

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



ÄRZTEKASSE



CAISSE DES MÉDECINS

CASSA DEI MEDICI

La Caisse des Médecins : une coopérative
professionnelle à vos côtés



Dr Michel Matter
Président de l'AMGe



Prof Jean-François Balavoine
Responsable de la commission
de l'économicité

Economicité : la réponse forte de l'AMGe

Notre association, selon ses propres statuts, se doit de défendre ses membres. Nous devons veiller à ce que les notions de responsabilité et de bonnes pratiques soient respectées par l'ensemble des médecins. Les attaques venant des assureurs-maladie sont souvent directes, déstabilisantes et intimidantes. Elles peuvent s'adresser à un médecin ou à une spécialité. L'AMGe a toujours préconisé le dialogue et a construit pour cela les relais entre ses membres et les assurances. Des groupes de spécialistes, on peut citer ici les gériatres et les psychiatres, sont interrogés sur leurs activités professionnelles et leurs prises en charge de la population. La surveillance étroite par les assureurs-maladie de notre travail repose sur la loi sur l'assurance-maladie (LAMal, art. 32, al. 1) qui stipule que les prestations doivent être efficaces, appropriées et économiques et qui donne le

plein pouvoir du controlling aux assurances. C'est l'intérêt du patient et le but du traitement qui prédominent et les soins doivent être efficaces et efficaces.

Notre association, sous l'égide du Professeur Jean-François Balavoine, a développé depuis maintenant plusieurs années une commission d'économicité pour défendre les médecins de l'AMGe. Dans notre canton, il n'existe pas de commission paritaire car nous avons toujours préféré être aux côtés des membres pointés du doigt par Santésuisse et refusé d'être juge et bourreau. Les assureurs-maladie transmettent à Santésuisse l'entièreté des données nécessaires aux calculs des différents indices, dont l'indice de régression. Celui-ci est reconnu comme une méthode de screening, mais il n'est pas, et cela est essentiel, une preuve de non-economicité. Environ 300 médecins à Genève

sont examinés par la méthode dite de régression chaque année. Le contrôle par les assureurs s'effectue via les chiffres globaux ou directement via une position tarifaire spécifique qui serait plus souvent utilisée par le médecin. Les actions sont connues: lettre d'information, puis de statuts, suivies si cela est nécessaire de rencontres pour pouvoir expliquer, chiffres à l'appui, les particularités de la pratique médicale et de la spécialité, et enfin l'action judiciaire si aucun accord n'a pu être établi préalablement.

Chaque médecin qui reçoit un courrier d'information de Santésuisse se sent brutalement attaqué, surveillé, épié. Il y a là un caractère inquisiteur qui peut être perçu comme infamant par de très nombreux collègues qui se sentent coupables avant même d'avoir pu apporter une réponse circonstanciée. C'est avant tout une question de maîtrise des

données, des statistiques qu'il faut posséder, analyser et comprendre. Le rôle de la commission d'économicité de l'AMGe est exactement dans la cible. Elle permet à tout membre de notre association d'avoir l'aide la plus utile et précise possible pour sa défense et les explications à fournir à Santésuisse. La boîte de réception des factures anonymisées des médecins genevois par NewIndex, l'appartenance au trust-center romand Ctésias ou encore la facturation via la Caisse des médecins, sont autant de données et de statistiques indispensables à une argumentation correcte et pertinente. La difficulté et la frustration viennent souvent du manque flagrant de connaissances médicales de Santésuisse et de l'absence de la réalité du terrain, c'est-à-dire des pratiques quotidiennes usuelles.

Soyons clairs, l'AMGe n'a pas et n'aura jamais vocation à défendre l'indéfendable. L'immense majorité de nos membres effectuent correctement et consciencieusement leur travail et leur facturation n'en est que le juste reflet. Le nombre de cas qui finissent devant les tribunaux est infime. Une sorte de « tout ça pour ça » avec lequel nous avons appris à vivre et à faire face. Notre association doit étoffer et développer sa commission de l'économicité. Nous avons déjà commencé l'amélioration de notre structure de défense des membres en demandant à Maître Marc Balavoine, spécialiste en droit

médical, de tenir une veille juridique qui puisse analyser les différentes jurisprudences dans ce domaine spécifique. Au-delà de cette veille juridique, sans doute unique en Suisse, c'est aussi l'impact direct de conseils juridiques pointus et ciblés qui sont capitaux pour une défense professionnelle de nos membres.

L'AMGe va développer sa propre approche statistique en se basant sur les données en notre possession en étroite collaboration avec NewIndex et Ctésias afin de pouvoir répondre point par point aux demandes intrusives qui touchent des problématiques liées à des spécialités ciblées par Santésuisse. Nous nous devons d'être proactifs dans la gestion de nos propres données et cela avec l'appui de médecins capables à la fois de maîtriser ces data et de développer des études qui puissent répondre aux diverses problématiques posées par le questionnement des assureurs. Cet axe de défense doit devenir de plus en plus pertinent.

Ces dernières années, les pratiques des psychiatres, en raison d'un nombre de consultations par semaine vu par les assureurs comme trop important dans un contexte pourtant d'hospitalisations moins fréquentes qu'Outre-Sarine, et des gériatres, avec des visites à domicile de cas polymorbides, complexes où l'impact d'une atteinte cognitive est légion, ont été la cible des assurances. L'idée, véhiculée par notre

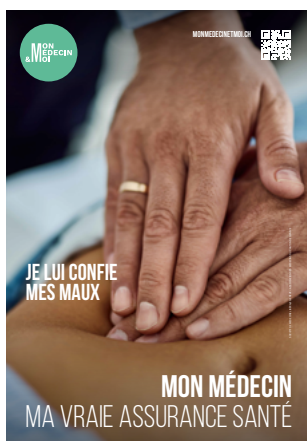
collègue Omar Kherad, de développer à Genève une approche globale liée à la qualité des soins, c'est-à-dire répondant à des indicateurs et des critères précis basés sur la Smarter medicine (www.smartermedicine.ch) qui s'attaque directement aux traitements médicaux excessifs ou inappropriés et qui concerne toutes les spécialités médicales et chirurgicales (listes Top 5 de recommandations de bonnes pratiques), s'inscrit parfaitement dans une défense scientifiquement solide et basée sur des chiffres actés par notre profession.

L'AMGe est au service de ses membres et l'approche personnalisée au niveau de la commission de l'économicité est privilégiée. Elle doit se développer avec des indicateurs précis qui puissent répondre factuellement et rapidement aux demandes justifiées ou non des assureurs. La structure de l'AMGe mise en place alliant conseils et veille juridiques, analyses des données individuelles, miroir du cabinet, outils statistiques locaux, régionaux et nationaux, indicateurs de qualité et de bonnes pratiques, prise en charge personnalisée et défense des groupes de spécialités dans leurs habitudes quotidiennes avec l'aide des experts de ces mêmes sociétés de discipline est le constat d'un travail conséquent et hautement responsable effectué par notre association.

L'AMGe est là pour vous. ●

« Mon Médecin et Moi »

une campagne pour défendre la relation médecin/patient au cœur des soins.



Depuis le 10 novembre, les Genevois découvrent la campagne « Mon Médecin et Moi », initiée par la SMLG et soutenue par l'AMGe.

Son message est simple, mais essentiel : remettre le médecin au centre du parcours de santé. À travers des visuels forts et des messages clairs, la campagne met en lumière ce qui fait la richesse de la médecine libérale : la liberté du choix du médecin, la qualité et la continuité des soins. Dans un contexte où la pression administrative fragilise la pratique médicale, rappeler la mission du médecin – soigner avant tout – est devenu

indispensable. Le but est aussi de tuer les idées reçues propagées par les détracteurs. La campagne se déploie à travers tout le canton : affiches F12 et F200, tram et bus, annonces digitales dans La Tribune de Genève et Le Temps, et présence active sur les réseaux sociaux (posts sponsorisés sur Genève).

Le site monmedecinnetmoi.ch présente l'ensemble des contenus, visuels et chiffres-clés, tandis qu'une deuxième vague d'affichage suivra dès le 26 janvier 2026. Les porte-paroles officiels, le Dr Johannes Hauser et M. Antonio Pizzoferrato, incarnent une voix unie et responsable pour la profession. Des

affichettes et flyers sont également distribués à tous les membres de l'AMGe afin que la campagne puisse être relayée dans chaque cabinet.

Parce que, quand les médecins peuvent exercer librement et dans de bonnes conditions, ce sont les patients qui en bénéficient directement, cette initiative rappelle que la santé repose avant tout sur la relation humaine entre un patient et son médecin. ●



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

12 MOIS 12 ACTIONS POUR UNE MÉDECINE EFFICIENTE ET DURABLE

PAS DE RADIOGRAPHIE DE ROUTINE PRÉOPÉRATOIRE

La radiographie est une technique d'imagerie non invasive utilisant les rayons X, utile en médecine interne générale ou aux urgences, notamment pour confirmer la présence d'une pneumonie. Elle n'est cependant pas recommandée systématiquement avant une intervention chirurgicale.



Ce que disent les recommandations

La prescription systématique d'une radio de thorax pré-interventionnelle pour une chirurgie n'est pas recommandée, quel que soit l'âge du patient, sauf en présence d'une pathologie cardiaque ou pulmonaire évolutive ou aiguë, suspectée ou connue (2-3, 6). Plus précisément en cas de :

- **Signes ou symptômes évocateurs d'une atteinte cardiaque ou pulmonaire**, tels que douleur thoracique, toux, essoufflement, œdèmes des chevilles, fièvre.
- **Maladie cardiaque ou pulmonaire connue** (infarctus récent ou infection respiratoire persistante), avec ou sans symptômes, si aucune radio de thorax n'a été réalisée au cours des six derniers mois.
- **Intervention cardio-thoracique**, si aucune radio de thorax n'a été réalisée au cours des six derniers mois.

Illustration: Agence Les Deux Dandys / Texte: Marie Méan



Contexte

Comme d'autres sociétés savantes^{1,2}, la Société suisse de médecine interne générale recommande de ne pas faire une radio de thorax dans le bilan préopératoire en l'absence de suspicion de pathologie thoracique (BPCO, scoliose, asthme...), car celle-ci n'influence le plus souvent pas la prise en charge et l'évolution du patient en l'absence de symptômes. Il n'existe pas non plus de recommandation pour un scanner thoracique de routine.



Quelques chiffres

DANS MOINS DE 1% DES CAS³

une radio de thorax conduit à modifier la prise en charge péri-opératoire des patients.

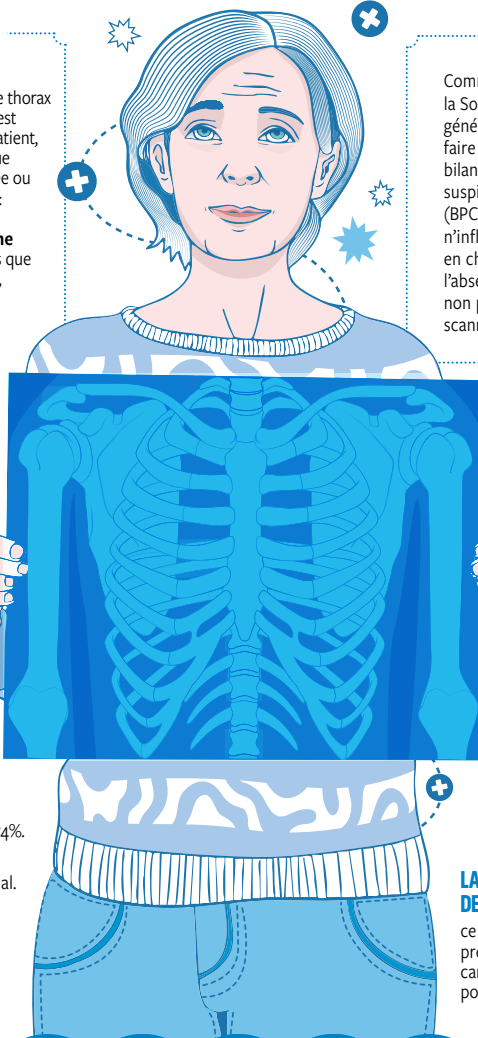
493'000 RADIOS DU THORAX ONT ÉTÉ EFFECTUÉES EN 2023 EN SUISSE

(coût : CHF 14 millions), soit une baisse de 27% depuis 2013. Cela est probablement dû à une augmentation de l'utilisation du scanner thoracique qui a triplé en 10 ans (335'000 examens pour un coût de CHF 60 millions)⁴.



Bénéfices et risques du dépistage

- Le taux d'anomalies retrouvées à la radio de thorax est d'environ 14 %.
- La capacité d'une radio de thorax à ne pas manquer une maladie (limiter les faux négatifs) est de 52%.
- La capacité à ne détecter que les vraies maladies (limiter les faux positifs) est de 74%.
- Une radio de thorax faite de routine peut montrer quelque chose qui semble anormal. Des examens complémentaires sont alors nécessaires pour écarter un problème grave, ce qui peut provoquer de l'anxiété et exposer aux risques liés à ces autres examens.



LA VALEUR PRÉDICTIVE POSITIVE DE LA RADIO DE THORAX EST DE 5%,

ce qui rend cet examen inutile pour prédire la survenue de complications cardiaques ou pulmonaires postopératoires³.



RÉFÉRENCES

1. American College of Radiology, Royal College of Radiologists 2008

2. Haute autorité de santé, France 2009 : www.has-sante.fr/upload/attach/application/pdf/2009-03/rapport_rx_thorax.pdf

3. Société française d'anesthésie et de réanimation 2015 : https://sfar.org/wp-content/uploads/2015/01/AFAR_Examens-preinterventionnels-systematiques.pdf

4. Atlas des services de Santé : Indicateurs | Atlas des services de santé | Obsan

5. Choosing Wisely Canada : choosingwiselycanada.org/wp-content/uploads/2017/06/Chest-X-rays-EN.pdf

6. www.nice.org.uk/guidance/ng45/resources/colour-poster-pdf-2423856189

smartermedicine
Choosing Wisely Switzerland

REVUE
MÉDICALE
SUISSE

planète
santé

Le citoyen, le grand oublié du système de santé?

BRIGITTE RORIVE

Rev Med Suisse 2025; 21: 1804-5 | DOI: 10.53738/REVMED.2025.21.934.47763

Notre système de santé coûte plus de 90 milliards de CHF par année, ce qui en fait le plus cher au monde par habitant.

Il faut se rendre à l'évidence, la répartition de ces importantes ressources financières découle principalement de la confrontation d'intérêts contradictoires entre différents lobbies et groupes constitués. L'impuissance des politiques à maîtriser les coûts, en augmentation constante, du système tient notamment à la place prépondérante laissée en la matière aux partenaires tarifaires, prestataires de soins d'un côté et financeurs de l'autre. Ainsi, assureurs-maladie, établissements de soins, entreprises pharmaceutiques, industries de la santé et monde médical débattent des priorités du système de santé sans pour autant que le citoyen soit sollicité ou impliqué dans les décisions.

Cet état de fait peut paraître étonnant dans un pays qui a complété son système de démocratie représentative par les dispositifs de démocratie directe que sont le référendum et l'initiative populaire.

Dans les faits pourtant, nos représentants dans les différentes chambres semblent gagnés par l'inertie ou la sclérose quand il est question d'aborder les problématiques de fond de notre système de santé et d'enclencher des réformes. Si le Parlement fédéral a été la plateforme de débat et de formalisation du modèle de financement uniforme des soins (projet EFAS), il aura fallu trois législatures, soit plus de 14 ans, pour faire aboutir cette réforme et mettre d'accord cantons et assureurs-maladie qui s'affrontent régulièrement pour déterminer la part des coûts que chacun est prêt à financer.

À bien y regarder, cette situation ne manque pas de poser question. Ces institutions ne sont-elles pas que des intermédiaires, des formes de «percepteurs» des financements nécessaires au fonctionnement du système de santé? N'a-t-on pas tendance à oublier ou à occulter le fait que les assureurs-maladie tirent leurs revenus

des primes qu'ils perçoivent, et l'État de l'impôt et, qu'en finalité, c'est le citoyen qui, en très grande partie, finance le système?

Or, ce dernier a très peu voix au chapitre quand il est question des coûts de la santé et des réformes entreprises ou imaginées pour les contenir. Certes, il est sporadiquement appelé à se prononcer sur des initiatives en la matière, mais il faut reconnaître qu'elles émanent essentiellement de groupes d'intérêts ou de partis politiques.

Ainsi, l'instrumentalisation grandissante de ce dispositif nous écarte progressivement de la démocratie directe dans un domaine pourtant hautement d'intérêt général qui est celui de la santé et le citoyen ne se voit que très rarement proposer des lieux de débat, des occasions d'exprimer ses attentes en matière de santé et de soins.

Après avoir, ou tenté d'avoir, réhabilité la figure du patient dans le système de soins,¹ le temps n'est-il pas venu de réhabiliter la figure du citoyen dans le système de santé?

Les dispositifs de participation citoyenne, testés depuis plusieurs années chez nos voisins, sont-ils un moyen d'entamer cette réhabilitation?

Quels en sont les atouts et les limites? Que peut-on apprendre des expériences étrangères à cet égard?

Pour la première fois en Suisse romande, un forum citoyen réunissant 25 personnes a été organisé en 2024 sur le thème du système de santé par l'association Demoscan, spécialisée dans la mise en place d'assemblées citoyennes, avec le soutien de la Fondation Leenaards. Ce groupe représentatif de la population romande en matière de genre, génération, provenance géographique ou encore statut socioéconomique est issu d'un pool beaucoup plus large de citoyens ayant déjà participé à des démarches similaires dans leur canton et tirés au sort sur des listes d'état civil par Demoscan.

À l'issue de ce processus, un manifeste

citoyen a été élaboré proposant de nombreuses pistes pour transformer notre système de santé: revalorisation du rôle du médecin généraliste, renforcement de la prévention et de la promotion de la santé, adaptation du cadre législatif pour privilégier la santé plutôt que les seuls soins curatifs, etc. Il a été rendu public et fait l'objet de plusieurs mises en débat.²

Cette démarche a été suivie par une assemblée citoyenne nationale portant sur la question des coûts de la santé. Ces initiatives peuvent-elles poser les premiers jalons d'une transformation démocratique du système de santé, visant à le rendre plus équitable, durable et favorable à la qualité de vie, comme le souhaitent les citoyens qui ont contribué au forum romand? La question prend tout son sens dans un système de démocratie directe qui invite régulièrement le citoyen à s'exprimer au travers de votations.

Qu'ils s'exercent sous forme d'assemblée, de forum ou d'atelier, les dispositifs de participation citoyenne ont pour objectif de mettre en débat démocratique des sujets de société, d'appuyer et de documenter le débat grâce à une information factuelle et une explicitation transparente des enjeux en présence, enfin de favoriser l'émergence de décisions collégiales.

Au contraire de ces dispositifs, notre système de démocratie directe repose sur un débat dont le citoyen est absent ou simple spectateur. Ce débat se déroule essentiellement au travers des médias qui répercutent les discours construits des différentes parties prenantes et font intervenir des experts qui sortent rarement ou prudemment de ces construits. Force est de constater l'absence d'espaces ou de lieux permettant un positionnement éclairé, une légitimation et une compréhension des diverses positions.

Absence de lieux de débat, certes, mais également absence de lieux d'acquisition de connaissances, pourtant bien nécessaires à la fabrique progressive d'une opinion basée non seulement sur des faits et leur compréhension, mais également sur leur mise en controverse. Dans ce vide, les

NOTRE SYSTÈME DE DÉMOCRATIE DIRECTE REPOSE SUR UN DÉBAT DONT LE CITOYEN EST ABSENT

votations restent alors largement influencées par les sympathies, les appartenances ou les consignes politiques.

Et c'est bien ce qu'essaient de rétablir les démarches de participation citoyenne en visant l'établissement d'espaces ouverts, pluriels et dépolitisés où la polémique et la divergence peuvent s'exprimer dans le respect et l'écoute de l'autre. Cette ambition repose sur des capacités de médiation et de facilitation des échanges qui ne s'improvisent pas. Mis dans des conditions de dialogue, de délibération, de partage et d'acquisition de connaissances, les citoyens construisent progressivement un consensus éclairé, une décision partagée et collégiale sur les modalités de réponse aux enjeux sociaux mis en débat, avec parfois des résultats surprenants, allant bien au-delà des dessins politiques.¹

Si ces démarches sont séduisantes, elles portent aussi leurs limites dont il s'agit d'être conscient.

Dans un ouvrage au titre provocateur,⁴ les auteurs français Manon Loisel et Nicolas Rio posent les questions suivantes: que produisent les dispositifs de démocratie participative? Démocratisent-ils l'action publique? En réponse, l'auteur insiste sur la réceptivité par les pouvoirs publics et les institutions du message envoyé par les dispositifs de participation citoyenne, au risque qu'il demeure lettre morte. Il appelle également à renverser la question démocratique et invite à se focaliser sur la surdité des pouvoirs publics plutôt que sur le seul déficit d'expression citoyenne. Probablement faut-il agir de concert sur les deux plans: celui du mutisme et celui de la surdité.

À défaut d'efficacité, ces dispositifs risquent de s'étioler et de générer de la frustration auprès des citoyens participants. À cet égard, une explicitation claire

des attendus de la démarche et des engagements vis-à-vis des résultats produits est essentielle. Bien que la philanthropie ne puisse pas se substituer aux pouvoirs publics dans la mise en œuvre de préconisations ou recommandations citoyennes, elle peut agir comme relais par une mise en visibilité du processus démocratique et de ses résultats.

Au côté de l'efficacité, la question de la représentativité, également abordée par Loisel et Rio, apparaît comme essentielle. Comment éviter en effet de retrouver «toujours les mêmes» catégories de citoyens dans ces dispositifs, comment y intégrer les populations vulnérables, à la marge de notre société, le plus souvent «invisibles» et «inaudibles». L'approche de ces populations par des acteurs intermédiaires, le travail social de proximité ou encore le recours au témoignage sont autant de modalités d'engagement de ces populations. Encore faut-il que les groupes «en autorité» leur laissent de la place et les intègrent réellement dans les débats.

Reste enfin le risque de l'instrumentalisation du processus, celui de la légitimation de l'action publique par la participation citoyenne sans réelle volonté de changer.

Ce risque renvoie à la question plus large de l'encastrement de la participation citoyenne dans le contexte institutionnel global, de l'imbrication, de la mise en dialogue, entre d'une part, le pouvoir constitué par les grandes institutions publiques et, d'autre part, cette forme de contre-pouvoir que peut être la démocratie participative. La mise en débat des résultats des dispositifs citoyens, l'élaboration d'outils à destination des élus, la participation organisée aux grandes tables de négociation sont des moyens d'action visant à mitiger ce risque de récupération.

Bien que bénéficiant d'un système de démocratie directe que beaucoup nous envie, le citoyen suisse est dans les faits absent des lieux de débat et de décision relatifs au système de santé, alors que paradoxalement il en supporte les coûts et devrait en être le principal bénéficiaire.

Profondément influencé et dominé par les lobbys, notre système de santé ne laisse pas de place à la figure du citoyen qu'il ne considère pas comme une partie prenante. Entre autres parce que c'est la fonction des démocraties représentative et directe d'exprimer la voix du citoyen.

Pour autant qu'on en reconnaisse et anticipe les limites, les dispositifs de démocratie participative peuvent contribuer à donner une place active au citoyen dans les processus par lesquels se dessinent et se décident les évolutions du système.

Les démarches et outils qu'ils proposent doivent alors être appréhendés comme des compléments et non comme des substituts à notre arsenal démocratique.

1 Pierron JP. Une nouvelle figure du patient? Les transformations contemporaines de la relation de soins. Arcueil: Revue Sciences sociales et santé, 2007, pp 43-66

2 Manifeste du forum citoyen sur le système de santé, septembre 2024: www.leenaards.ch/forum-et-manifeste-citoyen-sur-le-systeme-de-sante/

3 Les résultats de l'assemblée citoyenne 2025: www.samw.ch/dam/jcr:0efc5445-8d4b-4fbf-b11a-34240ed0d4cd/resultats_assemblee_citoyenne_2025.pdf

4 Loisel M. et Rio N. Pour en finir avec la démocratie participative. Edition Textuel collection Petite encyclopédie critique, janvier 2024

BRIGITTE RORIVE

Présidente du conseil d'administration de l'hôpital Riviera Chablais Vaud-Valais et du conseil de la Fondation Leenaards
brigitte.rorivefeytmans@gmail.com



Articles publiés
sous la direction de

JEAN-LUC RENY

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

Leadership en médecine: de quoi parle-t-on?

Dr PIERRE-YVES JEANNET*, Dre AMANDINE BERNER et Pr JEAN-LUC RENY

Rev Med Suisse 2025; 21: 1871-2 | DOI: 10.53738/REVMED.2025.21.936.47975

Warren Bennis, souvent surnommé le «gourou» du Leadership disait: «D'une certaine manière le Leadership^a est comme la beauté, il est difficile à définir, mais vous le reconnaissez quand vous le voyez.»¹ On est tous convaincu de l'importance du Leadership sous une forme ou une autre, mais on peine à trouver une définition consensuelle, les experts eux-mêmes n'étant pas toujours d'accord. En français, aucune traduction satisfaisante n'existe et on est réduit à devoir utiliser le terme en anglais.

Le Leadership est un sujet devenu très tendance! On entend parler des différents styles de Leadership, équilibré, fluide ou encore du Leadership du laissez-faire pour les partisans du moindre effort et on peut même trouver facilement sur la toile les dix qualités d'un vrai leader. De plus, la distinction entre management et leadership n'est pas toujours claire alors qu'ils requièrent des compétences fondamentalement différentes, un bon manager n'est pas nécessairement un bon leader et inversement. En médecine, le Leadership a longtemps été, et l'est encore, basé sur l'expertise: le leader-expert qui montre, apprend et qui s'apparente à un modèle de rôle en pratique médicale pour les membres de son équipe. Toutefois, ce modèle de leader-expert ne suffit plus, l'évolution de la pratique de la médecine et de ses exigences requiert l'exercice d'un Leadership qui va au-delà. Mais de quoi parle-t-on au juste? Certaines croyances persistent: le Leadership est une compétence innée ou instinctive, un leader doit être charismatique ou visionnaire, avoir de l'assurance et s'exprimer avec aisance... Par ailleurs, un bon Leadership ne va pas nécessairement de pair avec la fonction, le titre ou la position hiérarchique.

UN VÉRITABLE
LEADER DOIT
ÊTRE CAPABLE DE
RECONNAÎTRE
SON INCERTITUDE,
SA VULNÉRABILITÉ

Bonne nouvelle, il existe heureusement des éléments consensuels importants sans lesquels un véritable Leadership ne peut être présent tels que: l'authenticité, l'intégrité, l'écoute ou encore l'assertivité (affirmer son point de vue sans agressivité). L'authenticité et l'intégrité sont des piliers du Leadership qui méritent d'être explicités.

Que signifie être authentique? Dans les situations requérant du Leadership, nous utilisons des stratégies apprises au travers de nos expériences de vie ou lors de diverses formations. Elles fonctionnent souvent bien, elles nous ont en tout cas permis d'atteindre nombre de nos objectifs. Mais immanquablement, elles sont souvent insuffisantes ou inadaptées face à des situations nouvelles ou inattendues. La tendance spontanée pour certains sera de se mettre sur la défensive, de masquer son désarroi et son incompetence en faisant semblant d'avoir la situation en main (fake it until you make it!). D'autres combleront leur embarras par un excès d'autorité, d'intimidation ou de manipulation. Souvent inconsciente, cette manière d'être et de faire est fondamentalement inauthentique, ce qui n'échappe généralement pas à nos interlocuteurs!

Interrogez les étudiants ou les internes sur l'authenticité et les compétences de Leadership de leurs enseignants ou superviseurs, leurs réponses seront éclairantes. Un véritable leader doit être capable de reconnaître son incertitude, sa vulnérabilité, d'avoir eu tort, d'avoir commis des erreurs et d'avoir été inauthentique. Un bon leader doit donc être capable d'être authentique à propos de son inauthenticité. Cette capacité requiert une connaissance de soi et une forme de courage peu courantes, mais elle suscitera admiration et respect.

Qu'en est-il de l'intégrité? On s'accordera aisément que l'intégrité est une qualité fondamentale du leader. Toutefois, réduire

Bibliographie

¹
Bennis W. On Becoming
a Leader:
ReadHowYouWant.com,
Limited; 2010.

* Chargé de Cours EPFL et UNIL, Lausanne.

^a Pour faciliter la lecture du document, le masculin générique est
utilisé pour désigner les deux sexes.

Bibliographie

2

Jensen MC. Integrity: without it nothing works. *rotman magazine: the magazine of the Rotman school of management*. Fall 2009, revised April 6, 2014 and January 10, 2017:16-20.

3

Zaffron S, Logan D. The three laws of performance: rewriting the future of your organization and your life. John Wiley & Sons, Incorporated; 2009.

4

Souba W. The phenomenology of leadership. *Open Journal of Leadership*. 2014;3:77-105.

5

Jensen MC, Erhard W, Granger KL. Creating leaders: an ontological/phenomenological model. *The handbook for teaching leadership: knowing, doing, and being*: Scott Snook, Nitin Nohria, and Rakesh Khurana. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 2012.

l'intégrité à une simple vertu est une vision limitée.² La première définition de l'intégrité du Larousse est la suivante: «État de quelque chose qui a toutes ses parties, qui n'a subi aucune diminution, aucun retranchement». Lorsque la roue d'un vélo est intègre, entière, complète, elle fonctionnera de manière optimale. S'il lui manque un rayon, elle n'est plus intègre, car même si elle continue à fonctionner, sa performance est réduite. Concernant l'intégrité d'un individu, Michael Jensen, professeur à la Harvard Business School, a écrit: «Un individu est entier et complet lorsque sa parole est entière et complète, et sa parole est entière et complète lorsqu'il l'honore. Nous pouvons honorer notre parole de deux manières: premièrement, en la tenant et en temps voulu; deuxièmement, dès que nous savons que nous ne la tiendrons pas, nous informons toutes les personnes concernées qui comptent sur nous pour la tenir et réparer les dégâts et le tort que nous avons causés en ne tenant pas notre parole. Ce faisant, nous honorons notre parole même si nous ne l'avons pas tenue, et nous avons préservé notre intégrité».² On imagine aisément l'impact potentiel de ce modèle sur l'efficacité, la productivité et la performance d'un individu, d'un service ou d'une entreprise.³ Rajoutons qu'étant donné que le Leadership commence par la capacité de se «leader» soi-même, un leader devra être capable d'honorer sa parole avec lui-même pour être une personne entière et complète (intègre).^{4,5}

En pratique, comment peut-on faire émerger nos qualités de leader ou comment peut-on

enseigner efficacement le Leadership? Enseigner les particularités, les vertus, les styles ou les caractéristiques de personnalité, ou ce que les leaders remarquables ont fait dans telle ou telle situation ne donne pas véritablement accès à la capacité d'être un leader.^{4,5} Même un leader hors du commun peut parler de son expérience et de sa manière de faire sans réaliser que le langage qu'il utilise ne permet pas à son interlocuteur d'accéder à cette manière d'être et de faire. Les approches transformationnelles et ontologiques se consacrant à l'étude de la nature essentielle du Leadership, à ce que cela signifie d'être un leader ont le potentiel de donner accès et à faire émerger ces qualités de véritable leader.^{1,5}

**LE LEADERSHIP
EST ESSENTIEL
POUR SOI-MÊME
ET POUR UNE
MEILLEURE
EFFICACITÉ DANS
NOS ACTIVITÉS
MÉDICALES**

En conclusion, le Leadership est essentiel pour soi-même, tant au niveau personnel que professionnel, et pour une meilleure efficacité dans nos activités médicales. On ne se décrète pas leader, mais nous avons tous ce potentiel qui ne demande qu'à être découvert avec une approche permettant cette expression spontanée et naturelle de notre propre Leadership.

Conflit d'intérêts: P.-Y. Jeannet est enseignant bénévole pour la Foundation for Ontological Leadership Education, organisation caritative engagée dans l'enseignement du Leadership dans le milieu académique.



Articles publiés
sous la direction de

**MARTINE
JACOT-
GUILLARMOD**

Service de
gynécologie
Centre hospitalier
universitaire vaudois
Lausanne

**BEGOÑA MARTINEZ
DE TEJADA**

Service d'obstétrique
Hôpitaux
universitaires de
Genève et Faculté de
médecine
Université de Genève

Bibliographie

1
—
Epstein E, et al. International multicenter validation of AI-driven ultrasound detection of ovarian cancer. *Nat Med.* 2025;31:189-96.

2
—
Volinsky-Fremont S, et al. Prediction of recurrence risk in endometrial cancer with multimodal deep learning. *Nat Med.* 2024;30:1962-73.

L'intelligence artificielle va-t-elle remplacer les gynécologues-obstétricien-ne-s ?

Pr DAVID BAUD et Dre MARTINE JACOT-GUILLARMOD

Rev Med Suisse 2025; 21: 1811-2 | DOI : 10.53738/REVMED.2025.21.935.47865

La question dérange. Elle amuse certains, inquiète d'autres. Mais elle est désormais légitime. Il y a encore peu, la question semblait relever de la science-fiction. Aujourd'hui, elle mérite d'être posée. L'intelligence artificielle (IA) n'est plus un gadget de congrès: elle détecte des cancers ovariens à partir d'images échographiques avec une précision supérieure à celle de spécialistes chevronnés,¹ prédit le risque de récurrence dans le cancer de l'endomètre à partir d'une lame histologique,² identifie une trisomie 21 au premier trimestre sur la seule image d'un profil fœtal,³ ou estime l'âge gestationnel à partir de balayages échographiques réalisés par des opérateurs novices.⁴ Elle le fait jour et nuit, sans fatigue, sans biais émotionnel... du moins en apparence.

Quand la machine dépasse l'humain

Les preuves s'accumulent. Une étude multicentrique internationale menée dans 20 centres a montré qu'un modèle d'IA surpassait systématiquement les experts en échographie ovarienne, réduisant les faux négatifs et positifs.¹ En pathologie gynécologique, le modèle HECTOR combine des données histologiques et cliniques pour prédire le risque de récurrence d'un cancer de l'endomètre mieux que les standards actuels.²

En périnatal, un dispositif portable équipé d'un algorithme embarqué permet à des non-spécialistes d'estimer l'âge gestationnel avec une précision équivalente à celle de professionnels expérimentés.⁴ Dans le dépistage prénatal, l'IA atteint une aire sous la courbe (AUC) de 0,95 pour détecter une trisomie 21 au premier trimestre, équivalant ou surpassant

la combinaison habituelle de la clarté nucale, biochimie et de l'âge maternel.³

L'IA s'invite même dans nos échanges avec les patientes: intégrée dans les systèmes de messagerie sécurisée des dossiers électroniques, elle rédige des réponses initiales, améliorant leur empathie perçue et leur longueur, même si le gain de temps reste limité.⁵

**L'IA S'INVITE
MÊME DANS NOS
ÉCHANGES AVEC
LES PATIENTES**

De l'assistant invisible au copilote clinique

La littérature récente montre que l'IA n'est pas seulement un outil de mesure ou de classification. Elle prédit: risque de prééclampsie à partir de données cliniques et Doppler,⁶ probabilité de succès d'un accouchement par voie basse après césarienne,⁷ ou sélectionne les embryons à plus fort potentiel d'implantation en fécondation in vitro.⁸ Dans tous ces domaines, la combinaison clinicien + IA dépasse l'un ou l'autre seul.^{1,3}

Limites et angles morts

Ces performances spectaculaires masquent des failles: biais liés à la représentativité des données, hétérogénéité des protocoles d'imagerie, chute des performances hors des conditions de validation, opacité des modèles. Peu d'algorithmes ont franchi l'étape cruciale des essais prospectifs multicentriques.¹ Et aucun ne sait, encore, accompagner un couple lors d'une annonce difficile, arbitrer un dilemme éthique ou intégrer les valeurs personnelles dans une décision médicale. Pire encore, l'IA n'arrive toujours pas à faire le plan de garde de nos services (j'ai pourtant contacté les meilleurs du domaine).

Bibliographie

3
—
Zhang L, et al. Development and validation of a deep learning model to screen for trisomy 21 during the first trimester from nuchal ultrasonographic images. *JAMA Netw Open.* 2022;5(6):e2217854.

4
—
Lee J, et al. Evaluation of a deep learning-based algorithm for estimating gestational age using blind sweeps. *Lancet Digit Health.* 2023;5:e693-701.

5
—
Tai-Seale M, et al. AI-generated draft replies integrated into health records and physicians' electronic communication. *JAMA Netw Open.* 2024;7(4):e246565.

6
—
Naghdi M, et al. Prediction of preeclampsia using deep learning models based on clinical and imaging data. *Lancet Digit Health.* 2025;7:e71-82.

7
—
Gimovsky AC, et al. Machine learning for prediction of vaginal birth after cesarean delivery. *JAMA Netw Open.* 2024;7(6):e2418695.

8
—
Khosravi P, et al. Deep learning enables robust assessment and selection of human blastocysts after in vitro fertilization. *NPJ Digit Med.* 2019 Apr 4:2:21. doi: 10.1038/s41746-019-0096-y

Extrait de la Revue médicale suisse 2/2

REVUE MÉDICALE SUISSE

Remplacer ou augmenter?

La question n'est peut-être pas si l'IA remplacera les gynécologues-obstétriciens, mais qui saura l'utiliser au mieux. Elle triera, mesurera, prédira; le clinicien validera, expliquera, décidera. Les praticiens qui sauront intégrer ces outils dans leur pratique deviendront des médecins augmentés. Les autres risquent de voir leur rôle se réduire à celui de simples validateurs d'écran.

Provocation finale

Les machines ne prendront probablement pas votre poste demain matin. Mais elles apprennent vite. Très vite. Le danger n'est pas que l'IA remplace les gynécologues-obstétriciens, mais que ceux-ci soient remplacés par ceux qui sauront mieux travailler avec elle.



Articles publiés
sous la direction de

STÉPHANE EMONET

GAUD CATHO

Service des maladies
infectieuses
Institut central des
hôpitaux
Hôpital du Valais
Sion

Médecine: une vocation à bout de souffle

Pr STÉPHANE EMONET

Rev Med Suisse 2025; 21: 1767-8 | DOI : 10.53738/REVMED.2025.21.934.47920

L'exercice de la médecine est un métier difficile et contraignant, mais également passionnant et épanouissant. Le médecin qui peut pratiquer cet art au plus proche de ses valeurs s'identifie en grande partie à son métier.¹ Il ne fait pas de la médecine, il est médecin... Il parle alors d'une véritable vocation, entretenue par des partages intenses et gratifiants avec le patient, ses proches et les collègues. Il en découle un enthousiasme authentique dans la relation à autrui, un métier «qui fait du sens» et justifie un investissement professionnel hors du commun.

Pratiquer la médecine, ce n'est pas traiter des maladies mais bien écouter, ressentir, chercher à comprendre le patient, ses attentes, son contexte de vie, afin d'utiliser ensuite les connaissances médicales, les outils diagnostiques et thérapeutiques, pour lui permettre de retrouver autant que possible «sa» santé physique ou mentale, celle qui fait du sens pour lui.² On est bien loin d'une simple accumulation de connaissances et de technicité permettant de soigner des maladies, compétences dont l'IA et ses humanoïdes seront bientôt mieux dotées que nous.

À l'hôpital comme au cabinet, le médecin doit être profondément humain. C'est parce qu'il se sent réellement concerné par ses patients qu'il favorise une relation de soin basée sur la personne plutôt que la maladie, tout en assurant une qualité de prise en charge excellente grâce à l'accumulation d'expérience et de connaissances à jour. En effet, une telle implication, si «le système» le permet, signifie plus de temps à essayer de comprendre les symptômes du patient et leur origine, à revoir les images du scanner avec le radiologue, à rechercher des évidences

récentes dans la littérature ou solliciter des avis spécialisés pour le diagnostic et le traitement.

Les médecins doivent faire preuve d'énormément de résilience pour pouvoir faire face à la souffrance de leurs patients, à l'incertitude diagnostique et thérapeutique, ou simplement à l'accompagnement d'une personne en fin de vie. Le patient, lui, doit pouvoir faire confiance à son médecin dans un respect mutuel profond. Il compte sur des compétences médicales irréfutables, une grande

implication, de la compassion et beaucoup de finesse dans l'interaction.

Et pourtant!

Que favorise le système actuel, dans lequel les hôpitaux et les médecins sont sous contrainte budgétaire, administrative et temporelle continue?

À l'hôpital, la pression des DRG favorise des retours à domicile prématurés impliquant simplement plus de souffrance pour le patient et sa famille.³ Le sous-effectif associé au manque de temps et à une charge administrative insensée oblige le médecin malgré lui à limiter son implication auprès du patient. Fatalement, il se retrouve soit désabusé (un cas de plus), soit résigné (perte de sens et abandon de la profession),⁴ soit simplement épuisé (burnout) de vouloir continuer à s'impliquer à fond dans un contexte qui ne le permet pas.^{5,6}

Au cabinet, la relation médecin-malade se retrouve étouffée derrière une bureaucratie toujours plus lourde de documentation et de justification envers les assurances. Elle souffre des maux de la société: on veut des

Bibliographie

- 1 – Sarraf-Yazdi S, Goh S, Krishna L. Conceptualizing professional identity formation in medicine. *Acad Med* 2024;99:343.
- 2 – Stewart M, Brown JB, Donner A, et al. The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract* 2000; 49: 796-804.
- 3 – Kone I, Zimmermann B, Wangmo T, et al. Hospital discharge of patients with ongoing care needs: a cross-sectional study using data from a city hospital under swissdr. *Swiss Med Wkly* 2018;148:w14575.
- 4 – Deschamps P, Ferreiro D, Halimi F, et al. Pourquoi quitter la médecine? La pénurie de médecins sous un autre angle. *Rev Med Suisse* 2018;14:591-2. DOI: 10.53738/REVMED.2018.14.598.0591
- 5 – Gilles I, Le Saux C, Zuercher E, et al. Work experiences of healthcare professionals in a shortage context: Analysis of open-ended comments in a swiss cohort (scohpica). *BMC Health Serv Res* 2025;25:520.
- 6 – Luthy C, Fritsch E and Gusberti FR. Burnout des médecins: un territoire complexe et encore tabou. *Rev Med Suisse* 2020;16:2080. DOI: 10.53738/REVMED.2020.16.712.2080

Extrait de la Revue médicale suisse 2/2

REVUE MÉDICALE SUISSE

Bibliographie

7

— Rothberg MB, Class J, Bishop TF, et al. The cost of defensive medicine on 3 hospital medicine services. *JAMA Intern Med* 2014; 174:1867-8.

8

— Kherad O, Peiffer-Smadja N, Karlafti L, et al. The challenge of implementing less is more medicine: A european perspective. *Eur J Intern Med* 2020; 76:1-7.

solutions immédiates et des garanties peu compatibles avec la complexité du corps humain, on «consomme» la médecine en comparant les prestations. Plutôt que de la confiance, on trouve parfois de la défiance. Ceci favorise une médecine défensive dans laquelle le médecin, tant hospitalier qu'en ambulatoire, fait recours à un test diagnostique ou un traitement inutile pour se protéger, ce qui augmente les coûts⁷ tout en diminuant la qualité des soins. Heureusement l'initiative «less is more»⁸ continue

de progresser. À lire dans ce numéro: «Éviter les examens et traitements inutiles en infectiologie de premier recours».

Le tableau dépeint ici est bien négatif. Mais quand on voit à quel point les médecins sont décriés dans la crise actuelle du système de santé suisse, il semble nécessaire de rappeler ce qui est au cœur de ce métier: la relation médecin-malade, et ce qui est en jeu: une vocation à bout de souffle!



Articles publiés
sous la direction de

PATRIZIA D'AMELIO

Service de gériatrie
et réadaptation
gériatrique
Département de
médecine
Centre hospitalier
universitaire vaudois
Lausanne

CHRISTOPHE GRAF

Service de gériatrie
et de réadaptation
Département de
réadaptation et
gériatrie
Hôpitaux
universitaires de
Genève

L'hospitalisation à domicile: soigner autrement, sans renoncer à la qualité

Pre PATRIZIA D'AMELIO, Pr CHRISTOPHE GRAF et Pre DINA ZEKRY

Rev Med Suisse 2025; 21: 1915 | DOI: 10.53738/REVMED.2025.21.937.47823

Et si l'hôpital venait au patient, plutôt que l'inverse ? L'hospitalisation à domicile (HAD) incarne une mutation profonde de notre système de soins: offrir à des patients une prise en charge de niveau hospitalier sans franchir les portes de l'hôpital. Longtemps marginal en Suisse, ce modèle connaît un essor récent et prometteur. C'est dans ce contexte qu'est née la Swiss Hospital at Home Society (SHAHS), une société interprofessionnelle qui vise à structurer, promouvoir et harmoniser ce modèle de soins à l'échelle nationale.

Les enjeux sont clairs: face au vieillissement accéléré de la population, à la saturation des lits hospitaliers, à la pénurie de personnel et à l'explosion des coûts, l'HAD apparaît comme une réponse viable, humaine et efficiente. Les données accumulées à l'étranger montrent que l'HAD peut réduire les complications médicales, préserver les fonctions cognitives et physiques, diminuer les coûts de prise en charge tout en maintenant, voire en améliorant, la satisfaction des patients et de leurs proches.^{1,2}

Dans ce contexte, le canton de Vaud soutient, dans le cadre du projet cantonal Vieillir 2030, un projet pilote mené au CHUV en partenariat avec les soins à domicile. Le projet vaudois «Hospital-at-Home» se donne pour ambition de construire un modèle intégré et reproductible pour les patients âgés de plus de 75 ans, souffrant de pathologies aiguës, mais stables, traités à domicile par une équipe hospitalière dédiée.

L'enjeu ne se limite pas à l'organisation des soins. Il implique aussi un recours accru aux outils numériques: télémédecine, capteurs connectés, surveillance en temps réel, intel-

ligence artificielle. Une consultation médicale devient possible par visio, un suivi clinique peut être déclenché à distance dès qu'une alerte se manifeste.

Ce nouveau visage de l'hôpital nécessite toutefois un ajustement structurel. Le flou juridique, les lacunes en matière de remboursement et les résistances culturelles freinent encore le déploiement à large échelle. La coordination interprofessionnelle reste à construire, et la formation des soignants à ces nouveaux modèles est essentielle.

Le projet du CHUV tente de répondre à ces défis avec rigueur: étude de faisabilité, revue systématique de la littérature, projet pilote sur trois mois, indicateurs qualité, communication institutionnelle ciblée. Le but est d'évaluer non seulement la viabilité médicale et économique du modèle, mais aussi son acceptabilité par les soignants, les patients et leurs proches.

Reste à convaincre les assureurs, les décideurs politiques et le grand public que l'hôpital à domicile n'est pas une médecine low-cost. C'est une médecine d'adaptation, de précision et d'attention, où le lit médicalisé du salon devient un choix éclairé, digne, et souvent plus sûr.

Il est temps que la Suisse cesse d'observer et commence à construire. Des modèles étrangers existent, des données sont disponibles, des équipes sont prêtes. En plaçant la personne au centre de la démarche, en soutenant l'innovation technologique, et en brisant les silos entre soins ambulatoires et hospitaliers, nous avons une opportunité unique de transformer durablement notre système de santé.¹

**IL EST TEMPS
QUE LA
SUISSE CESSE
D'OBSERVER ET
COMMENCE À
CONSTRUIRE**

Bibliographie

1
– Patel HY, West DJ. Hospital at home: an evolving model for comprehensive healthcare. Glob J Qual Saf Healthc. 2021;4(4):141-146. doi:10.36401/JQSH-21-4

2
– Arsenaault-Lapierre G, Henein M, Gaid D, et al. Hospital-at-home interventions vs in-hospital stay for patients with chronic disease who present to the emergency department: a systematic review and meta-analysis. JAMA Netw Open. 2021;4(6):e2111568. DOI:10.1001/jamanetworkopen.2021.11568

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 Maya Sabrina BOUHABIB

Chemin des Grangettes 7,
1224 Chêne-Bougeries
Née en 1968, nationalité Algérienne
Diplôme de médecin en 2018 en Suisse
Titre postgrade de Pédiatrie en 2025 en Suisse

Après avoir pratiqué un stage de 6 mois en cardiopédiatrie (HUG) en 2010 en tant que médecin extraordinaire, j'ai été engagé par les HUG en 2012 comme CDC sans FMH pour 3 ans de formation en cardiopédiatrie, suite à cette formation, j'ai obtenu mon diplôme de médecin en 2018, tout en continuant à exercer en cardiologie pédiatrique comme CDC en remplacement dans une fonction supérieure et ce depuis 2016 jusqu'à août 2025, j'ai obtenu ma certification en cardiopédiatrie en 2022 et mon diplôme de spécialiste en pédiatrie en février 2025. Actuellement je vais m'installer en ville à Genève dans le centre CardioKids à la clinique des Grangettes.

Dre Corina DONICA

c/o Dr Mansi, Rue de Lyon 23,
1201 Genève
Née en 1990, nationalité Roumaine
Diplôme de médecin en 2015 en Roumanie – Reconnaissance en 2016
Titre postgrade de Psychiatrie et psychothérapie en 2022 en Suisse

La Dre Donica a obtenu son diplôme de médecin en 2015, après avoir étudié à Cluj-Napoca, Roumanie, ainsi qu'à Amiens, à travers une expérience Erasmus. Elle commence sa formation en psychiatrie et psychothérapie adulte auprès des Hôpitaux Universitaires de Genève en 2016. Dans le cadre de son activité aux HUG, la Dre Donica a travaillé dans des unités intrahospitalières et ambulatoires, en psychiatrie de liaison, ainsi qu'en psychiatrie gériatrique. Spécialiste en psychiatrie et psychothérapie depuis 2022, elle gardera une affection particulière vis-à-vis du travail de crise réalisé auprès de l'unité d'accueil des urgences psychiatriques, poursuivi par celui d'experte psychiatre au sein de l'unité de psychiatrie légale. Elle s'installera en ville de Genève fin 2025.

Dre Alix JUILLET DE SAINT LAGER

Hôpital de la Tour, Ave JD Maillard 3,
1217 Meyrin
Née en 1988, nationalité Française
Diplôme de médecin en 2012 en Suisse
Titre postgrade de Radiologie en 2019 en Suisse

Je suis originaire du pays de Gex. J'ai obtenu mon diplôme de médecin en 2012 à Genève, après un parcours pré gradué mixte entre la faculté de médecine de Lyon pour les 3 premières années, et la faculté de médecine de Genève pour le Master. S'en est suivi une année en tant qu'assistante en chirurgie cardio-vasculaire au CHUV avant d'entamer ma formation en radiologie aux HUG, où j'ai rapidement intégré la sous spécialisation en imagerie cardio-vasculaire et thoracique. J'ai obtenu mon FMH en radiologie en 2019, et continué à travailler pendant 4 ans aux HUG en tant que cheffe de clinique dans les unités d'imagerie cardio-vasculaire puis d'imagerie thoracique et oncologique. En 2024, je suis partie parfaire ma sous spécialité en imagerie cardio-thoracique au Centre Hospitalier Universitaire de Montréal (CHUM) pour une année de fellowship.

De retour à Genève, je souhaite m'installer à partir de juillet 2025.

Dre Cecilia MILICIA

HUG, Avenue de la Roseraie 47,
1205 Genève
Née en 1985, nationalité Italienne
Diplôme de médecin en 2015 en Italie,
Reconnaissance en 2017
Titre postgrade de Pédiatrie en 2022 en Suisse

Après avoir obtenu son diplôme de médecine et chirurgie à l'Université de Florence en 2015, la Dre Cecilia Milicia a poursuivi sa formation en pédiatrie en Suisse et en Italie (Hôpital cantonal de Bellinzona, Hôpital San Gerardo de Monza – clinique d'hémo-oncologie pédiatrique, Hôpital Papa Giovanni XXIII de Bergame). Elle réside à Genève depuis mars 2023 et travaille comme médecin interne en pédiatrie aux HUG depuis 2024. Actuellement, elle est spécialiste en pédiatrie.

Dr Alberto NASCE

HUG, Rue Gabrielle-Peret-Gentil 4,
1205 Genève
Né en 1991, nationalité Italienne
Diplôme de médecin en 2015 en Italie,
Reconnaissance en 2017
Titre postgrade d'Endocrinologie, Diabétologie en 2025 en Suisse

Après avoir complété les études de médecine à Turin, j'ai commencé mon internat en Suisse à partir d'avril 2016. J'ai eu le plaisir de travailler dans plusieurs services hospitaliers au sein des HUG et de l'hôpital de la Tour, en tant que médecin interne et chef de Clinique. Après l'obtention d'un titre de spécialiste en médecine interne générale en avril 2022, passionné de métabolisme et des maladies chroniques, j'ai entamé une 2^e spécialité en diabétologie et endocrinologie au sein du service des HUG, terminée courant 2025. Je m'installerai fin 2025 à l'hôpital de la Tour en tant que diabétologue et endocrinologue.

Dr Alain RAYBAUD

SIG, Chemin de Château-Bloch 2,
1219 Le Lignon
Né en 1970, nationalité Française
Diplôme de médecin en 2001 en France,
Reconnaissance en 2021
Titre postgrade de Médecine du travail
en 2001 en France,
Reconnaissance en 2021

Le Dr Alain Raybaud est diplômé en médecine du travail de la faculté de médecine de Toulouse (France) en 2000. Il a exercé son activité au bénéfice de différentes tailles d'entreprises depuis 25 ans. Avant de venir en Suisse où il est actuellement médecin du travail aux HUG depuis 2021, il a exercé 10 ans dans l'industrie pharmaceutique avec la prise en charge de risques psycho sociaux, de troubles musculo squelettiques, de risques biologiques, chimiques et participé à la radioprotection. Au 1^{er} novembre 2025, il a changé d'employeur pour aller exercer aux SIG. Au cours de sa carrière il a fait des formations complémentaires en ergonomie (master professionnel CNAM Paris et Toulouse) et en psychologie.

Dr Carolina WALTER

Route de Florissant 1, 1206 Genève
Née en 1983, nationalité Suisse
Diplôme de médecin en 2010 en Suisse
Titre postgrade de Radiologie en 2017 en Suisse

J'ai suivi mes études à Genève et ai obtenu mon diplôme de médecin en 2010. Par la suite, j'ai suivi une formation aux HUG en radiologie où j'ai été cheffe de clinique dans le même service. Actuellement, je suis spécialisée en radiologie et je suis installée en ville de Genève depuis juin 2019.

Membres probatoires devenant membre actif à titre définitif

au terme de la période probatoire de 2 ans:

Dr Lucie PILET

depuis le 10 mars 2025

Dr Yildiz Banu KAPTAN,

Dr Annie LUFUNGULA LOKOTOLO,

Dr Flavien MAULER

depuis le 12 mai 2025

Dr Eva AESCHIMANN,

Dr Liliane AKIKI,

Dr Fanette BERNARD,

Dr Monika EGERVARINE RADVANYI,

Dr Mathieu GENOUD,

Dr Pierre GUIBERT,

Dr Valérie JOHN

depuis le 09 juin 2025

Dr Alessandro CASINI,

Dr Nils PERRIN,

Dr Clarisse PETER,

Dr Kim PINAUD,

Dr Bénédicte PITTET-MAITRE,

Dr Ana Rosa WAKIM SOUZA PINTO

depuis le 07 juillet 2025

Dr Luc BOVET,

Dr Michèle CHAN,

Dr Mike CHIARI,

Dr Domitille DEREU,

Dr Arnaud DUPUIS,

Dr Lucia FILTRI,

Dr Ambroise FIVEL,

Dr Elodie FLURY,

Dr Aliko METSINI,

Dr Alessandro NOVELLO

SIEGENTHALER,

Dr Christine SADJO ZOUA,

Dr Daniel Scott SCHECHTER,

Dr Nils SIEGENTHALER,

Dr Cindy SOROKEN,

Dr Pierre-Alain TOKOTO,

Dr Maria Isabel VARGAS GOMEZ

depuis le 13 octobre 2025

Nouveaux membres probatoires

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

Dr Serpil Sophie BERKCAN,

Dr Dominique BOILLAT,

Dr Vito BONGIORNO,

Dr Elise BROCCO,

Dr Enrica CHIRIATTI,

Dr David FOLINO,

Prof. Cem GABAY,

Dr Romain GUEMARA,

Dr Nechan Philippe HAROUTUNIAN,

Dr Jane HERBERT,

Dr Bénédicte JALBERT,

Dr Naya Laure JIMENEZ,

Dr Karen LISTER,

Dr Joao LOURENCO,

Dr Samuel MANGOLD,

Dr Manel MEJBRI BOUBAKER,

Dr Etienne MENAGER,

Dr Truong-Thanh PHAM,

Dr Léopold PIRSON,

Dr Damien POLET,

Dr Emmanouil PSATHAS,

Dr Amena RAHIMI,

Dr Laura SOSSAUER,

Dr Hadrien STOLZ

depuis le 10 octobre 2025

Démissions

(information par écrit au moins 3 mois avant le 30 juin ou le 31 décembre avec effet à cette date; ce faisant, quitte la FMH et la SMSR; sauf décision contraire du Conseil, la démission n'est acceptée que si les cotisations sont à jour et s'il n'y a pas de procédure ouverte auprès de la CDC, art. 10):

Dr Catherine OLIVIER

31 décembre 2025

Changements d'adresses et ouvertures de cabinet

Dr Gaël AMZALAG

(Médecine nucléaire) consulte désormais aux HUG, Rue Gabrielle-Perret-Gentil 4, 1211 Genève

Dr Mathilde AZE-DERVAUX

(Médecine interne générale) consulte désormais au Centre Médical Tour de Lyon, Rue de Lyon 75, 1203 Genève

Dr José BENGUA

(Gastroentérologue) consulte désormais au 6 Chemin du Repos, 1213 Petit-Lancy

Dr Gabriela BIVOL

(Médecin praticien, Anesthésiologiste) consulte désormais au 24 Boulevard des Tranchées, 1206 Genève

Dr Gladys Eugénia BORELLA

(Psychiatrie et psychothérapie) consulte désormais au 108, chemin des Mollies, 1293 Bellevue

Dr Pascal BUCHER

(Chirurgie) consulte désormais à ISurgery.ch, Avenue de la Roseraie 76B, 1205 Genève

Dre Moïra BUMBACHER

(Ophtalmologue) ne consulte plus
à SwissVisio, Rue du Nant 4-6,
1207 Genève

Dre Graziella DE BLASI

(Psychiatrie) consulte désormais au
12 Rue Schaub, 1202 Genève

Dre Tanja DJAKOVIC

(Médecine interne générale)
consulte désormais au Centre
Médical Eaux-Vives, Avenue de la
Gare-des-Eaux-Vives 3, 1207 Genève

Dr José Francisco DUDA MACERA

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

Dr Jean GOLAZ

(Psychiatrie) consulte désormais au
39, Rue de Carouge, 1205 Genève

Dr Philippe HEYMANS

(Gynécologue et obstétrique)
consulte désormais au 110 Route
de Chêne, 1207 Genève

Dr Giovanni INNAURATO

(Médecine interne générale)
consulte désormais au Phénix Aile
Gauche, Rue François-Perréard 18,
1225 Chêne-Bourg

Dre Cécile LEVALLOIS

(Médecine interne générale)
consulte désormais au Centre
Médical de Meyrin,
Rue des Lattes 21B, 1217 Meyrin

Dre Constanze KÄMPFER

(Neurologue) consulte désormais au
Chemin de Beau-Soleil 22,
1206 Genève

Dre Konstantina

LIGOUTSIKOU-DESMEULES

consulte désormais au Cabinet
de psychiatrie et psychothérapie,
Chemin de Tavernay 3,
1218 Le Grand-Saconnex

Dre Claudine PASQUALINI

(Médecine interne, rhumatologie)
consulte désormais au 21,
chemin des Cyclamens, 1255 Veyrier

Dr Thierry ROD FLEURY

(Chirurgie orthopédique et
traumatologie de l'appareil
locomoteur) consulte désormais
au Centre médical de la Rue de
Lausanne, Rue de Lausanne 80,
1202 Genève

Dre Isabelle THEE BUGMANN

(Médecin Praticien) consulte
désormais au 24 Route de Malagnou,
Chez Dr Roth, 1208 Genève

Dre Muriel VIRET

(Anesthésiologie et médecine interne
générale) consulte désormais à la
Clinique Générale Beaulieu,
Ch. de Beausoleil 20, 1206 Genève

Dre Manon WEHRLI

(Pédiatre) consulte désormais à la
Maison de Santé Meinier,
8 Chemin du Stade, 1252 Meinier

Décès

Nous avons le profond regret
d'annoncer le décès du

Dr Olivier STRASSER

survenu le 29 août 2025.

Dr Yves MOTTAZ

survenu le 27 octobre 2025.

Dr Jean-Claude ANTILLE

survenu le 11 novembre 2025.

Changement de statut

Nous avons le plaisir de vous
annoncer le statut de membre actif
de la

Dre Nathalie DESDIONS

(psychiatre et psychothérapie).

Impressum

La Lettre – Journal d'information de
l'Association des Médecins du canton
de Genève ISSN 1022-8039

PARUTIONS

format imprimé: 4 fois par an;
format digital: 6 fois par an

RESPONSABLE DE PUBLICATION

Antonio Pizzoferrato

CONTACT POUR PUBLICATION

Secrétariat AMGe
info@amge.ch

PUBLICITÉ

Médecine & Hygiène
022 702 93 41, pub@medhyg.ch

CONCEPTION & RÉALISATION

Bontron&Co
Loredana Serra



À DOMICILE 24H/24

022 754 54 54

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

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

**labor
team**

**Centres de
prélèvement**

**Nouveau à
Genève et à
Lausanne**



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

- ▶ 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

1010715