Tout d'abord, les époux disposent d'une marge de manœuvre importante pour protéger le patrimoine professionnel acquis pendant le mariage par exemple. En effet, l'article 199 alinéa 1 du Code civil permet, par le biais d'un contrat de mariage, de qualifier un bien professionnel – tel qu'un cabinet médical – de bien propre, et ce, même s'il est acquis pendant le mariage.

L'incertitude liée à l'évaluation est encore plus marquée dès lors qu'il s'agit d'une entreprise individuelle, dans la mesure le succès d'un cabinet médical repose en grande partie sur la relation de confiance personnelle entre le praticien et sa patientèle.

Cette disposition offre donc une protection patrimoniale significative aux médecins exerçant en tant qu'indépendants, puisqu'elle leur permet de soustraire leur cabinet à un éventuel partage en cas de divorce.

Toutefois, dans le cadre du régime des acquêts, les revenus générés par les biens propres – comme ceux issus de l'activité professionnelle – sont, par défaut, considérés comme des acquêts. Cela signifie que, même si le cabinet lui-même ne fait pas l'objet d'un partage, les revenus tirés de son exploitation peuvent, eux, entrer dans la masse à partager.

L'article 199 alinéa 2 du Code civil offre également la possibilité, toujours par contrat de mariage, de stipuler que les revenus des biens propres ne feront pas partie des acquêts. Il est ainsi possible de préserver non seulement la structure professionnelle elle-même, mais également dans une certaine mesure les revenus qu'elle génère.

3. Arrêt du Tribunal fédéral 5A_361/2022 du 24 novembre 2022, considérant 3.

4. Arrêt du Tribunal fédéral 5C.271/2005 du 23 mars 2006, considérant D.b.

Attention: les revenus du travail tels que les salaires, les honoraires, les commissions, les dividendes versés sur une base professionnelle, etc., restent des acquêts, même en présence d'un contrat de mariage prévoyant l'exclusion des revenus des biens propres. Cette distinction mérite donc d'être précisément abordée lors de la rédaction du contrat de mariage afin de préciser comment se détermine la rémunération. Enfin, les époux disposent également de la possibilité de convenir, par contrat de mariage, d'une répartition différente du bénéfice des acquêts (par exemple 2/3 – 1/3, ou même 100% pour un seul conjoint), comme le permet l'article 216 du Code civil. Il faut toutefois prévoir explicitement dans le contrat que la répartition convenue restera valable en cas de divorce. À défaut, cette répartition spéciale ne s'appliquera pas en cas de divorce.

Exemple: un médecin et son conjoint peuvent décider par contrat de mariage que, en cas de divorce, le bénéfice des acquêts sera réparti à 80% en faveur du médecin, au lieu d'un partage 50/50. Cela signifie que le conjoint recevra une part réduite de l'enrichissement réalisé pendant le mariage, notamment la valeur du cabinet médical.

Conclusion: conjuguer prudence et confiance

Les médecins, par vocation, consacrent leur temps et de leur énergie à prendre soin des autres. À cela s'ajoutent les démarches administratives de plus en plus complexes, liées tant à l'installation qu'à l'exercice quotidien de leur activité. Dans ce contexte, les questions relatives à la structuration, voire au choix du régime matrimonial paraissent secondaires voire négligeables.

Attention : les revenus du travail tels que les salaires, les honoraires, les commissions, les dividendes versés sur une base professionnelle, etc., restent des acquêts, même en présence d'un contrat de mariage prévoyant l'exclusion des revenus des biens propres.

Pourtant, prendre un moment pour réfléchir à la structuration de son cabinet, à son régime matrimonial ou à la protection de son conjoint n'est en aucun cas une perte de temps. Ces décisions sont en réalité essentielles pour assurer la stabilité de leur exercice.

Plutôt que de percevoir ces démarches comme une méfiance vis-à-vis de l'autre conjoint, il faut les envisager comme une démarche proactive qui s'inscrit dans une logique d'anticipation, au même titre que la planification de la retraite. ●

Mabel Morosin

Avocate spécialiste FSA droit de la famille, fondatrice et associée de l'Etude Morosin & Mamane Assaraf Associés.

Pour faciliter cette démarche, voici quelques recommandations pratiques à garder en mémoire :

- **Il est essentiel de maintenir une communication transparente** et régulière avec son conjoint, afin de prévenir tout malentendu et de favoriser des décisions prises en commun.
- **Le choix d'un régime matrimonial adapté** à la situation professionnelle et familiale constitue également un levier important pour protéger ses intérêts.
- **Il est recommandé de documenter avec précision le financement de son cabinet**, notamment lorsqu'il implique des apports personnels ou des participations externes, afin de clarifier les droits et obligations de chacun.
- **Il ne faut pas non plus négliger l'importance de réviser régulièrement ses accords patrimoniaux** pour les adapter à l'évolution de la situation, qu'elle soit professionnelle ou personnelle.
- **Enfin, anticiper les conséquences juridiques en cas de rupture**, avant que celles-ci ne deviennent conflictuelles, est un gage de prudence et de sérénité.

Art+Santé

Développement de la muséothérapie à Genève

Depuis plusieurs années, la recherche scientifique et les pratiques cliniques confirment l'impact positif de l'art sur la santé physique et mentale. En ville de Genève, musées, thérapeutes et institutions développent une collaboration avec l'objectif de promouvoir le pouvoir de la culture sur le bien-être et offrir un outil supplémentaire vers la guérison.



© Musée Ariana

Cette démarche s'inscrit dans une volonté politique de la conseillère administrative en charge de la culture, Madame Joëlle Bertossa, de faire évoluer le musée comme espace accueillant et inclusif (le « caring museum ») qui explore la dimension thérapeutique de l'institution (« cure », « muséothérapie »).

Initiatrice des ordonnances muséales alors qu'elle dirigeait le musée des beaux-arts de Montréal en 2018, Nathalie Bondil a encore rappelé récemment au journal suisse La Liberté que « ce concept est né d'un double constat scientifique. Le musée modifie notre flow cérébral en nous incitant à ralentir ; par ailleurs la confrontation à une œuvre d'art nous procure, consciemment ou non, une émotion esthétique qui stimule notre plasticité cérébrale et favorise la sécrétion d'hor-

mones endogènes comme la dopamine ou l'ocytocine, entre autres ».

Dans cette optique, le musée se transforme comme un espace de vie, de soin, de ressourcement et d'inclusion. Il conserve son rôle d'institution culturelle de référence, dont la mission est de conserver et étudier un patrimoine culturel, mais mobilise celui-ci comme ressource éducationnelle, relationnelle et curative.

Le programme de muséothérapie (www.geneve.ch/museotherapie) initié par la Ville et ses partenaires les HUG, l'AMGe, le réseau Arsanté et l'association d'art-thérapeutes ARAET, entend se développer par projets-pilotes, en expérimentant puis en évaluant d'autres manières de vivre et « d'utiliser » le musée. Ainsi par exemple, depuis plusieurs années, des

activités sont mises en place avec le docteur Frédéric Sittarame, dans le cadre du programme de réadaptation cardiaque des Hôpitaux universitaires de Genève. Le projet a commencé par des visites dans les collections des musées avec une démarche de médiation sensible alliant vue, toucher ou encore odorat. Une fois toutes les six semaines, un groupe de 20 à 30 patientes & patients est accueilli au musée par une médiatrice et une partie de l'équipe de soignantes & soignants du programme. Les participantes & participants, d'horizons très différents ont un point commun : avoir eu un accident cardiaque. Ils sont donc en train de traverser un moment extrême de leur vie. Elles & ils trouvent au musée un espace qui les met en mouvement, développent leurs interactions et développent des expériences sensibles, en co-construction, facilitant l'enrichis-

sement des propositions futures par les expériences précédentes et renforçant la confiance acquise au sein du groupe.

S'inscrivant à la fois dans la dynamique de l'évolution des pratiques au sein des musées comme de celles des parcours de soins, ces propositions ouvrent de nouvelles perspectives tant muséales que médicales. La démarche devient alors concrètement de la muséothérapie avec des objectifs thérapeutiques déterminés et évalués.

Autre projet-pilote lancé cet automne en partenariat avec ARAET, l'accueil d'art-thérapeutes en résidences dans les musées jusqu'à la fin de l'année, chacune avec une orientation thérapeutique et l'utilisation d'un médium propre, là aussi dans une collaboration entre l'institution et l'art-thérapeute.

Plus d'informations :

→ geneve.ch/document/art-sante-ville-geneve-communique-2

Mais au-delà de ces projets très spécifiques, dont le développement va se poursuivre et pour lesquelles les musées municipaux restent intéressés aux collaborations, se généralisent les **ordonnances muséales**, expérimentées depuis 2022 au Musée Ariana. Le principe est de permettre aux médecins, mais également aux autres thérapeutes indépendants (psychologues, art-thérapeutes, infirmières et infirmiers indépendants, physiothérapeutes), dans le cadre d'un traitement, de pouvoir prescrire à leur patientèle une visite libre dans l'une des institutions muséales genevoises.

Il ne s'agit pas d'ordonnances au sens strictement médical et encore moins LAMAL, mais d'une formalisation d'une intention thérapeutique et d'un engagement de la Ville qui prend en charge le coût du billet. Ces ordonnances n'ont bien entendu pas non plus vocation à remplacer les traitements

Elles & ils trouvent au musée un espace qui les met en mouvement, développent leurs interactions et développent des expériences sensibles, en co-construction, facilitant l'enrichissement des propositions futures par les expériences précédentes et renforçant la confiance acquise au sein du groupe.



de médecine conventionnelle, mais à offrir aux thérapeutes un outil supplémentaire pour leur patientèle.

Car, au-delà de la simple possibilité de visite, le fait que celle-ci soit prescrite par un ou une thérapeute, dans le cadre de soins et avec une intention thérapeutique induit un changement important pour le patient ou la patiente, avec l'objectif de remettre la personne en mouvement, de l'inciter à sortir d'un cadre de routine quotidienne, de nouer de nouveaux contacts, d'aller se confronter à l'art (MAH, Ariana, FMAC), à l'ethnographie (MEG), à la science (Musée d'histoire des sciences) ou à la nature (Jardin botanique), et de bénéficier pour cela d'un accueil bienveillant et adapté. ●

Félicien Mazzola, Attaché de direction en charge des musées
Ville de Genève

Vous pouvez retrouver plus d'information sur ces ordonnances muséales sur cette page du site web de la Ville de Genève :

→ geneve.ch/ordonnances-museales

Une inscription via le formulaire en ligne vous permet de recevoir le modèle de celle-ci et toutes les informations dont vous aurez besoin.

Jeunes médecins suisses: pris au piège par leur propre organisation

Alors que le système de santé suisse fait face à une pression croissante, entre surcharge hospitalière, pénurie de praticiens et explosion des besoins en soins, les médecins eux-mêmes peinent à avancer. Non pas faute de formation ou de motivation, mais à cause d'un obstacle interne, lourd et injustifiable: la lenteur et l'opacité administratives de leur propre fédération, la FMH (Fédération des médecins suisses).

Des mois d'attente pour la formalité d'un simple titre

Pour être en mesure de facturer dans le secteur ambulatoire, bénéficier d'un fellowship à l'étranger ou simplement évoluer dans leur institution hospitalière, les médecins doivent présenter un titre de spécialiste FMH. Sans ce document, pas de droit de pratique, pas de reconnaissance, pas d'indépendance. Or, cette certification cruciale, pourtant basée sur des années de formations de rotation médicale, examen écrit, article publié... et pouvant être rapidement validée par la FMH, peut prendre entre 6 et 12 mois à être délivrée par la fédération, sans justification claire ni calendrier garanti.

L'impact pour les médecins en attente de leur titre représente plusieurs dizaines de milliers de francs, en opportunités manquées, honoraires bloqués ou promotions retardées. Ceci est vrai aussi pour les médecins hospitaliers qui doivent impérativement posséder ce titre pour accéder à une meilleure classe salariale, réduire leur horaire hebdomadaire ou bénéficier de leur semaine de congé supplémentaire. Ceci alors que leurs tâches et leur degré de responsabilité sont identiques à leurs collègues ayant obtenu leur titre. L'exigence du titre FMH pour une promotion, malgré des responsabilités déjà exercées sans ce titre, soulève une question d'équité qu'il faudra aborder en temps voulu.

En plus de se faire attendre pendant de nombreux mois

Ce fameux certificat a un prix conséquent d'environ 5000 francs. Ce tarif, à lui

seul, mériterait un débat de fond sur la transparence des frais administratifs imposés aux médecins, alors même que la fédération qui les encaisse dessert leurs intérêts en accusant un retard chronique dans le traitement de leurs dossiers.

Une faïtière peu à l'écoute

Ce manque de réactivité reflète un système peu à l'écoute de sa propre base. Il est vrai qu'un décalage existe entre l'intérêt que la FMH porte aux médecins internes et chefs de clinique en formation. Trop souvent, elle apparaît davantage comme un organe de contrôle ou de validation formelle que comme une structure de soutien réel à ses membres dans les moments clés de leur parcours.

Les jeunes médecins en phase de devenir chefs de clinique ou de s'installer ne se sentent pas entendus par la FMH. Et ils se sentent impuissants à attaquer de front une organisation faïtière opaque à une période charnière de leur vie où les nouvelles responsabilités professionnelles et familiales se cumulent et occupent leur temps et leur énergie.

Par ailleurs, il est difficile de la contacter, et les délais de réponse restent excessivement longs, que ce soit pour des questions liées au droit de pratique, aux réorientations de spécialité ou à la reconnaissance de stages effectués à l'étranger dans le cadre du cursus.

Heureusement, une motion a récemment été déposée au Conseil fédéral¹ par un groupe de politiciens sensibles à cette problématique, notamment Monsieur Aellen, afin d'interpeller sur la lenteur administrative de la FMH. La motion demande au Conseil fédéral d'intervenir afin que l'ISFM (l'organe spécialisé de la FMH qui gère tout ce qui touche à la formation postgraduée et continue, y compris l'attribution des titres FMH) réduise significativement les délais de validation des titres de spécialiste, indispensables à l'exercice indépendant et à la progression de carrière des médecins en Suisse et à l'étranger. Actuellement, les délais annoncés, pouvant aller de plusieurs

mois à plusieurs années, compromettent des plans de formation rigoureusement établis, souvent financés et validés à l'avance par des institutions universitaires. La motion souligne l'absurdité de procédures rigides, comme l'obligation de resoumettre intégralement un dossier incomplet, et l'absence de validation anticipée en fin de formation. Elle propose donc un cadre plus efficace et prévisible, avec un traitement en un mois pour les dossiers complets et une procédure de correction simplifiée pour les autres.

Il est temps de réveiller les structures

La relève de la profession médicale mérite une représentation plus agile, plus transparente et plus responsable. Il est inacceptable qu'un moment charnière de la carrière des médecins soit suspendu à des lenteurs administratives injustifiables. À l'heure où la Suisse a besoin de chaque médecin formé, il est indispensable que la faïtière de leur profession facilite la progression de leur carrière, afin de ne pas laisser des patients en rade. Il est crucial que nos institutions soutiennent activement les jeunes médecins dans leurs démarches auprès de la FMH et incitent l'organisation de référence à accélérer le processus de validation des titres. C'est aussi une condition essentielle pour garantir aux patients un accès rapide et continu à des soins de qualité, partout où les besoins se font sentir.

Ce n'est pas d'un diplôme que les médecins manquent, mais d'un soutien institutionnel digne de leur engagement.

¹ www.parlament.ch/fr/fratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?Affairid=20253617

DR SAMUEL TEICHER

Département de médecine de premier recours
Hôpitaux universitaires de Genève
La Voie-Creuse 16
1202 Genève
samuel.teicher@hug.ch

LE MANQUE DE
RÉACTIVITÉ DE LA
FAÏTIÈRE REFLÈTE
UN SYSTÈME PEU
À L'ÉCOUTE DE SA
PROPRE BASE



Articles publiés
sous la direction de

IDRIS GUESSOUS

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

Vice-Doyen
Faculté de médecine
Université de Genève

Comité de direction
de la Société suisse
de médecine interne
générale
Berne

MAYSSAM NEHME

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

Le grand brown-out

Pr IDRIS GUESSOUS

Rev Med Suisse 2025; 21: 1679-80 | DOI: 10.53738/REVMED.2025.21.932.47807

Un vent discret, mais tenace, souffle sur le monde médical. Il ne brûle pas comme son cousin le burnout, mais se glisse doucement, éteint les convictions, les élans, l'enthousiasme initial. Ce phénomène porte un nom encore trop peu connu: le *brown-out*.¹ Ce n'est pas encore l'épuisement, mais c'est déjà la perte de sens. Ce n'est pas la rupture, mais l'érosion de la motivation. Si aucune publication n'est disponible sur Medline/PubMed, il est toutefois fort probable que le *brown-out* frappe de plus en plus de professionnels de la santé, qu'il ne touche pas seulement les jeunes générations et qu'il traverse tous les âges et tous les niveaux hiérarchiques.

Les médecins et autres professionnels de la santé n'échappent pas aux tendances de la société qu'ils soignent. Or, nos sociétés vivent des mutations profondes. La satisfaction dans nos sociétés, par exemple, vient désormais davantage de ce que l'on reçoit que de ce que l'on donne, conséquences d'une confusion entre plaisir et bonheur et d'un certain auto-centrisme.² Les métiers de service à autrui perdent, petit à petit, de leur éclat. La médecine, qui n'est pas un métier comme un autre, repose justement sur l'aptitude et l'envie de s'investir pour l'autre. Quand cette dynamique s'inverse au niveau de la société, c'est tout l'éthos des médecins et autres professionnels de la santé qui se fragilise.

Il fut un temps où être médecin signifiait davantage qu'une simple fonction. On parlait de *best job*, puis de *great job*, puis de *good job*, avec le risque de ne devenir demain plus qu'un job comme un autre. Tout ça, pour ça? Personne ne nous a pourtant forcés à faire médecine, à devenir médecin. C'est donc a priori un privilège de pouvoir exercer sa vocation, vocation qu'on devrait avoir envie d'exercer davantage – et non moins. Après tout, une vie réussie n'est-elle pas «un rêve d'enfant réalisé à l'âge mûr» (Alfred de Vigny)?

La discussion sur les causes du *brown-out* présent désormais dans les métiers de la santé dépasse évidemment les ambitions de cet éditorial. En plus de l'évolution sociétale discutée plus haut, nous avons sans doute exagéré dans la logique de productivité, de tâches morcelées, d'hyperspécialisation, et de modèles inspirés de l'industrie et du taylorisme.

Ce qui est certain en revanche, c'est que le *brown-out* ne doit pas être perçu comme un simple désengagement passager. Il s'agit d'un signal fort, d'une alerte claire. Et pourtant, ce phénomène reste sous-estimé, mal identifié, souvent éclipsé par le *burnout*. Dans les institutions de santé, on risque de trop se féliciter d'un absentéisme maîtrisé, oubliant de mesurer un indicateur peut-être plus révélateur encore: l'engagement. Combien de professionnels de la santé sont encore habités par le sens de leur mission?

Combien restent par résignation, par habitude, par peur de partir?

Le *brown-out* n'est évidemment pas qu'une affaire individuelle, il est, comme le *burnout*, systémique. Il est indissociable d'une autre crise, plus identitaire encore: celle de la place du médecin et des autres professionnels de santé. C'est au fond malheureux d'assister en pleine ère de la médecine personnalisée à une crise d'identité des médecins et des autres professionnels de santé. Comme si la médecine personnalisée s'accompagnait d'une dépersonnalisation du rôle des médecins et des autres professionnels de santé. La médecine, n'est peut-être finalement pas qu'un art ou qu'une science: c'est aussi une culture. Et cette culture passe par des rituels, cérémonies, célébrations, étapes marquantes, qui donnent du sens et structurent les identités professionnelles. Là encore, nous avons sans doute quelque peu sacrifié la célébration des différentes étapes professionnelles en médecine sur l'autel de la productivité.



Articles publiés
sous la direction de

**DAGMAR M.
HALLER**

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

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

LA SATISFACTION
VIENT DÉSORMAIS
DAVANTAGE DE CE
QUE L'ON REÇOIT
QUE DE CE QUE
L'ON DONNE

Bibliographie

- 1 – Comprendre le *brown-out*: quand le travail perd son sens: www.qare.fr/sante/brown-out/
- 2 – Dambrun M. Self-centeredness and selflessness: happiness correlates and mediating psychological processes. *PeerJ*. 2017 May 11;5:e3306. DOI: 10.7717/peerj.3306

Extrait de la Revue Médicale Suisse 2/2

REVUE MÉDICALE SUISSE

Face à ces enjeux, le leadership s'impose. Pour traverser les tempêtes du désengagement, pour construire un avenir professionnel désirable, il nous faudra des leaders. Des leaders nombreux, visibles, éclairés et engagés à tous les niveaux.

Ce *medical leadership* (qui, comme son nom l'indique, n'est pas réservé qu'aux médecins) n'est pas une compétence accessoire. Dans une époque marquée par le *conscious unbos-sing* (à ne pas confondre avec le *consciously uncoupling...*), ce mouvement qui pousse la jeune génération à fuir les postes à responsabilité, il est même impératif de consacrer suffisamment de temps et d'énergie à l'identification de ces futurs leaders, qui seront de plus en plus difficiles à trouver, et à leur formation. Nous devons y consacrer autant de temps et d'énergie qu'à l'interprofessionnalité, à l'intelligence collective et au leadership partagé.

Le *brown-out* tire son nom du concept de perte de voltage, d'une lumière qui perd de son éclat. Il ne sera pas rallumé par la contrainte, mais par la vision. Et les grands leaders sauront, mieux que quiconque, nous y conduire.

N'hésitez pas à me partager vos commentaires et impressions sur cet éditorial et le concept du *brown-out* dans les métiers de la santé via la rédaction de la Revue Médicale Suisse ou directement via mon e-mail idgu@hug.ch. Merci !

Remerciements: cet éditorial accompagne la parution de sept nouveaux articles de synthèse relatifs aux stratégies révisées de médecine de premier recours. Les stratégies sont disponibles en libre accès sur le site internet du service de médecine de premier recours des HUG. Le Pr Idris Guessous remercie tous les auteurs ainsi que Jezabel Caliri, et, bien sûr, Dagmar Haller et Mayssam Nehme pour leur contribution à ce numéro.

**POUR
CONSTRUIRE
UN AVENIR
PROFESSIONNEL
DÉSIRABLE, IL
NOUS FAUDRA
DES LEADERS**

 **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

Il n'y a aucune urgence à restreindre le libre choix du médecin

Dr PIERRE ARNOLD, Dr DOMINIQUE BÜNZLI, Dre JESSICA COLOMBÉ, Dr PHILIPPE EGGIMANN,
Dr MICHEL MATTER, Dre ANOUK OSIEK MARMIER et Dre SÉVERINE OPLIGER-PASQUALI

Rev Med Suisse 2025; 21: 1672-3 | DOI : 10.53738/REVMED.2025.21.931.47978

Adoptée au Parlement, la motion 23.4088 relance le débat sur l'un des principes fondateurs de la LAMal: l'obligation pour les assureurs de contracter avec tous les prestataires de soins reconnus. En trois questions,^a les Président-e-s des Sociétés cantonales romandes prennent position sur ce sujet hautement sensible.

Est-ce que la fin du libre choix du médecin est déjà programmée?

Pas encore, mais nous nous en rapprochons dangereusement! Le Parlement a certes chargé le Conseil fédéral d'élaborer un projet de loi dans ce sens, mais il s'agit d'un processus long, soumis à consultation, puis à un débat parlementaire. Et si ce projet devait aboutir, un référendum est très probable. Cela représenterait un changement de paradigme que le peuple suisse a toujours clairement refusé jusqu'à présent.¹

Ce qu'il faut bien comprendre, c'est que ce projet vise à remettre en cause un pilier fondamental de notre système de santé: le droit, garanti par la LAMal, pour chaque assuré de choisir librement son médecin et son établissement en contrepartie de l'obligation de s'assurer acceptée par le peuple en 1994 et entrée en vigueur en 1996. Déguisée en «assouplissement» d'une contrainte soi-disant insupportable pour les assureurs, une telle réforme ouvrirait la porte à une médecine à deux vitesses, où des critères économiques l'emporteraient sur les considérations médicales. Comme pour les médecins déconventionnés en France, les factures seraient alors à charge intégrale des patients, ou peut-être d'assurances complémentaires, et pourtant non libérés de l'obligation de payer leurs primes.

En majorité, les conseillers nationaux

des cantons romands présents se sont opposés à cette idée, par 15 voix contre 10 et 4 abstentions. Les Conseillers aux États présents ont accepté, par 5 oui, 4 non et 4 abstentions. Ces résultats illustrent le manque d'information probable d'une partie de nos parlementaires (**tableau 1**). L'analyse montre cependant un partage qui pourrait être lié à l'appartenance politique. Les propositions de vote favorable, défavorable et abstention ont été: PLR 6,1,1; Centre 3,1,2; PS 0, 8, 0; Verts 0, 6, 0; autres 1,1,1 (**tableau 2**).²

Pourquoi la SMSR s'oppose-t-elle si fermement à cette réforme?

Parce que l'obligation de contracter constitue aujourd'hui un rempart essentiel

contre la sélection indirecte des patients par les médecins sous la menace des assureurs de les exclure du remboursement des prestations. Si les caisses maladie pouvaient choisir librement les prestataires avec lesquels elles contractent, elles privilégieraient naturellement ceux qui leur coûtent le moins cher. Les médecins qui prennent en charge des patients «onéreux», notamment les personnes âgées, chroniquement malades ou atteintes de pathologies complexes, sont ceux qui risqueraient d'être exclus. Toute proportion gardée, un peu comme le système que le parlement américain vient d'adopter en menaçant le démantèlement du système Medicaid (population aux ressources limitées, estimée à 15 millions de personnes) et celui de l'aide alimentaire.³

TABLEAU 1

Votes du parlement Motion 23.4088

Conseil des États – Vote du 26.09.2024							
Canton	Oui	Non	Abstention	Total	% oui	% non	% abstention
GE	1	1	1	3	33,3	33,3	33,3
VD	2	0	0	2	100,0	0,0	0,0
FR	0	1	1	2	0,0	50,0	50,0
NE	0	1	0	1	0,0	100,0	0,0
JU	1	0	1	2	50,0	0,0	50,0
VS	1	1	0	2	50,0	50,0	0,0
Total CE	5	4	3	12	41,7	33,3	25,0
Conseil National – Vote du 13.03.2025							
Canton	Oui	Non	Abstention	Total	% oui	% non	% abstention
GE	2	3	0	5	40,0	60,0	0,0
VD	4	6	2	12	33,3	50,0	16,7
FR	1	2	1	4	25,0	50,0	25,0
NE	1	1	0	2	50,0	50,0	0,0
JU	0	1	0	1	0,0	100,0	0,0
VS	2	2	1	5	40,0	40,0	20,0
Total CN	10	15	4	29	34,5	51,7	13,8
Total global romand CE + CN							
Canton	Oui	Non	Abstention	Total	% oui	% non	% abstention
Total CE+CN	15	19	7	41	36,6	46,3	17,1

^aCette prise de position reprend en partie celle développée par le vice-président de la FMH dans le numéro 14 de DOC de la Société vaudoise de médecine.



Articles publiés
sous la direction de

OMAR KHERAD

Service de médecine
interne
Hôpital de La Tour
Meyrin/Genève

**MALLORY MORET
BOCHATAY**

Service des soins
intensifs et médecine
interne
Groupement
hospitalier de l'Ouest
lémanique
Nyon

Indispensable interprofessionnalité?

Pr OMAR KHERAD et Dre MALLORY MORET BOCHATAY

Rev Med Suisse 2025; 21: 1547-8 | DOI: 10.53738/REVMED.2025.21.929.47684

S'il y a un thème médical qui fait consensus, tant dans les services hospitaliers que dans le milieu ambulatoire, c'est bien celui de l'interprofessionnalité. Ce (trop) long mot est défini par ChatGPT comme: *un mode de travail collaboratif entre différents professionnels de santé, basé sur la complémentarité et l'échange, pour optimiser la prise en charge des patients*. À l'hôpital, véritable écosystème complexe où interagissent quotidiennement de nombreux professionnels de santé, l'interprofessionnalité est la norme. La prise en charge des patients repose sur une répartition des tâches entre les différentes professions, structurée avant tout selon une logique professionnelle, c'est-à-dire fondée sur les compétences propres à chaque métier et coordonnée par une standardisation de ces compétences.¹ Les réunions impliquant médecins, infirmiers, physiothérapeutes ou assistants sociaux en sont des exemples quotidiens, tout comme l'organisation d'un bloc opératoire autour d'un patient. La médecine interne générale est d'ailleurs au cœur de cette dynamique, l'interniste jouant souvent le rôle de coordinateur dans un enchevêtrement d'intervenants, en ville comme à l'hôpital.

Mais dès que les frontières professionnelles deviennent poreuses et que les compétences se chevauchent, des tensions peuvent émerger, en particulier quand les patients requièrent des savoir-faire transversaux dépassant les séparations traditionnelles des professions. Ces situations accentuent le besoin de coordination et de synchronisation, rendant indispensable une réelle collaboration interprofessionnelle (CIP).¹ Ce terme est d'ailleurs préférable à celui d'interprofessionnalité, qui évoque davantage une juxtaposition des compétences qu'une prise en charge véritablement intégrée et partagée.

Définie par l'OMS comme une interaction permettant à des professionnels issus d'horizons différents de construire une compréhension commune qu'ils n'auraient pu atteindre seuls, la CIP ne se limite pas à une bienveillante collégialité ou à une relation d'égal à égal. Elle devient une modalité spécifique de la pratique médicale, avec une réelle valeur ajoutée. Un exemple éclairant est la gestion des comorbidités médicales chez des patients chirurgicaux: aujourd'hui, un chirurgien ne peut raisonnablement assumer seul la prise en charge d'un patient âgé et polymorbide. L'intervention coordonnée d'un interniste est alors indispensable.

Malgré son image positive, la CIP reste souvent floue dans ses objectifs et ses modalités concrètes. Son intérêt peut être mis en doute si ses finalités ne sont pas clairement définies. Pourtant, les stratégies visant à renforcer la CIP ont démontré leur impact positif: elles améliorent la qualité et la sécurité des soins, réduisent les erreurs et optimisent les résultats cliniques.² Dès 2010, l'OMS a d'ailleurs recommandé des programmes éducatifs axés sur les compétences interprofessionnelles, notamment pour faire face à la pénurie croissante de soignants.³

Dans un contexte où les soins se complexifient, où les tâches administratives s'alourdissent et où les pressions budgétaires augmentent, la CIP apparaît aussi comme une réponse pragmatique aux enjeux d'efficacité. Elle permet à chacun d'exercer pleinement ses compétences tout en s'enrichissant de celles des autres, rationalisant ainsi l'utilisation des ressources.⁴ Cette dynamique se reflète dans l'évolution des professions soignantes. L'intégration des formations en santé dans le système académique suisse a vu émerger de

LA COLLABORATION DEVIENT UNE MODALITÉ SPÉCIFIQUE DE LA PRATIQUE MÉDICALE, AVEC UNE RÉELLE VALEUR AJOUTÉE

Bibliographie

- 1 Schmitz C, Atzeni G, Berchtold P. Pourquoi donc la collaboration interprofessionnelle? Bull Med Suisse 2020;9:292-3.
- 2 Zwahlenstein M, Goldman J, Reeves S. Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. Cochrane Database Syst Rev 2009;Cd000072.
- 3 Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice (WHO/HRH/HPN/10.3). <https://iris.who.int/handle/10665/70185>
- 4 Programme de promotion interprofessionnelle dans le domaine de la santé 2017-2020. Berne: OFSP. <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitspolitik/foerderprogramme-interprofessionnalitaet.html>



N'est stupide que la stupidité

Me voilà encore après une longue journée à méditer sur le bien-fondé de mon métier. Aurais-je dû me destiner à être employée de commerce?

Au regard des tâches administratives qui ne cessent de plomber ma consultation, mon temps si précieux et mes nerfs, la réponse est un grand «OUI».

Effectivement, en choisissant des études d'employée de commerce, je n'aurais pas eu à faire face à de si longues études, à un tel investissement personnel et à relever chaque jour, de nombreux défis.

Pas sûre non plus qu'au rapport coût/efficacité/temps investi, la société y aurait été perdante.

L'inspiration de rédiger ce texte me vient lorsque je reçois pour la énième année, un document à remplir pour l'une de mes patientes âgées, qui présente une pathologie ophtalmologique évolutive depuis plusieurs années et à qui même le meilleur des traitements n'a pas réussi à redonner une acuité visuelle décente...

Cette sympathique et frêle petite dame âgée de plus de 80 printemps est de surcroît polyarthrosique, ce qui ne fait qu'accentuer les difficultés auxquelles elle est confrontée chaque jour dans sa vie quotidienne. Il paraît logique de comprendre qu'il lui est bien difficile d'effectuer ses tâches ménagères même si, vivant seule, elle n'a guère à «poutser», comme on dirait dans notre canton.

De ce fait, chaque année, je lui rédige une prescription pour une aide-ménagère, que le plus commun des mortels arriverait à comprendre et chaque année, je reçois le même formulaire laconique à remplir me demandant de justifier le pourquoi de cette prescription. Mes nerfs se tendent et mon cerveau (ou du moins ce qu'il en reste) bouillonne.

En cette année 2025, m'armant d'un brin d'humour sarcastique, j'ai pris le parti de répondre «elle voit moins bien cette année que l'année dernière mais voit mieux cette année qu'elle ne verra l'année prochaine...».

Manifestement, lorsque je mobilise ma mémoire, ce n'est qu'un cas ubuesque parmi tant d'autres qui ne me font pas défaut. Par exemple, un patient chez qui je découvre un début de diabète, à qui je prescris un traitement ne coûtant que quelques francs par mois, donc à mon sens économiquement correct et conforme aux recommandations, où l'on me demande pourquoi ai-je prescrit un tel traitement...

Dans ce cas précis, je dois avouer que mes dents ont grincé et ma patience a fondu au fur et à mesure que mes yeux lisaient les lignes dudit courrier. J'avais donc décidé de répondre avec le même humour à la question qui m'était posée chez ce patient en répondant: «je lui ai prescrit un traitement antidiabétique oral, mais parce qu'il a des hémorroïdes...»

Probablement que mes destinataires se sont dit «cette doctoresse a de l'humour» ou peut-être ont-ils pris conscience du caractère illogique de ce courrier? Pas sûr... Que répondre de médicalement acceptable à de telles questions, aussi surprenantes soient-elles? Ont-ils confié cette tâche à un stagiaire qui s'ennuyait à pleines dents et qui devait s'occuper? J'ai beau chercher une réponse, mais rien ne me vient à part une sensation d'incompréhension.

Enfin, un dernier exemple récent qui a fini par achever le restant d'entrain hebdomadaire que je conservais cette semaine-là au cas où. Un rapport d'invalidité pour un jeune adulte infirme moteur cérébral depuis la naissance, polyhandicapé, pour

lequel chaque année, je reçois un formulaire me demandant, quand va-t-il reprendre une activité professionnelle. Tout logiquement, j'ai barré d'une ligne franche cette feuille A4 en spécifiant, «il n'a jamais travaillé et ne travaillera jamais» et «venez constater par vous-même l'autonomie de ce patient»...

Ces 3 cas illustrent cette bureaucratie irréfléchie qui engendre des coûts, du temps médical et administratif et qui gâche les ressources. Dans ces 3 cas, j'ai pris le parti de répondre d'une manière aussi saugrenue que la question qui m'était posée. Mes réponses seront probablement interprétées comme provocatrices ou stupides, mais ne dit-on pas «à question idiote, réponse idiote?»

CE N'EST QU'UN
CAS UBUESQUE
PARMI TANT
D'AUTRES

DRE JESSICA COLOMBÉ

Vice-présidente de la Société médicale
du canton du Jura
Place des Mouleurs 4
2822 Courroux



Articles publiés
sous la direction de

**JACQUES
MENETREY**

Centre de médecine
du sport et de
l'exercice
Swiss Olympic
Medical Center
Hirslanden Clinique
La Colline
Genève

et
Service de chirurgie
orthopédique
Hôpitaux
universitaires de
Genève

**VINCENT
GREMEAUX**

Centre de médecine
du sport Swiss
Olympic Medical
Center
Division de médecine
physique et
réadaptation
Département de
l'appareil locomoteur
Centre hospitalier
universitaire vaudois
Lausanne

et
Institut des sciences
du sport
Université de
Lausanne

Médecine de l'exercice: une étape vers un grand pas pour l'humanité

Pr JACQUES MENETREY et Pr VINCENT GREMEAUX

Rev Med Suisse 2025; 21: 1399-400 | DOI: 10.53738/REVMED.2025.21.926.47443

À une heure où certaines visions dystopiques semblent parfois devenir réalité, employons-nous à l'exercice inverse dans le champ de la santé.

En l'an 2035, le responsable des doyens des Universités de médecine suisses prononce un discours qui fera date: «Mes chers collègues, c'est avec une grande fierté que je vous annonce que la médecine de l'exercice deviendra une spécialité enseignée dans nos universités. Cette décision marque une étape cruciale dans notre engagement envers l'excellence en matière de soins de santé» (...).

Utopique? Non, réaliste et finalement pas si innovant. Dans les sciences du sport, une nouvelle méthode d'entraînement ou un nouveau matériel, dont l'efficacité est prouvée, se démocratise auprès du grand public en environ 10 ans. Dans le domaine médical, ce délai est malheureusement généralement bien supérieur! Ainsi, les pionniers dans le domaine de la médecine de l'exercice, les Danois Pedersen et Saltin, avaient, dès 2006, éclairé la communauté scientifique sur les effets positifs de l'exercice physique dans la prise en charge de 19 maladies chroniques¹ représentant des problèmes de santé publique importants. En 2015, les mêmes auteurs ont confirmé les bénéfices de l'exercice physique pour 26 pathologies² différentes. Depuis lors, de nombreuses sociétés savantes ont adopté la désignation «Médecine du sport et de l'exercice», et les preuves s'accumulent montrant que l'exercice est un puissant déterminant de la longévité en bonne santé, alors que celle-ci augmente peu, voire stagne dans nos sociétés, générant

toujours plus de personnes vivant avec une maladie chronique incapacitante.

Ainsi, l'un de nos challenges est bien de généraliser l'enseignement et de promouvoir la médecine de l'exercice. Mais pourquoi parler de médecine de l'exercice? C'est, en effet, le terme le plus approprié pour désigner l'un des 6 piliers du mode de vie sain, et qui influence positivement les 5 autres (alimentation, sommeil, stress, relations sociales et consommation de substances).

Certaines subtilités de la langue française rendent son emploi moins aisé que «activité physique», définie par l'OMS comme: «Tout mouvement corporel produit par les muscles squelettiques qui requiert une dépense d'énergie, notamment dans le cadre des loisirs, pour se déplacer, sur le lieu de travail ou lors des tâches ménagères», ou que le terme «sport» qui correspond à: «Un ensemble d'activités physiques se présentant sous forme de jeux individuels ou collectifs, donnant généralement lieu à des compétitions pratiquées selon des règles précises» (Larousse). Entre ces deux termes, l'exercice est probablement celui qui désigne le mieux les conseils que nous souhaitons prodiguer à nos patients ou à la population générale: «Une activité physique structurée, répétitive et planifiée, dont le but est généralement d'améliorer ou de maintenir la condition physique».

La médecine de l'exercice repose ainsi sur l'idée que l'exercice, tel que précédemment défini, est un traitement préventif et efficace pour une multitude de conditions médicales,

**L'EXERCICE EST
UN PUISSANT
DÉTERMINANT DE
LA LONGÉVITÉ EN
BONNE SANTÉ**

Bibliographie

1
– Pedersen BK, Saltin B. Evidence for prescribing exercise as therapy in chronic disease. Scand J Med Sci Sports. 2006 Feb;16(Suppl.1):3-63

2
– Pedersen BK, Saltin B. Exercise as medicine – evidence for prescribing exercise as therapy in 26 different chronic diseases. Scand J Med Sci Sports. 2015 Dec;25(Suppl.3):1-72

Extrait de la Revue Médicale Suisse 2/2

REVUE MÉDICALE SUISSE

telles que les maladies cardiovasculaires, le diabète, la dépression et les cancers. Les médecins de toute spécialité, ainsi que les intervenants paramédicaux, devraient désormais intégrer l'exercice physique comme une composante sérieuse de la prise en charge globale de leurs patients. Et pour cela, nous devons être innovants, notamment dans l'éducation, afin de sensibiliser tous ces acteurs et leur donner les connaissances minimales permettant d'évaluer les capacités physiques et les habitudes d'exercices des patients. Par exemple, en Belgique, certains modules d'enseignement regroupent des étudiants en sciences du sport et en médecine. En Australie, les hôpitaux engagent des physiologistes de l'exercice pour aider les

patients à programmer leur pratique lors de leur retour à domicile. Au Québec, des kinésiologues (littéralement «spécialiste du mouvement») sont impliqués dans les structures de rééducation et de réentraînement à l'effort.

Alors, soyons créatifs, inspirés par les athlètes que nous soignons tous les jours, pour que dans 10 ans, ou moins, le nombre de pas quotidien soit une valeur figurant à côté de la pression artérielle dans les dossiers médicaux de nos patients.

Dès aujourd'hui, cher(e)s collègues, bougez et faites bouger vos patients !

**labor
team**

**Centres de
prélèvement**

**Nouveau à
Genève et à
Lausanne**

- ▶ Centre de prélèvement Champel
Genève +41 22 706 20 10
- ▶ Centre de prélèvement Verdaine
Genève +41 22 706 20 10
- ▶ Centre de prélèvement Saint-François
Lausanne +41 21 620 60 40
- ▶ Centre de prélèvement Rhodanie
Lausanne +41 21 620 60 40



RDV sur:
mes.analyses.ch

**Prélèvement sans
attente – en centre
ou à domicile**

Santé-environnement Penser la recherche médicale dans les limites planétaires

JULIA GONZALEZ HOLGUERA et JULIEN MEILLARD

Rev Med Suisse 2025; 21: 1537-9 | DOI : 10.53738/REVMED.2025.21.928.47184

INTRODUCTION

Swissuniversities l'affirme, les hautes écoles doivent être des actrices majeures d'une transition vers une société durable.¹ En tant que lieu de production de connaissances, elles ont un rôle à jouer pour comprendre les enjeux et accompagner le développement et le déploiement de solutions. En tant que lieu de formation, elles doivent assurer la transmission de connaissances et de compétences adaptées aux métiers de demain. Cette responsabilité devrait conduire à revoir les cursus, voire à questionner les structures disciplinaires.

Dans les filières médicales et de soins, différentes initiatives témoignent d'une prise de conscience de la nécessité d'intégrer les enjeux de durabilité environnementale dans les formations. Comme Diallo et coll.² le rappellent, la déclaration de consensus de «l'Association for Medical Education in Europe» (AMEE) insiste sur la nécessité que tous les professionnels de santé soient formés à la «santé planétaire».³

LA DURABILITÉ DU MONDE ACADÉMIQUE EN QUESTION

Néanmoins, il importe de souligner que le monde académique fait également partie du problème. La Fédération européenne des académies des humanités et des sciences (ALLEA) souligne que le système académique actuel n'est pas compatible avec les objectifs climatiques.⁴ Le bilan carbone publié par l'Université de Lausanne (UNIL) l'illustre bien.⁵ On peut distinguer une première catégorie «standard» d'émissions associées au

fonctionnement des bâtiments, à la mobilité pendulaire et à la restauration collective. Celle-ci fait depuis plusieurs années l'objet d'une attention grandissante des universités. La seconde catégorie, encore peu questionnée, regroupe les impacts environnementaux découlant spécifiquement des activités de recherche.

Dans les données de l'UNIL pour l'année 2023, on relève notamment que 26% du bilan carbone sont liés aux déplacements professionnels en avion et que les achats d'équipements et de consommables pour les laboratoires sont responsables de 6% du bilan carbone (17% dans les données publiées en 2019).^{5a}

L'usage du numérique, dont l'empreinte carbone reste difficile à quantifier précisément, connaît par ailleurs une croissance continue ces dernières années. La consommation d'énergie liée aux serveurs UNIL-EPFL a par exemple augmenté de 53% entre 2019 et 2023, reflétant directement l'explosion du volume des données de recherche dont la croissance est exponentielle. Le détail de ces quantifications révèle ainsi que les activités de recherche ont un impact considérable.

Les facultés de médecine et de sciences, concentrant les activités de laboratoire, ont une empreinte environnementale particulièrement importante en comparaison à d'autres facultés.⁶ Pourtant, si les appels à intégrer une perspective «santé planétaire» dans la formation et la pratique du soin et de la médecine se renforcent, rares sont les tentatives d'étendre cette perspective aux activités de recherche, notamment biomédicale.

DE L'EFFICACITÉ À LA TRANSFORMATION

Quantifier les impacts environnementaux est un préalable nécessaire pour s'assurer que les actions entreprises soient à la hauteur des enjeux. Savoir que

l'empreinte carbone de l'UNIL dépasse de 14 fois la valeur cible fixée pour 2050 (pour respecter les accords de Paris) permet de saisir l'ampleur des changements nécessaires. Ces ordres de grandeur nous invitent à dépasser les seules mesures d'efficacité et à questionner plus fondamentalement les pratiques de recherche à l'origine de ces impacts.

Ainsi, la part importante des émissions liées aux déplacements professionnels en avion vient questionner les habitudes de mobilité des chercheur·euses. Quel serait l'impact sur les collaborations, la productivité, la qualité et la visibilité de la recherche d'une réduction de ces déplacements?⁷ Quelle complémentarité avec de nouvelles modalités d'échanges virtuels? Et qui profite finalement de cette mobilité? Comme le note un chercheur en commentant les habitudes de ses collègues géographes: «Affirmer que les voyages académiques professionnels sont un exercice de privilège ne signifie pas que ce privilège ne peut pas être utilisé à bon escient. (...) La question à laquelle nous devons répondre individuellement et collectivement est la suivante: le bénéfice qui résulte de l'emploi de ce privilège en compense-t-il le coût sociétal?»⁸

La numérisation croissante de nombreuses spécialités médicales impliquant collecte, stockage et analyse de données à l'aide d'algorithmes ou de méthodes d'intelligence artificielle (IA)⁹ ouvrent également un champ de questionnement. Ces nouvelles approches promettent le développement des performances diagnostiques et d'aides à la décision clinique. Si le coût environnemental de ce virage numérique est encore difficile à chiffrer, les premières estimations laissent présager qu'il sera significatif.¹⁰ Des études suggèrent qu'une utilisation généralisée du deep-learning dans l'aide au diagnostic en pathologie pourrait conduire en une augmentation considérable des émissions de gaz à effet de serre de l'activité clinique.

^{5a}L'importante différence entre 2019 et 2023 résulte avant tout d'évolution méthodologique et illustre bien la difficulté de quantifier des impacts sectoriels, a fortiori lorsque le périmètre concerné est à cheval entre 2 institutions (UNIL et CHUV).

Collaboration médico-légale entre services d'urgences et autorités judiciaires

Dre AGATHE PEZZONI^a, Dre CAROLINE BOONEKAMP HULLIGER^a et Dr AMBROISE FIVEL^a

Rev Med Suisse 2025; 21: 1464-7 | DOI : 10.53738/REVMED.2025.21.927-47554

Cette mise au point décrit les situations cliniques courantes nécessitant une collaboration entre services d'urgences et autorités judiciaires, en précisant les bonnes pratiques permettant de concilier impératifs médicaux et cadres légaux. Les thématiques abordées incluent: les prélèvements biologiques sur réquisition, la gestion de l'agitation psychomotrice, l'accueil des patients en garde à vue, ainsi que les constats de décès et de lésions. Fondé sur les législations cantonales suisses, cet article fournit aux praticiens un référentiel opérationnel pour ces interfaces sensibles, tout en rappelant les principes immuables du secret médical.

Forensic medical collaboration between emergency departments and judicial authorities

This article outlines common clinical scenarios requiring collaboration between emergency departments and judicial authorities, detailing evidence-based practices balancing medical ethics with legal requirements. Key topics include: legally mandated biological sampling, management of psychomotor agitation, care of detainees, and forensic documentation of injuries or death. Grounded in Swiss cantonal laws, this review provides practitioners with actionable protocols while emphasizing the primacy of medical confidentiality.

INTRODUCTION

Dans le contexte suisse, la coopération entre les services d'urgences hospitaliers et les forces de l'ordre s'avère essentielle pour assurer une prise en charge optimale des situations sensibles. Cette synergie permet non seulement de garantir la sécurité du personnel soignant, mais également d'optimiser la qualité des soins prodigués aux patients dans des circonstances particulièrement délicates. Cependant, cette collaboration doit être encadrée par des protocoles rigoureux respectant à la fois les exigences légales et les impératifs éthiques inhérents à la pratique médicale.

QUELQUES SITUATIONS CLINIQUES COURANTES

Vignette 1: conduite et consommation d'alcool

Un patient est amené aux urgences pour un contrôle d'éthanolémie sanguine et de toxicologie urinaire après avoir

été interpellé par la police à la suite d'un contrôle. L'expiration dans l'éthylomètre est négative.

Discussion

Selon l'ordre de service de la police du canton de Genève (n° OS PRS.07.04), l'influence de l'alcool et l'état d'ébriété sont définis par des seuils précis. La conduite sous influence est définie par un taux $\geq 0,05$ mg/l d'air expiré ou $\geq 0,10\%$ dans le sang. L'état d'ébriété avéré répond aux seuils de $\geq 0,25$ mg/l d'air expiré ou $\geq 0,50\%$ dans le sang. On distingue l'état d'ébriété simple, avec des seuils de 0,25-0,39 mg/l d'air expiré ou 0,50-0,79% dans le sang, et l'état d'ébriété qualifié, avec des seuils de $\geq 0,40$ mg/l d'air expiré ou $\geq 0,80\%$ dans le sang.

Les sanctions varient en fonction du seuil d'alcoolémie mesuré. La conduite sous l'influence de l'alcool ou en état d'ébriété simple est sanctionnée par une amende, tandis que la conduite en état d'ébriété qualifié peut entraîner une peine privative de liberté d'au moins 3 ans ou une peine pécuniaire.

Les professionnels de santé des urgences ne peuvent refuser de réaliser le prélèvement sanguin, toutefois, en fonction de l'état clinique du patient et de la nécessité de soins médicaux urgents, ces prélèvements peuvent être différés. Cependant, aucun texte légal ne prévoit explicitement cette possibilité, d'où l'importance d'effectuer les prélèvements dès que la situation le permet, toujours avec l'autorisation au préalable d'un médecin.

Dans les situations où le patient est instable, la police pourrait, en plus des demandes de prélèvements, requérir des informations concernant la diagnostic et pronostic du patient. Il est toutefois essentiel de rappeler que toute demande d'informations médicales émanant de la police doit être traitée avec prudence afin de respecter le secret médical, conformément à l'article 321 du Code pénal suisse¹. Aucune information relative au diagnostic ou aux antécédents du patient ne peut être transmise. Dans le cadre d'une procédure pénale, le procureur peut formuler une demande d'informations (y compris par téléphone). Dans ce contexte, la levée du secret médical est indispensable, notamment pour pouvoir répondre à des questions telles que l'engagement du pronostic vital ou la nature des lésions présentées par le patient. Concrètement, cette levée s'effectue dans un premier temps par un appel

^aService des urgences, Hôpital de La Tour, 1217 Meyrin/Genève
agathe.pezzoni@gmail.com | caroline.hulliger@latour.ch | ambroise.fivel@latour.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 Gabriella BARTOK

Route de Frontenex 100, 1208 Genève
Né en 1987, nationalité roumaine et hongroise
Diplôme de médecin en 2012 en Roumanie
Reconnaissance en 2013
Titre postgrade de spécialiste en Psychiatrie et Psychothérapie en 2020 en Suisse

Née en 1987, de nationalité roumaine et hongroise. Diplôme de médecin en 2012 en Roumanie. Reconnaissance MEBEKO en 2013. Titre postgrade de spécialiste en psychiatrie et psychothérapie en 2020 en Suisse. Après avoir suivi des études en Roumanie, j'ai obtenu mon diplôme de médecin en 2012 à l'Université de Médecine et de Pharmacie à Târgu Mureș (désignée depuis 2019 sous le nom d'UMFST – Universitatea de Medicină, Farmacie, Științe și Tehnologie «George Emil Palade» din Târgu Mureș). Je me suis ensuite installée en Suisse en 2013 et j'ai poursuivi ma formation en psychiatrie et psychothérapie dans le canton du Valais, où j'ai travaillé dans divers secteurs de la psychiatrie, d'abord en tant qu'assistante, puis en qualité de cheffe de clinique adjointe. J'ai obtenu mon titre de spécialiste en 2020. Entre 2021 et 2025, j'ai travaillé à la Clinique La Métairie à Nyon, où j'ai exercé en qualité de médecin adjoint.

Dre Julie BASTIEN

Avenue de la Roseraie 76A, 1205 Genève
Née en 1984, nationalité belge
Diplôme de médecin en 2011 en Belgique
Reconnaissance en 2018
Titre postgrade de Chirurgie de la main en 2022 en France
Reconnaissance en 2025

Formée en chirurgie orthopédique et traumatologique en Belgique, je me suis spécialisée en chirurgie de la main. J'ai complété ma formation au sein du SOS main à Pessac en France où j'ai acquis une solide expérience dans la prise en charge des pathologies complexes de la main. Soucieuse de perfectionner ma pratique, j'ai poursuivi ma formation à Genève auprès du Dr Chick et ensuite auprès du Dr Glauser au centre de chirurgie de la main et du poignet. J'exerce à Genève où je prends en charge les affections traumatologiques, dégénératives et microchirurgicales de la main et du poignet en mettant un point d'honneur à proposer des soins personnalisés et de qualité.

Dr Marcus Erich DANNHAÜSER

Unité de développement mental
Chemin du Petit-Bel-Air-2, 1226 Thônex
Né en 1967, nationalité allemande
Diplôme de médecin en 1998 en Allemagne
Reconnaissance en 2020
Titre postgrade de spécialiste en Psychiatrie et Psychothérapie en 2004 en Allemagne
Reconnaissance en 2020

Après mes études à Bonn et Cologne en Allemagne et l'obtention de mon diplôme de médecin en 1998, j'ai suivi une formation spécialisée en psychiatrie et psychothérapie ainsi qu'en médecine psychosomatique et psychothérapie, avec une spécialisation en psychothérapie psychodynamique. Je suis ensuite devenu psychanalyste (membre de l'Association psychanalytique allemande (DPV) et de l'Association psychanalytique internationale (IPA) depuis 2014, et de la Société suisse de psychanalyse (SSPsa) depuis 2024). J'ai également suivi une

formation en psychanalyse de groupe (IAG 2008). Après avoir travaillé pendant de nombreuses années à l'hôpital, dernièrement en tant que médecin adjoint et en cabinet privé, ainsi que superviseur et formateur dans deux instituts de formation, j'ai déménagé à Genève en 2022 où j'ai travaillé aux HUG, au service de liaison et d'intervention de crise ainsi qu'au service des spécialités psychiatriques.

Dr Pablo Bartolomé GRESSOT

Groupe médical d'Onex
Route de Loëx 3, 213 Onex
Né en 1990, nationalité suisse
Diplôme de médecin en 2015 en Suisse
Titre postgrade en Gastroentérologie en 2023 en Suisse

Après avoir suivi mes études à Genève et obtenu mon diplôme fédéral de médecin en 2015, j'ai travaillé en médecine interne générale au sein de l'hôpital de Saint-Loup dans le canton de Vaud, à l'hôpital des Trois-Chêne et aux HUG dans le canton de Genève. Par la suite, j'ai poursuivi ma formation en gastro-entérologie exclusivement aux HUG dès 2019 pour y obtenir le titre de spécialiste FMH en 2023 et y exercer trois années comme chef de clinique par la suite. Enfin, je m'installe dès septembre 2025 à Onex.

Dre Camille NEMITZ

Maison de l'enfance et de l'adolescence
HUG, Blvd de la Cluse 26, 1205 Genève
Née en 1981, nationalité suisse
Diplôme de médecin en 2007 en Suisse
Titre postgrade de spécialiste en Psychiatrie et Psychothérapie en 2020 en Suisse

La Prof. Camille Piguët-Nemitz, MD, PhD, est psychiatre et psychothérapeute d'orientation systémique depuis 2020 en plus d'être titulaire d'un doctorat en neurosciences portant sur les troubles de l'humeur (2012). Elle a effectué son post-doctorat au Centre Neurospin (Université Paris Créteil). Elle dirige actuellement un groupe de recherche au département de psychiatrie de la Faculté de médecine de l'UNIGE.

Elle exerce en parallèle en tant que psychiatre aux HUG au sein de la Consultation ambulatoire de santé des adolescents et adolescentes et des jeunes adultes (CASAA) ainsi qu'au sein de l'Unité de psychiatrie du jeune adulte, dans laquelle elle s'implique pour favoriser l'accès aux soins psychiatriques des jeunes (équipe mobile de psychiatrie du jeune adulte) et les prises en charge pluridisciplinaires des situations complexes. Au sein du centre Synapsy, les travaux de recherche de la Dre Camille Piquet-Nemitz en neurosciences pour la santé mentale se focalisent principalement sur les bases cérébrales sous-tendant les processus de régulation émotionnelle chez les jeunes. Un domaine dans lequel elle souhaite développer des techniques d'intervention précoces non-pharmacologiques afin d'améliorer leur santé mentale, notamment utilisant la méditation en pleine conscience.

Dr Dimitrios POLYZOIS

Rue Giovanni-Gambini 8, 1206 Genève
Né en 1977, nationalité grecque
Diplôme de médecin en 2002 en Grèce
Reconnaissance en 2020
Titre postgrade en Gastroentérologie en 2015 en Grèce
Reconnaissance en 2020

Après avoir suivi ses études en Belgique et en Grèce et obtenu son diplôme de Médecin en 2002, il a terminé sa spécialisation en Grèce et ensuite il a travaillé comme Spécialiste Gastroentérologue au Luxembourg et en Belgique avant de venir en Suisse. En Suisse il a travaillé pendant 4 ans (poste de Médecin Chef adjoint) à l'Hôpital RHNe de Neuchâtel et de la Chaux-de-Fonds. Actuellement il travaille comme Spécialiste au Canton du Jura et il est installé en ville de Genève depuis septembre 2025.

Dr Julien SCHWARTZ

15 rue du Midi, 1003 Lausanne
Né en 1974, nationalité suisse
Diplôme de médecin en 2000 en Suisse
Titre postgrade de spécialiste en Urologie FMH, spéc. urologie opératoire en 2010 en Suisse

J'ai effectué mes études de médecine à l'Université de Genève, puis poursuivi ma formation de base en chirurgie à Neuchâtel, entre le 1^{er} avril 2000 et septembre 2002. Par la suite, j'ai intégré le service d'urologie des HUG à Genève pour y réaliser ma spécialisation. J'ai également approfondi mes compétences en neuro-urologie lors d'un stage de 6 mois dans le service du Professeur Chartier-Kastler à Paris en 2009. Installé actuellement en pratique privée à Lausanne, j'ai activement participé à l'introduction des plateformes robotiques Da Vinci dans plusieurs établissements romands, notamment les cliniques Cecil, La Source, Genolier ainsi que la clinique de Valère à Sion, en tant que formateur. Plus récemment, j'ai rejoint le service du Professeur Massimo Valerio aux HUG pour contribuer à la formation en chirurgie robotique, pour les cystectomies. Je collabore également avec plusieurs urologues genevois dans ce domaine, ce qui motive ma demande d'adhésion à l'AMGe. Sur le plan institutionnel, je suis engagé de longue date au sein de la Société Suisse d'Urologie. J'y ai exercé la fonction d'assesseur dès 2012, avant d'en devenir le président de 2022 à 2024. Je suis actuellement past-président et assure également la fonction de président de la commission des tarifications (TARDOC- forfaits ambulatoires) de la société.

Dr Valerian VALITON

15 rue de la Fauvette, 1294 Genthod
Né en 1988, nationalité suisse
Diplôme de médecin en 2014 en Suisse
Titre postgrade de spécialiste en Cardiologie en 2021 en Suisse

Diplômé de la Faculté de médecine de Genève en 2014 avec titulaire d'un doctorat depuis 2020, le Dr Valiton est spécialiste FMH en cardiologie (2021) et en médecine interne générale (2022). Il s'est formé entre Genève et Fribourg au sein des services de cardiologie, de médecine interne et des soins intensifs. Il s'est spécialisé en rythmologie, dans le domaine de la stimulation cardiaque ainsi qu'en

insuffisance cardiaque, avec une formation postgraduée à Londres. Depuis 2022, il occupe un poste de chef de clinique aux HUG, avec une expertise dans l'implantation et le suivi des dispositifs intracardiaques (pacemaker, défibrillateur, thérapie de resynchronisation) ainsi que dans le suivi de patients atteints d'insuffisance cardiaque. À partir de 2026, il exercera une activité indépendante à Genève, tout en maintenant une fonction hospitalière au sein des HUG.

Membres probatoires

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

Dr BOUNAIX Laura,
Dr BUEMI Laetitia,
Dr SEGALL Olivier,
Dr WOLFF Adriana,
depuis le 11 juillet 2025.

Candidature à la qualité de membre actif à titre associé

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

Dr Chloé MATHEZ-LOIC

Rue du Vieux-Billard 3, 1205 Genève
Né en 1983, nationalité suisse
Diplôme de médecin en 2010 en Suisse
Titre postgrade de Médecin spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique en 2020 en Suisse

Dr Chloé Mathez-Loic est titulaire d'un doctorat en médecine, du titre de spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique et du Diplôme de Sénologie délivré par la Société suisse de sénologie (SSS). Après avoir complété sa spécialisation en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique qu'elle a suivie principalement au CHUV, la Dre Chloé Mathez-Loic a assumé la fonction d'abord de médecin

cheffe de clinique auprès des Services de chirurgie plastique, reconstructive et de la main de l'Hôpital du Valais à Sion et Sierre et du CHUV. Depuis novembre 2020, elle exerce en cabinet indépendant à Nyon puis à Genève. Depuis 2021, elle prend également en charge les reconstructions mammaires en tant que médecin agréée à l'Hôpital Riviera-Chablais à Rennaz.

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 Michael CUNNINGHAM

dès le 1^{er} janvier 2026.

Dre Nathalie DESDIONS

dès le 1^{er} janvier 2026.

Dr Christian William FLISCH

dès le 1^{er} janvier 2026.

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 Bernard BEDAT

au 31 décembre 2025.

Dr Marc NIQUILLE

au 31 décembre 2025.

Dre Anne-Françoise ROMAGNOLI

au 31 décembre 2025.

Contrats de médecin-conseil et de médecin du travail

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

Dr Michael FEUSIER

médecin-conseil pour l'Hospice général.

Changements d'adresses et ouvertures de cabinet

Dr BOURROUMEAU Antonin

(Pathologie) consulte désormais au sein de Unilabs Pathologie SA, Avenue Cardinal-Mermillod 36, 1227 Carouge

Dr BENZINA Nabil

(Psychiatrie et Psychothérapie) consulte désormais au sein du Centre Médical Opale, Chemin de la Gravière 3 (4^e étage), 1225 Chêne-Bourg

Décès

Nous avons le profond regret d'annoncer le décès du

Dr CANAVESE Jean-Claude

survenu le 3 juin 2025.

Dr de SEIGNEUX Raoul

survenu le 5 octobre 2025.

Dr Urs WALTHER BÜEL

survenu en octobre 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 communication@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



CLINIQUE DE
CRANS-MONTANA



1010219

Centre Imagerie Versoix

L'alliance de la technologie et de l'expertise pour le dépistage du cancer du sein

Nos équipements

- **Mammographe Siemens B. Brillant** dernière génération avec option Tomosynthèse 3D/2D:
 - balayage 50° en coupes millimétriques pour une précision exceptionnelle
 - station de lecture haute résolution dédiée au dépistage et au diagnostic
- **IRM 1.5 T Philips** équipée d'une antenne spécifique pour les examens mammaires, offrant une résolution optimale.

Les examens pratiqués

- Mammographie /dépistage et diagnostic)
- Échographie mammaire
- Clichés en agrandissement ciblés
- Biopsie sous échographie (prélèvement de tissu mammaire)
- IRM mammaire



Pour plus d'infos et contact
Chemin Jean-Baptiste Vandelle
1290 Versoix
T +41 22 761 51 51
info-cive@magellan.ch
www.magellan.ch



1010753



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

1010532