

la lettre





Coopérative

Plus de temps pour l'essentiel

A votre service !

La Caisse des Médecins vous soutient avec de nombreux produits informatiques et services pour l'administration de votre cabinet. Vous pouvez donc vous concentrer sur le travail médical. Les patient-es s'en réjouissent également.



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

Une rentrée dans la douleur

La tragédie de Crans-Montana a fauché une jeunesse qui faisait la fête, un 1^{er} janvier, entre amis, les yeux et la tête remplis de rêves et d'espoirs d'une année qui débutait à peine. Ce drame a suscité une émotion immense liée à l'âge des victimes. Dès les premiers instants, des adolescents et des adultes, certains au péril de leur vie, se sont improvisés en secouristes avant l'intervention directe de professionnels aguerris et du balai ininterrompu des ambulances et des hélicoptères. Une fantastique chaîne humaine qui s'est instantanément focalisée sur un but unique, la survie de chaque victime. Dans le cadre expert de la médecine hautement spécialisée, la prise en charge dans des services hospitaliers dédiés à fournir des soins d'excellence est capitale. L'ensemble du personnel soignant des multiples sites médico-chirurgicaux en Valais, dans les hôpitaux universitaires suisses et en Europe, par leur engagement sans faille et leur professionnalisme mérite les remerciements appuyés de

l'ensemble de la population. Ce terrible drame nous rappelle la fragilité de nos vies et l'importance de l'amour des celles et de ceux qui nous entourent et nous accompagnent dans notre réalité et notre chemin.

Sur le plan professionnel, cette rentrée coïncide avec l'entrée en vigueur du nouveau tarif Tardoc. Il présente déjà des interrogations, des déceptions, des complications et ses propres aberrations. Les médecins, quelque soient leurs spécialités, font face à des absurdités et osons espérer que des changements dans la tarification de base et dans les forfaits pourront être rapidement pris en compte et qu'ils ne seront pas repoussés aux calendes grecques. Comment comprendre une médecine calculée à la minute (!!), véritable non-sens médical, où le tarif peine à reconnaître et à admettre des consultations multiples effectuées le même jour faites de différentes prises en charge ou de s'occuper de divers gestes et pathologies dans le même temps de consultation. Nous verrons la capacité de

ceux qui ont entériné le Tardoc à en corriger les erreurs et les non-sens. C'est dans cette action que l'on comprendra ce qui nous attendra dans les prochaines années. L'exemple du Tarmed, dès 2004, est à ce titre éloquent dans son absence totale de souplesse, à en devenir obsolète.

Que dire de l'obligation faite de donner un diagnostic précis? C'est, à Genève et selon la volonté directe du peuple genevois, un NON évident. Le secret médical ne se négocie pas. Il est intangible. La nouvelle structure de facturation est faite de chapitres clairs dans la dénomination de la spécialité concernée et le médecin peut aisément être identifié. Il peut être questionné par tout médecin conseil des assurances-maladie. Il est donc hors de question de fournir à une quelconque administration ou, pire encore, à un validateur géré par une intelligence froide et inhumaine des renseignements potentiellement d'une haute confidentialité. Ce n'est pas entrer en résistance, c'est protéger le seul secret qui existe, celui des patients.

Dans le domaine de l'assurance complémentaire, comme cela a été dit à de multiples reprises par notre association, chaque médecin est libre de choisir son modèle de facturation parmi les différentes structures qui sont à sa disposition. Cependant, l'évidence saute aux yeux lorsque l'on compare, notre modèle, Asterisks, aux autres structures de facturation. Le modèle développé par Atipik est complet et a été conçu en plein partenariat avec les assureurs Assura et Group Mutuel, partant directement et concrètement du terrain, c'est-à-dire de nos pratiques quotidiennes et de notre savoir-faire, qui respecte la juste volonté de la FINMA d'une séparation stricte entre l'assurance de base et la part complémentaire privée ou semi-privée. Il reste le modèle le plus abouti à ce jour. L'AMGe a adressé une demande pour près de 1500 adaptations de la structure Medicalculis Lab6 (structure 2026) selon les différents échanges que nous avons eu avec les représentants de Medicalculis et pour donner suite au travail considérable de l'ensemble des spécialités médico-chirurgicales pratiquant à Genève. Seuls une dizaine d'ajouts et de corrections ont été repris. Une insulte? Une preuve de l'absence criante d'une véritable gouvernance dans le modèle Medicalculis? Terrible

La contrainte effectuée par certains assureurs et certaines cliniques pour imposer Medicalculis est inacceptable et contraire aux règles. Ce fait a été dénoncé.

pour une structure qui se sucre sur la bête en prenant sur chaque facture un pourcentage, véritable ponction disproportionnée. Elle devrait de fait être en volonté d'adapter sa structure au mieux, au plus proche de la consultation et des gestes effectués. Les sommes gagnées par Medicalculis sont immenses. Il est logique que nous nous attendions à une responsabilité forte de ses dirigeants et de ses actionnaires face à une demande juste et adaptée des membres de l'AMGe pour faire progresser ce modèle. La contrainte effectuée par certains assureurs et certaines cliniques pour imposer Medicalculis est inacceptable et contraire aux règles. Ce fait a été dénoncé.

Dans un pays capable de solidarité et d'unité partagées dans l'émotion, la colère et le recueillement à la suite du drame de Crans-Montana, dans une Suisse

qui démontre un système de la santé résilient, efficient et interconnecté entre les cantons et à l'international, dans une région capable en quelques jours d'importer au CHUV un gel oxygénant innovant, non encore dûment enregistré, destiné aux grands brûlés grâce à l'engagement d'entrepreneurs romands, des médecins et pharmaciens cantonaux vaudois et genevois, comment comprendre et analyser les faiblesses criardes de notre monde de la santé où l'on pousse le médecin à comptabiliser les minutes, bientôt les demi-minutes et les secondes (!?!!) alors que l'anamnèse reste le cœur de la consultation, où travailler le soir et le week-end n'est pas considéré à sa juste valeur comme dans n'importe quelle profession, où le secret médical vole en éclat face à des demandes de codes diagnostics inquisiteurs, où les contraintes de puissantes assurances sont légion dans tous les domaines de la facturation et des structures existantes.

Dans une année que nous vous souhaitons la meilleure possible, n'est-il pas temps de faire entendre notre voix au-delà de nos actes qui sont salvateurs, bienveillants et protecteurs? ●

Dr Michel Matter
Président de l'AMGe

Regards sur l'année écoulée

L'aube de la nouvelle année est le moment idéal, voir nécessaire, pour un retour sur les faits marquants de l'année précédente et qui font encore l'actualité pour l'AGeMIG.

Il me tient à cœur de commencer par rendre hommage au Docteur Didier Chatelain, président de l'AGeMIG durant presque 20 ans, dorénavant heureux et «suroccupé» retraité! Il a été honoré par la plus belle distinction de l'AMGe, le Diplôme d'honneur du Conseil, lors de notre dernière assemblée générale, en reconnaissance de son immense contribution à notre association et ses membres. Il a défendu les valeurs de la médecine libérale et indépendante avec un engagement passionné, une énergie sans limite et des convictions sans faille. Il a propulsé la médecine de famille sur le devant de la scène et permis qu'elle devienne un acteur de poids et un partenaire respecté et écouté au niveau médical et politique, tant au niveau cantonal que national. Dans son discours de remerciement, il a mis l'accent sur l'aspect collectif de toutes nos actions, je vous transcris ici ses mots:

«[...] Rien ne peut être accompli sans confiance et respect mutuels.

Mes profonds et sincères remerciements vont particulièrement à celles et ceux que je vais citer et sans lesquels le dixième n'aurait pas été fait!

Et toutes mes excuses à ceux que j'oublierais.

Je remercie ainsi vivement l'AMGe,... nous incluant constamment et concrètement dans toutes les prises de position et de décision, à l'interne comme à l'externe, aux niveaux cantonal et national. La liste de ses actions de soutien et de défense sans relâche de nos conditions de travail serait trop longue à énumérer ici.

Mes vifs remerciements aussi à tous les Présidents de Groupe des « autres » spécialités, avec lesquels j'ai toujours tenu à garder l'Unité qui nous est essentielle et nous fédère, et dont la solidarité a toujours été sans faille, permettant d'œuvrer de manière constructive en faveur de l'ensemble de nos collègues et de nos patients.

Mes très chaleureux remerciements à chacun des membres du Comité de l'AGeMIG, qui m'ont supporté (dans tous les sens du terme!) de fin 2008 à début 2025. Ils ont fourni un travail extraordinaire, immense et si courageux, contribuant de manière admirable à faire front aux multitudes de problèmes, et d'injustices, touchant les spécialistes en Médecine interne générale; ainsi qu'à nous représenter activement auprès de nombreuses Instances et d'organiser des formations continues biennuelles pour nos collègues. [...]

Pendant ces 20 ans, m'engageant par conviction, avec enthousiasme et passion, parfois trop, je me suis souvent senti plutôt comme un lanceur d'alerte: face aux manipulations à visée de dévalorisation et de mise sous tutelle, face à l'hypocrisie ou aux mensonges, face à l'inacceptable.

**Il n'y a pas de « Loi du plus fort »!
Il n'y a pas de « Messe déjà dite »!
Il n'y a pas de « Cause perdue »!**

Ses mots résonnent particulièrement fort et juste dans un monde et une actualité marqués par les clivages, l'individualisme et la loi du plus fort!

C'est avec ce bel héritage qu'Isabelle Coin et moi-même avons repris la Co-Présidence de l'AGeMIG et dans cet esprit que nous voulons poursuivre notre action.

La tâche est vaste et importante, les thèmes d'actualité nombreux. Il est heureux de constater que nous sommes sollicités de toutes parts, tant la place du médecin de premier recours dans les discussions est reconnue et valorisée, son rôle perçu comme central pour veiller sur la santé de notre population et organiser les soins dont elle a besoin.

Les mots d'ordres de l'année 2025 auront été fédérer - coopérer - défendre.

D'abord par l'association des différentes spécialités de médecine de premier recours, les internistes, les gériatres, les palliativistes, les pédiatres, les psychiatres et pédopsychiatres, au travers d'un groupe de réflexion, le Groupe de Revalorisation de la Médecine de Premier Recours (MPR-ge), créé en mars 2025 et rapidement occupé par plusieurs gros dossiers.

La principale sollicitation de 2025 aura été celle de l'État pour la mise en place obligatoire d'une garde des médecins internistes généralistes à partir des fêtes de fin d'année. Une demande politique, adressée fin juin, en application du règlement voté en 2021 (k 1 21.04) et des propositions d'un groupe de travail (RUG+) sur la surcharge des services d'urgence par les consultations non-urgentes, se réunissant depuis, mais sans la participation de l'AGeMIG. Le défi a été de taille, tant par l'ampleur de la tâche, que par les enjeux et un délai terriblement court de quelques mois.

Établir les options possibles: collaboration au projet, propositions alternatives ou non-entrée en matière, leurs implications financières, asséculo-logiques et organisationnelles ont été beaucoup discutées, avant d'informer et rassembler le plus de médecins internistes du canton possible le 27.8 pour une réunion extraordinaire, durant les mois d'été peu propices à l'exercice. Quelques 200 collègues étaient présents. Après avoir écouté le médecin cantonal nous demander de répondre à la demande politique de décharger les services d'urgences durant les périodes de surcharge des vacances et fériés, la majorité a choisi de ne pas s'opposer et de participer sur une base volontaire.

Négocier avec détermination avec l'État les conditions de défraiement, les périodes d'application, le nombre de

Nous souhaitons aussi vivement remercier l'ensemble des 80 collègues qui se sont portés volontaires, qui ont travaillé dans leurs cabinets ou dans les centres dédiés, durant les vacances et les fêtes, et sans lesquels évidemment rien n'aurait été possible !

consultation attendues par jour, la réévaluation à court terme du projet, a été le plat de résistance, mais représente de petites victoires. Pendant ce temps, une plateforme électronique dédiée, sécurisée, pour la gestion des inscriptions des médecins, l'accès de la Centrale Téléphonique et l'accès des Centres à un agenda partagé, comme extraire les statistiques en temps réel, a dû être créée de toute pièce, en un temps record: une énorme réussite, une immense fierté.

Deux centres dédiés à la garde, le Centre Médical des Eaux-Vives et la Maison Médicale de Balexert, ont accepté d'accueillir la garde, nous garantir de bonnes conditions de travail, à quelques semaines du lancement, et nous ne pouvons que vivement les remercier pour l'investissement et l'engagement fourni. Avec le soutien précieux de l'AMGe et M. Pizzoferrato, les engagements nous liant à l'État, aux HUG, aux Centres et

finallement aux médecins, ont pu être formalisés dans leurs contrats respectifs. Les derniers ont été signés à 3 jours du lancement le 19 décembre 2025.

Et finalement, chers collègues, tout du long, communiquer avec vous, pour vous informer, vous écouter, pour être sûrs que nous restions calés sur ce que vous souhaitiez; pour parfois (souvent?) vous rassurer, mais surtout vous impliquer, vous fédérer autour de ce projet, pour qu'il devienne le vôtre.

Et nous avons réussi ! Parce que, tous ensemble, nous avons commencé une période test de Garde de Médecine Interne de ville le 19 décembre 2025 !!

Nous sommes fiers de pouvoir vous annoncer maintenant que le dispositif mis en place a bien fonctionné. La collaboration avec la ligne de tri CeSage a été exemplaire, la collaboration avec les Centres dédiés aux Eaux-Vives et à Balexert et leur personnel a été parfaite! Nous souhaitons aussi vivement remercier l'ensemble des 80 collègues qui se sont portés volontaires, qui ont travaillé dans leurs cabinets ou dans les centres dédiés, durant les vacances et les fêtes, et sans lesquels évidemment rien n'aurait été possible!

Il faut saluer l'excellente collaboration avec l'OCS, dans un esprit constructif et facilitant, empreint de respect et de confiance (cf. discours de Didier;-)). Le soutien de l'AMGe au travers de MM. Michel Matter et Antonio Pizzoferrato a été constant durant tout le processus et déterminant pour le succès. Le soutien et l'inspiration du comité du Groupe des Pédiatres, précurseurs avec la Garde de Pédiatrie, a été précieux. La contribution du Comité de l'AGeMIG a été fantastique, mais je tiens vraiment à souligner que nous devons avant tout le succès aux Docteurs Isabelle Coin et Philippe Morel. Tous deux ont été les locomotives de ce projet, avec leur incroyable énergie, leur

ancrage au terrain, leur détermination, leur capacité de négocier et fédérer. MERCI à tous les deux ! Et un merci spécial à Philippe pour le gigantesque travail sur le programme informatique ! Bravo !

Les plats de fêtes digérés, la dernière garde faite le 4 janvier, il est temps de faire l'état des lieux et voir quelles seront les résolutions 2026 pour la garde médicale. Plusieurs constatations peuvent déjà être faites :

1. Il existe dans ces périodes, une réelle demande pour une prise en charge des consultations non urgentes (degré 4), en lien avec moins de cabinets ouverts, le pic de grippe, mais elle apparaît moins importante que ce qui était imaginé et chiffré par ceux à l'origine de notre astreinte.
2. Le tri par une ligne téléphonique professionnelle est très efficace, permet d'orienter le 1/3 des patients vers une consultation médicale ambulatoire, mais surtout de rassurer les autres 2/3 et leur fournir une solution autre. Extrêmement efficace !
3. L'accueil en centre dédié ou en cabinet a été très apprécié, tant par les patients que par les soignants.
4. Rémunéré correctement un médecin faisant une garde sur un temps de fériés, soir ou week-end, passe par la facturation d'une taxe pressante à chaque consultation. Or le délai cadre d'application de 120 minutes de la taxe, en plus d'horaires contraignants, est un véritable défi, qui est techniquement irréalisable. Il nous faudra observer les retours de factures et défrayer les taxes qui auront été refusées.
5. La rémunération des centres dédiés, pour la mise à disposition

des locaux, du matériel et du personnel doit être repensée.

6. Le défraiement des consultations non honorées ou non pourvues représente un budget conséquent, qui probablement définira le devenir du projet.

Nous devons maintenant faire l'analyse avec l'OCS pour définir la suite du projet.

Parmi les projets 2026 à venir, sans citer le Tardoc, les travaux autour du Projet de réseau de soins intégrés Béluga du Département de la Santé ont commencé fin 2025, avec une participation très active des médecins de premier recours, ayant pour ambition de contribuer à développer une solution pragmatique pour répondre aux besoins de la population, avec la meilleure gestion des coûts de la santé et une valorisation des soignants. La tâche est immense, le défi est important et ce projet doit aboutir, tant l'organisation des soins autour des patients les plus fragiles et complexes, mobilisant le plus de ressources, apparaît aujourd'hui comme non seulement une évidence sur le plan médical, mais aussi le moyen essentiel pour freiner les coûts de la santé.

En plus de ce projet tentaculaire et des autres projets fédéraux comme EFASe, la santé numérique (DEP, e-ordonnance, télémedecine), il faudra veiller à revaloriser le médecin interniste généraliste, rouage central d'un système complexe, pour son expertise, largement reconnue et sollicitée aujourd'hui, dans des domaines aussi variés que la coordination des soins, le travail en interprofessionnalité, le maintien à domicile, la diminution des consultations urgentes et des hospitalisations, les soins palliatifs.

Il s'agira de travailler sur la réduction du travail administratif du médecin, en simplifiant et fluidifiant les procédures, en améliorant le partage des informations par des moyens de communication

et des dossiers informatisés partagés et sécurisés.

Il sera aussi important de travailler sur la relève, frêle et largement insuffisante aujourd'hui, nous annonçant de sérieux défis à relever dans les 10 prochaines années. Les estimations montrent une diminution de 150 médecins internistes à 10 ans, entraînant par débordement une multiplication par 6 à 8 des consul-

Les estimations montrent une diminution de 150 médecins internistes à 10 ans, entraînant par débordement une multiplication par 6 à 8 des consultations dans les services d'urgence, des besoins en lits hospitaliers.

tations dans les services d'urgence, des besoins en lits hospitaliers.

L'AGeMIG continuera d'œuvrer à la défense des médecins internistes, à leur soutien et à leur écoute. Le système devra se réinventer pour survivre, notre place se redéfinira et cette définition, nous l'espérons, sera le fruit de nos écritures communes.

Dr Joachim Karsegard
Co-Président de l'AGeMIG

Dr Philippe Morel
Responsable communication AGeMIG

Le mois dernier, l'AMGe a...

Dossiers traités

Urgences médicales pendant les fêtes :

- Séances de travail avec les médecins membres ;
- Séances de travail avec l'Etat (définition des modalités, notamment financières) ;
- Séances kick-off avec toutes les parties prenantes

Pédiatrie : séances de travail facturation LCA deuxième intervenant et libre choix du médecin

Tardoc :

- Séances de travail « code diagnostic » et « droits acquis » ;
- Séances de travail problématique « forfaits ».

4 séances de travail projet Beluga (05 décembre COPIL avec OCS/17 décembre médecine de premier recours / 18 décembre intégration de la médecine spécialisée / 18 décembre promotion de la santé et prévention PSP

Medicalculis point de situation avec les groupes orthopédistes et chirurgiens pédiatriques

3 séances hebdomadaires- Assura : convention LCA

Séances préparatoires LCA avec les groupes groupe de spécialistes: chirurgiens, anesthésistes, endocrinologues, dermatologues (chaînages)

3 séances hebdomadaires avec la société Atipik : évolution programme de facturation Asteriks

Comptabilité approbation des comptes 2023 et 2024 de la caisse de prévoyance

Séance IMAD

Conseil de direction FER

HUG CPPPHU

La lettre de l'AMGe : séance du comité rédactionnel

Divers dossiers juridiques sur sollicitations de membres

Rédaction de l'édito de La Lettre

Relations médias

Séances et points hebdomadaires avec l'agence de communication

Commission

04.12.2025

Commission de conciliation tarifaire (contestation d'honoraires) analyse et traitement des plaintes de patients

17.12.2025

Commission quadripartite en matière de droit de pratique - clause du besoin OCS/HUG/Cliniques privées/AMGe

Courriers et documents élaborés

Élaboration convention AMGe - Etat de Genève pour la garde médicale

Élaboration convention AMGe - Centres pour la garde médicale

Élaboration convention d'accords entre médecins et le GPL relatives à la rétrocession de la taxe pressante

Activités des organes et commissions de votre association

3 réunions du BUREAU du conseil

02.12.2025 | 09.12.2025 | 16.12.2025

SUJETS TRAITÉS:

Révision des statuts de l'AMGe : représentativité des organes de l'association

Asteriks : composition de la commission de Gouvernance et de la commission paritaire

Tardoc :

- Ateliers pratiques par spécialité
- Droits acquis
- Facturation des check-up
- Adhésion aux conventions tarifaires

Honoraires LCA

Requête en cautionnement préventif : point de situation

Avant-projet de loi modifiant la loi sur la commission de surveillance des professions de la santé et des droits des patients (LComPS)

Étude du rapport de l'organe de révision (exercice 2023) de la Caisse de prévoyance sociale

Préavis sur demandes d'adhésion

1 réunion du CONSEIL – 09.12.2025

SUJETS TRAITÉS:

- Analyse des objets statutaires du mois de décembre
- Audition suite au refus de candidature notifié et sur sa demande du de la candidat.e
- Réorganisation des organes de l’AMGe
- Cé qué laino et marmite de l’Escalade

1 réunion de la commission de déontologie et de conciliation
10.12.2025

Secrétariat

- Réception téléphonique
- Accueil
- Correspondance sous dictée
- OJ et PV sous dictée des séances : bureau, présidents de groupes, conseil
- Tenue de la petite caisse
- Secrétariat de la commission de déontologie & participation séance
- Suivi des défraiements de médecins
- Gestion des contrats des médecins conseils
- Insertion petites annonces, annonces, offres d’emplois sur le site web
- Collaboration avec l’agence Nadiacommunication pour envoi de la Lettre, contenu de la partie membres
- Gestion des membres
- Envois des mailings aux membres
- Élaboration des attestations pour les membres
- Gestion des dossiers médicaux membres retraités
- Mise à jour et tenue base de données Atlas
- Gestion et facturation des cotisations
- Newsletter hebdomadaire : compilation du contenu et envoi
- Séances hebdomadaires avec le secrétariat
- Gestion boîte mails info@amge.ch
- Organisation séminaires cyber sécurité
- Commandes et facturation matériel pour les membres

Communication

- La Lettre de l’AMGe édition imprimée du mois de décembre – gestion et rédaction contenu, suivi publications et revenus publicitaires, suivi élaboration et production, contrôle financier
- Séance du comité rédactionnel
- Projet la lettre de l’AMGe nouvelle version 2026 : contenu, calendrier rédactionnel, publicité
- Séance mensuelle des communicants des organisations faitières suisses et romandes SMSR et FMH
- Point communication hebdomadaire avec le bureau
- Communication numéros urgences fêtes
- Coordination campagne « mon médecin et moi » initiée par SLMGe
- Stratégie de communication 2026
- Collaboration avec le secrétariat
- Revue de presse ARGUS quotidienne : gestion et suivi
- Relais de publications sur site web et News letter hebdomadaire

En chiffres

Informatique et sécurité



Assistance & technique

99 heures

- Projets spéciaux (Assurances LCA, TARDOC, Docteur@home, CARA, Atipik) et secrétariat
- Amélioration logiciel, résolutions de pannes, analyse phishing, résolution de spams, mises en ligne contenus, création et intégration de divers outils

4 h 45

Journée TARDOC: vidéo, sous titrage, mise en ligne

273

Échanges de mail
support@amge.ch
honoraireslca@amge.ch



Maintenance et gestion

39 heures

Messagerie sécurisée

29 heures

Site web

Mails & Téléphones



1228

Appels entrants

22

Appels sortants



1757

Mails entrants



2672

Mails sortants



273

Contacts membres pour aide du support



10'271'396

Mails membres stockés sur la plateforme



16'832

Mails membres entrants/sortants sur la plateforme moyenne/jour

Urgences fêtes

1260

Recherches

222

Messages aux médecins

101

Clics sur le bouton d'appel

248

Appels téléphoniques sur les numéros dédiés

Piratage

Mails provenant d'activités criminelles qui tentent de pirater les adresses des membres de l'AMGe.

38'067

messages rejetés (spams, virus)

132'85

connexions refusées ou échouées - dont une partie provient des criminels

4'590

tentatives de connexions pour l'adresse la plus attaquée

92

le record de tentatives pour un seul compte provient de 92 pays différents

2'223

le nombre d'IP différentes pour l'adresse la plus attaquée

D'où l'importance de votre mot de passe.



UNE RÈGLE D'OR DU MOT DE PASSE

Utilisez un mot de passe différent et fort pour chaque service et notamment pour la messagerie professionnelle.

Tardoc: philosophie d'une époque

Dr CÉDRIC AMSTUTZ

Rev Med Suisse 2025; 21: 2291-2 | DOI: 10.53738/REVMED.2025.21.944-48297

Nous traversons une période charnière pour notre profession. Depuis plusieurs années, une logique s'est imposée dans le système de santé: pour maîtriser les coûts, il faudrait contrôler toujours plus finement chaque acte, chaque minute, chaque geste.

Le TARDOC est l'expression la plus aboutie de cette philosophie. Ce n'est pas seulement un nouveau tarif, c'est une vision du soin.

Cette réflexion concerne d'abord la médecine de premier recours. Or, même si le TARDOC peut avoir sa pertinence dans des domaines plus spécialisés ou hospitaliers, elle touche en réalité tout médecin attaché à l'humanité du soin, à la relation et au jugement clinique.

Face à cette évolution, il semble nécessaire que nous prenions collectivement un moment pour réfléchir – calmement, lucidement – à ce que cette logique implique.

UNE COMPLEXITÉ DONT LES COÛTS DÉPASSENT LARGEMENT LES BÉNÉFICES

La mise en œuvre du TARDOC a mobilisé des ressources considérables: commissions, défraiements, années de conceptualisation, développement informatique massif, adaptation des logiciels, formations «obligatoires», paramètres répétés, mises à jour successives. Toutes ces heures – les nôtres et celles du système de santé – sont des heures retirées au soin, à la prévention, à la formation continue, à la présence clinique.

Or, malgré ce déploiement d'énergie administrative, rien n'indique que cette complexité améliore la qualité des soins, l'accès à la médecine, la prévention, la satisfaction des patients et des soignants ou la maîtrise des coûts.

Elle déplace simplement notre attention du patient vers la structure tarifaire. Elle augmente la charge mentale, cognitive et organisationnelle des cabinets et introduit une rigidité qui n'est pas compatible avec la diversité des situations cliniques.

LES JUSTIFICATIONS AVANCÉES: POURQUOI NE SUFFISENT-ELLES PAS?

Plusieurs arguments sont invoqués pour justifier cette complexité, quelques-uns sont brièvement discutés ci-après.

Il faut éviter les abus

Les outils de contrôle ciblé existent déjà, notamment via la SASIS. Identifier les déviations est techniquement simple et rapide. Contrôler toute une profession pour détecter une minorité de dérives n'est ni proportionné ni cohérent.

Dans un système solidaire, la confiance ne suffit pas

La confiance n'est pas un luxe dans notre métier, elle n'est pas un supplément d'âme. Elle est la condition même de l'efficacité du soin, de l'adhésion thérapeutique, de la prévention, du suivi dans la durée. La médecine de premier recours repose sur la relation, pas sur la surveillance.

Le TARDOC valorise mieux certaines prestations

Peut-être sur le papier. Mais ce rééquilibrage ponctuel ne compense pas la dynamique globale d'hyper-contrôle qu'il renforce. L'examen clinique ne suivra plus la logique d'examen ciblé du patient, mais celle des cases à cocher en vue d'un défraiement: le tarif commence à guider l'acte, là où c'est l'acte qui doit guider le tarif.

La granularité reflète mieux la réalité du travail

Notre travail n'est pas une somme de micro-gestes. La compréhension clinique naît de l'ensemble de la consultation. La disséquer revient à l'appauvrir.

CONSULTATION CONTRÔLÉE PAR IA: UN SCÉNARIO À ANTICIPER

Les progrès de l'intelligence artificielle

(IA) permettent déjà d'imaginer une consultation intégralement transcrite et analysée. L'IA permet déjà de retranscrire chaque phrase au dossier, d'identifier les examens réalisés, de chronométrer les séquences, de classer ce qui est «diagnostique» puis de générer automatiquement un code et un tarif. Ce qui peut y être retranché (nos petites discussions empathiques, un status incomplet) pourrait être le prochain pas.

Sur le papier, cela semble faciliter grandement notre travail. Dans la pratique, cela ouvre une voie royale au contrôle intégral du contenu de la consultation, et il nous faudra le protéger. Ce qui constitue le cœur de notre métier – les nuances, le lien, la confiance, les détours nécessaires, la place laissée à l'expression du vécu – risque d'être considéré comme non pertinent, «non efficace», «non adéquat», «non économique», donc non rémunéré et par conséquent dissuadé.

La médecine relationnelle deviendrait une zone invisible.

Une zone fragile.

Une zone culturellement vouée à disparaître.

PERTE DU SENS CLINIQUE: QUAND L'ART MÉDICAL EST RÉDUIT À L'ACTE TECHNIQUE

La médecine générale n'est pas une succession de gestes reproductibles. C'est une continuité vivante, un ensemble d'indices subtils, de signaux faibles, d'histoires humaines, de contextes, de respirations, de silences parfois.

Ces séquences de présence permettent de convaincre un patient d'adopter un traitement, d'orienter une décision délicate, d'aborder un sujet difficile, de prévenir une complication, d'accompagner une fin de vie, de maintenir un suivi sur des années.

Cela n'apparaît dans aucun minutage. Et pourtant, c'est ce qui fait notre force clinique. La tentation de codifier ces dimensions humaines est un contresens. Ce sont elles qui donnent cohérence et profondeur à notre métier.

LE TESSINER CODE: CLASSER L'INCLASSABLE

Le TARDOC exige d'assigner chaque consultation à un seul «système» – cardiovasculaire, digestif, psychique, etc.

Comme l'avait montré un séminaire de réflexion sur la médecine générale auquel j'avais participé, la médecine spécialisée est compliquée (con-plica: des replis à déplier dans sa profondeur), alors que la médecine générale est complexe (com-plecto: «embrasser», «enlacer», «entourer», «tisser ensemble»).

Notre travail est un maillage vivant, un réseau de signaux qui s'entrecroisent. Une consultation mêle le sommeil, la tension, une inquiétude, une douleur, un contexte de vie. Réduire cette complexité à une seule lettre revient à faire passer un fleuve par une paille.

Ce codage n'éclaire rien, n'améliore rien: il ajoute une case à cocher et enlève une nuance. C'est la preuve tranquille, mais éclatante que la logique tarifaire n'a pas encore compris la nature profonde, l'art de soigner de la médecine de premier recours.

Nous ne devrions maintenir que la lettre U, comme *Unique*, *Utile*, *Unifié* (et un brin *Utopique* peut-être).

UN REGARD PLUS LARGE: UNE DYNAMIQUE SOCIÉTALE

Ce que nous vivons avec le TARDOC n'est pas isolé. Partout, on observe cette tendance à traiter les symptômes plutôt que les causes:

- Le diabète de type 2 explose: on répond par le sémaglutide plutôt que par un ralentissement du mode de vie qui l'a produit.
- Le TDAH est en hausse: on répond par la médication, plutôt que par une réflexion sur l'accélération permanente, le multi-fenêtrage, la performance.
- Le trafic de drogue augmente: on investit dans une accentuation de la surveillance policière, alors qu'une partie du problème vient simplement d'être humains laissés sans sens ni perspectives.

Ces réponses ont un point commun: elles sont visibles, rapides, matériellement rentables... et semblent politiquement pertinentes, alors qu'elles ne règlent rien.

Elles mobilisent des industries puissantes: sécurité, technologie, pharmaceutique. Elles créent de nombreux emplois sans réelle valeur ajoutée.

Le TARDOC s'inscrit dans cette

dynamique: un réflexe de contrôle pour compenser les dérives d'un système que l'on n'ose pas interroger.

Les réponses profondes — présence, lien, continuité, prévention, résonance, temps long — sont moins visibles, moins rentables, mais elles fonctionnent. La logique du contrôle répond au court terme. La logique du soin répond au long terme.

UNE ALTERNATIVE SIMPLE, COHÉRENTE ET EFFICACE

Une rémunération basée sur la durée globale de la consultation, sans découpage en sous-actes, présente plusieurs avantages: elle réduit la charge administrative, est en adéquation avec la réalité clinique, protège le lien thérapeutique, simplifie le contrôle ciblé des abus (on ne peut pas travailler plus que tant d'heures par jour), est cohérente avec le rôle de prévention et de continuité et n'exige pas de suivre des schémas.

La simplicité, pour notre profession de médecin de premier recours, n'est pas un retour en arrière. C'est une manière intelligente de gouverner un système complexe.

NOTRE RÔLE ET NOTRE FORCE COLLECTIVE

Nous, médecins de premier recours, formons un corps professionnel essentiel. Nous ne sommes ni marginaux ni interchangeables: nous sommes la charnière du système de santé. Sans nous, la prévention s'effondre, les urgences seaturent, les hospitalisations se multiplient, la cohérence des parcours disparaît.

Nous sous-estimons souvent notre poids réel. Si nous parlions d'une seule voix, avec calme et détermination, nous pèserions lourd dans la discussion. Nous ne sommes pas spectateurs. Nous sommes des acteurs indispensables.

EN CONCLUSION

Le TARDOC n'est pas seulement un outil tarifaire. C'est un choix de société: celui de traiter le soin comme un ensemble d'actes comptables, plutôt que comme un art relationnel soutenu par une expertise clinique. Cette voie est coûteuse, lourde, et profondément éloignée de la réalité de notre métier. Il est temps de rappeler,

sereinement, mais fermement, que:

- La confiance coûte moins cher que le contrôle.
- La simplicité est plus efficace que la complication.
- La relation soigne.
- L'accélération use.
- Et que la médecine ne peut être réduite à des fragments minutés.

Nous avons la responsabilité – et la possibilité – de défendre une pratique qui honore la réalité humaine, clinique et relationnelle du soin.

Nous ne sommes pas un rouage. Nous sommes un pilier.

Utilisation de l'IA: l'auteur a déclaré qu'une partie de la mise en forme de ce texte est issue d'échanges avec ChatGPT, à qui l'auteur a insufflé ses idées, ses réflexions pour alléger une partie du travail d'écriture. Le texte a ensuite été retravaillé et la version finale validée par l'auteur.

DR CÉDRIC AMSTUTZ

Médecine interne générale et psychosomatique FMH
Association des médecins extra-hospitaliers de la Broye
Estavayer-le-Lac
dr.amstutz@bluewin.ch

Le TARDOC est une réforme importante et nécessaire, mais mis en œuvre sans visibilité

INTERVIEW DE DOMINIQUE BÜNZLI PAR CLÉMENTINE FITAIRE

Rev Med Suisse 2025; 21: 2203-4 | DOI: 10.53738/REVMED.2025.21.942.48225



DR DOMINIQUE BÜNZLI

Président de la Société neuchâteloise de médecine

Alors que le TARDOC et les forfaits entreront en vigueur au 1^{er} janvier 2026, le Dr Dominique Bünzli, président de la Société neuchâteloise de médecine revient sur les grands chantiers tarifaires en cours: conventions cantonales, valeur du point, neutralité des coûts et forfaits ambulatoires. Engagé au niveau national pour défendre une approche concertée, il alerte sur les incertitudes qui pèsent à la mise en œuvre de ces évolutions pour les médecins en pratique privée et les parcours de prise en charge des patients.

Ces derniers mois, les sociétés cantonales se sont unies pour défendre une position commune dans les négociations avec les assureurs afin d'élaborer les nouvelles conventions tarifaires cantonales. Est-ce une première?

Dominique Bünzli: Oui, c'est une démarche inédite. Nous avons créé un groupe de travail national réunissant des représentants des sociétés cantonales romandes, alémaniques et tessinoises, avec le soutien de la FMH. L'idée était simple: négocier ensemble avec les trois groupes d'assureurs, pour tenter d'harmoniser les conventions cantonales. Jusqu'ici, chaque canton signait sa propre convention avec chacun des groupes! On se retrouvait donc avec 24 sociétés cantonales et trois groupes d'assureurs: soit potentiellement 72 conventions pour un même système tarifaire... un véritable non-sens. Aujourd'hui, nous souhaitons mettre en place un modèle de convention uniformisé à 80% en Suisse, avec seulement 20% d'adaptation laissés aux assureurs et sociétés cantonales de médecine.

Les spécificités restent, notamment pour la valeur du point tarifaire (VPT) qui diffère selon les cantons et sur l'existence ou non d'une commission paritaire.

C'est un progrès important, même si tout n'est pas encore finalisé. Nous espérons que cela puisse à terme simplifier le travail pour tout le monde, sociétés cantonales, assureurs et cantons.

Sur quels sujets vos discussions portent-elles principalement?

D. B.: Les négociations restent complexes, car les réalités diffèrent selon les régions et les demandes des assureurs sont

parfois peu compréhensibles. Nous avons essayé de défendre des éléments essentiels à nos yeux, notamment la commission paritaire, une instance de conciliation cantonale entre médecins et assureurs. Ces derniers estiment ne pas avoir les moyens de multiplier ces commissions et n'en veulent plus, mais pour nous, c'est un outil utile pour les deux parties. Elles permettent d'expliquer et de comprendre pourquoi certains médecins dépassent les coûts en comparaison avec leurs collègues de la même spécialité, sans passer par des démarches judiciaires et impacter le moral d'un médecin honnête accusé à tort. Un praticien qui intervient dans plusieurs EMS, par exemple, a forcément des coûts plus élevés que son homologue qui ne le fait pas. Sans ce regard de terrain, tout est ramené à une moyenne nationale artificielle.¹

La VPT reste fixée au niveau cantonal. Peut-on imaginer une harmonisation à terme?

D. B.: Ce changement tarifaire est aussi une opportunité pour tenter une harmonisation à ce sujet. Il existe aujourd'hui, comme par le passé, de nombreuses procédures judiciaires impliquant des recours contre les valeurs de VPT déposés soit par les assureurs, soit par les médecins, et les autorités cantonales doivent régulièrement se positionner. Imaginez le temps et l'argent perdu. Cela engendre des frais de justice pour toutes les parties, gaspillant tour à tour l'argent des primes maladie, des cotisations de nos membres et des impôts!

Les écarts entre les VPT en Suisse (entre 83 à 96 centimes) ne se justifient et ne s'expliquent souvent plus. À l'initiative des médecins, une lettre d'intention a été signée entre tous les partenaires tarifaires pour élaborer dans le futur un modèle national de calcul plus objectif et compréhensible.

Un groupe de travail réunissant la FMH, les sociétés cantonales, les assureurs et les hôpitaux devrait être mis en place pour définir conjointement des indicateurs, tels que les coûts d'infrastructure, les données de facturation, les coûts moyens par assuré, et d'autres facteurs comme la pratique de la propharmacie et l'évolution des coûts de la vie.

L'espoir est de pouvoir à terme développer un modèle de calcul sur des bases transparentes, vérifiables et acceptées par tous. À suivre donc!

Comment appréhendez-vous le passage au TARDOC et aux forfaits?

D. B.: C'est une réforme importante et nécessaire, mais la visibilité sur les conséquences de sa mise en œuvre est mauvaise et aurait mérité plus d'attention. Le TARDOC, développé par la FMH et Curafutura, a été imposé par le Conseil fédéral en même temps que les forfaits élaborés par H+ et SantéSuisse. Ce

REVUE MÉDICALE SUISSE

sont donc deux structures conçues séparément, qu'on a décidé de faire cohabiter!

Nous aurions souhaité un pilote à large échelle pour tester le système avant 2026, mais l'OTMA SA (organisme représentant les partenaires tarifaires et chargé de la mise en œuvre) n'a pas accepté cette idée. Le Conseil fédéral, instance de validation finale, ne l'a pas imposé et la FMH n'a pas eu les moyens ni le temps de l'organiser. C'est regrettable, car nous aurions pu corriger les éventuelles anomalies avant l'entrée en vigueur. Résultat: personne ne peut dire aujourd'hui quel sera l'impact réel sur la médecine de premier recours ni sur les autres spécialistes ou encore quelles seront les conséquences sur les parcours de prise en charge des patients.

Les forfaits sont souvent critiqués. Pourquoi?

D. B.: Parce qu'ils ont été conçus sans suffisamment tenir compte des retours des médecins qui vont les utiliser c'est-à-dire des sociétés de discipline chirurgicales. Ils reposent sur des données hospitalières et ne reflètent pas la réalité d'un cabinet. Certains forfaits sont tout simplement inadaptés.

Prenons un exemple: l'exérèse d'une petite tumeur du sein. Dans le concept forfaitaire, tout est censé être inclus, y compris la pathologie. Les frais de cette dernière peuvent être amenés à varier grandement selon le diagnostic. Le risque, c'est que le médecin préfère envoyer le patient à l'hôpital public plutôt que d'assumer un acte sous-évalué. Heureusement ce problème a été reconnu à la dernière minute (validation par le Conseil fédéral en novembre), avec, en tout cas pour la première année, le retrait de la pathologie des forfaits. Il y a aussi des forfaits clairement surévalués, par exemple l'hémostasie pour épistaxis qui vaut environ 460.- CHF alors que d'autres sont sous-évalués.

Pour l'instant, seuls 8% du volume de facturation totale sont concernés par les forfaits. Cela touche surtout les disciplines chirurgicales, où cela peut cependant déjà aller jusqu'à 16% du volume de facturation, par exemple en urologie. Pour la médecine de premier recours, il n'y aura pas de forfaits, mais la volonté politique est à l'extension du système forfaitaire.

Sur le fond, les médecins ne rejettent pas le principe même des forfaits, mais à condition qu'ils soient construits de manière rigoureuse et adaptée à la pratique ambulatoire en pratique privée.

Des mesures d'ajustement sont-elles prévues?

D. B.: Oui, en validant finalement le «paquet tarifaire» fin octobre 2024, la FMH a demandé des mesures d'accompagnement, notamment pour que l'on tienne mieux compte des retours des sociétés de discipline pour les forfaits, et aussi pour demander un pilotage séparé pour la médecine de premier recours. Le Conseil fédéral a suivi ce principe lors de sa validation en avril 2025.

L'un des problèmes est cependant l'inertie du système. Même s'il est prévu un monitoring et des révisions régulières, on ne pourrais vraisemblablement pas corriger les anomalies avant deux ans.

Les cabinets en pratique privée sont de petites structures indépendantes avec des employés et il est compliqué d'entendre qu'il faille un tel délai dans les corrections s'il existe un risque financier. Ceci en particulier pour ceux qui ont le moins de réserve, c'est-à-dire les médecins de premier recours!

Le Conseil fédéral a fixé un plafond de 4% d'augmentation annuelle des coûts. Qu'est-ce que cela implique?

D. B.: C'est une mesure arbitraire, décidée sans concertation. Ce plafond de 4% s'ajoute à la neutralité dynamique des coûts déjà prévue par les partenaires tarifaires (OTMA SA), qui fixait un couloir d'augmentation de 1,5%.

Le point important c'est que ces 4%, contrairement au couloir de 1,5%, ne pourront pas être corrigés par des facteurs externes comme la démographie, le vieillissement de la population ou encore le transfert de l'hospitalier vers l'ambulatoire. C'est une aberration!

En plus, cette décision reprend le principe d'un budget global qui était prévu par l'initiative pour un frein aux coûts qui a été refusée par le peuple en votation populaire en juin 2024! Pour moi, même si l'on doit évidemment faire quelque chose pour tenter de contenir la hausse régulière des coûts de la santé, cet ajout est un déni de démocratie.

L'UNITÉ ENTRE
MÉDECINS EST
IMPORTANTE, ET
NOUS DEVONS
PARLER D'UNE
SEULE VOIX

Que redoutez-vous le plus pour la médecine de premier recours?

D. B.: Tout le monde reconnaît la nécessité de renforcer la médecine de premier recours pour un système de santé à la fois efficient et de qualité. La structure tarifaire TARDOC reconnaît heureusement mieux le travail clinique, la coordination et les soins palliatifs. Toutefois, l'incertitude

demeure quant aux effets financiers concrets.

Rappelons que ces médecins gagnent actuellement parfois entre deux et trois fois moins que certaines autres spécialités alors qu'ils ont aussi beaucoup de responsabilités et que leur travail est tout aussi complexe. Il y a donc une attente légitime pour un rééquilibrage et ma crainte est que les améliorations financières attendues soient diluées dans l'ensemble du système tarifaire.

Je redoute donc un certain découragement dans l'attente de nouvelles mesures correctrices si elles devaient s'avérer nécessaires.

Quelle est la priorité pour les sociétés cantonales de médecines dans ce contexte?

D. B.: Continuer à porter la voix du terrain. L'unité entre médecins est importante, et nous devons parler d'une seule voix. Chacun doit reconnaître la contribution des autres, et nous devons essayer de préserver cette cohésion.

Nous resterons engagés pour tenter de défendre une tarification juste et en adéquation avec la réalité pour tous les médecins, indispensable pour maintenir un système de santé cohérent, durable et centré sur le bien des patients.

1 Arnold P, Bünzli D, Colombé J, et al. Conventions tarifaires cantonales, maintiennent les commissions paritaires. Rev Med Suisse 2025;21:2117. DOI: 10.53738/REVMED.2025.21.940.48136

Lecture de pensée et plus: recommandations sur l'éthique des neurotechnologies

Tout le monde parle de l'intelligence artificielle (IA). Sa performance actuelle est due à des réseaux neuronaux artificiels, modélisés selon le cerveau humain. Il n'est donc pas surprenant que le cerveau et l'ordinateur puissent interagir directement et que l'intégration de l'IA dans la neurotechnologie révolutionne considérablement cette dernière. Les systèmes dits «closed-loop» peuvent, par exemple, détecter à un stade précoce l'activité cérébrale susceptible de provoquer une crise d'épilepsie et la prévenir par stimulation cérébrale.¹ Une étude a réussi à détecter le langage interne d'une personne à l'aide de microélectrodes implantées dans le cortex moteur, permettant ainsi de «lire» des phrases simplement pensées.²

Les neurotechnologies, comprenant des dispositifs aussi variés que les implants dans le système nerveux, les interfaces cerveau-machine ou les techniques de stimulation neuronale, révolutionnent la médecine. Ces technologies ont le potentiel de soulager les souffrances bibliques telles que la paralysie, la cécité ou la surdité. Elles recèlent en outre un énorme potentiel thérapeutique pour la «pandémie» actuelle de maladies psychiques. Alors que les neurotechnologies promettent ces avancées spectaculaires, elles suscitent aussi des interrogations éthiques profondes.

En interagissant directement avec le cerveau, elles peuvent altérer des processus mentaux et émotionnels, et par conséquent, redéfinir ce que nous considérons comme l'identité d'une personne. Ceci soulève des questions profondes sur le contrôle des individus, le consentement éclairé et la préservation de l'intégrité humaine.

Le 5 novembre 2025, l'UNESCO a adopté la première recommandation internationale sur l'éthique des neurotechnologies.³ Le texte, préparé par un groupe d'experts internationaux et soutenu par la Confédération suisse, s'attaque à ces enjeux en proposant un cadre de gouvernance mondiale pour assurer que les progrès ne se fassent pas au détriment de la dignité humaine, des libertés indivi-

duelles, et de la justice sociale.

Les recommandations se basent sur sept valeurs cardinales: la dignité humaine et les droits humains, la santé et le bien-être, la diversité et l'équité, l'interculturalité, la solidarité mondiale, la durabilité et l'intégrité. En plus, l'UNESCO formule neuf principes comme repères éthiques, dont les principes de bienfaisance, d'innocuité et de proportionnalité, le respect de l'autonomie et de la liberté de pensée, la protection des données neurales, la non-discrimination, la responsabilité et la transparence. Ensuite, elle émet 85 recommandations pour des domaines variés, tels que la politique, le système de santé, l'éducation, la communication publique, le marché au travail et le commerce.

Quelques recommandations phares sont, par exemple, les suivantes:

1. *Le consentement éclairé:*

l'interaction avec le cerveau humain, même à des fins thérapeutiques, doit être

précédée d'une information transparente et complète, afin que les patients puissent prendre des décisions éclairées.

2. *La vie privée et la protection des données:* les informations extraites du cerveau sont parmi les plus intimes et sensibles, pouvant permettre d'identifier des émotions, des pensées, les intentions ou la personnalité d'une personne. L'UNESCO insiste sur des protocoles stricts de protection des données, ainsi que sur la limitation de l'accès à ces informations à des fins thérapeutiques et non commerciales ou de surveillance.

3. *L'interdiction des usages militaires:* vu le contexte politique actuel, l'UNESCO appelle à une interdiction absolue d'un abus politique ou militaire de ces technologies. Des utilisations de ces technologies pour la manipulation de la pensée ou le contrôle mental poseraient un danger grave pour les droits humains et la liberté individuelle.

4. *L'accès équitable et la justice sociale:* les neurotechnologies, bien qu'elles aient le potentiel de transformer la médecine, ne doivent pas exacerber les inégalités

sociales. L'UNESCO plaide pour un accès équitable à ces technologies, afin d'éviter qu'elles ne deviennent un privilège réservé aux plus riches ou aux pays développés.

Le débat sur les neurotechnologies interroge nos sociétés sur la manière dont elles définissent l'humain. La possibilité de «modifier» l'esprit humain ouvre une réflexion profonde sur les limites de l'intervention technologique dans la biologie humaine. Sommes-nous prêts à accepter de changer fondamentalement ce qui fait notre identité, à travers la technologie? Où se trouve la frontière entre la guérison, l'amélioration et la manipulation?

Ces questions sont d'autant plus pressantes que les neurotechnologies ne sont plus de l'ordre de la science-fiction, mais deviennent réalité à une vitesse vertigineuse. L'UNESCO, en appelant à une gouvernance éthique, ouvre un dialogue mondial sur l'avenir des relations entre technologie et humanité. L'objectif est clair: garantir que ces technologies servent l'humanité et non l'inverse. Comment pouvons-nous assurer que, tout en innovant, nous ne perdions pas de vue ce qui fait de nous des individus libres, responsables, et respectueux les uns envers les autres? L'UNESCO a lancé un défi. À nous d'y répondre.

1 Trevelyan AT, Marks VS, Graham RT, et al. On brain stimulation in epilepsy. *Brain*. 2025;148(3):746-52. DOI: 10.1093/brain/awae385.

2 Kunz EM, Krassa BA, Kamdar F, et al. Inner speech in motor cortex and implications for speech neuroprostheses. *Cell*. 2025;188(18):4658-73.e17. DOI: 10.1016/j.cell.2025.06.015.

3 UNESCO. *Projet de Recommandation sur l'éthique des neurotechnologies*. URL https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000394866_fre (accédé le 15 nov 2025).

PR RALF J. JOX

Institut des humanités en médecine
Centre hospitalier universitaire vaudois
et Université de Lausanne
1007 Lausanne
ralf.jox@chuv.ch

Faire le pari de l'attractivité

Il y a quelque temps, une proposition de deux professeurs émérites zurichois a suscité un vif débat, notamment parmi les étudiant-es de médecine. Cette mesure vise à faire rembourser une partie des frais d'études aux médecins qui cesseraient d'exercer quelques années après la fin de leurs études ou travailleraient à temps partiel sans « justification sérieuse »,¹ une mesure supposée désamorcer la pénurie de médecins.²

Bien que nous reconnaissons la gravité de cette pénurie et saluons l'ouverture du débat, la swimsa estime que la mesure proposée est injuste, inadaptée et contre-productive. Reposant sur une logique punitive, elle détourne l'attention des véritables leviers de réforme à long terme.

D'un point de vue financier, les chiffres régulièrement invoqués dans les médias (environ 120 000.- CHF par an et par étudiant-e) sont trompeurs. Selon le statement de la swimsa³ sur le coût des études de médecine, les frais réels se situent plutôt autour de 30 000.- CHF par étudiant et par an. Le montant de 120 000.- CHF inclut les dépenses associées à la recherche menée par les facultés ainsi que la recherche financée par des fonds tiers (bourses, financements privés, etc.). Cependant, si la proximité entre recherche et formation est incontestable et bénéfique, leurs objectifs restent différents. Il est important de distinguer les coûts liés à la recherche de ceux liés à l'enseignement médical, afin de ne pas faire peser sur les jeunes médecins des charges qui relèvent ni de leur responsabilité ni de leur parcours académique proprement dit.

Mais le cœur de la problématique réside dans les conditions de travail: de

plus en plus de jeunes médecins veulent travailler à temps partiel⁴ ou quittent la profession, non pas par désengagement, mais principalement dû aux conditions de travail difficiles. En Suisse, un-e médecin assistant-e travaille en moyenne plus de 56 heures par semaine.⁵ Cette surcharge est alimentée par un manque de flexibilité et une charge administrative démesurée, souvent réalisée sur des systèmes numé-

**PLUTÔT QUE DE
SANCTIONNER,
NOUS DEVONS
FAVORISER UN
CLIMAT DE
VALORISATION**

riques obsolètes. Par ailleurs, un médecin assistant sur cinq subit des pressions pour ne pas déclarer ses heures supplémentaires.⁶ Cette réalité nourrit le stress et le burnout: associer le temps partiel à un manque d'engagement est non seulement faux, mais

profondément injuste et potentiellement dangereux pour les patient-es.

Au-delà de la question des conditions de travail, imposer un taux d'activité élevé sans considération individuelle revient surtout à pénaliser celles et ceux ayant des responsabilités familiales ou des raisons de santé personnelles. Le système, actuellement très peu adapté aux modèles familiaux modernes, pèse surtout sur les femmes,⁷ pourtant majoritaires dans les volées étudiantes. Une telle politique renforcerait les inégalités de genre dans la profession médicale, déjà bien présentes.

Plutôt que de sanctionner, nous devons favoriser un climat de valorisation. Des pistes existent: soutenir le travail en zone sous-dotée ainsi que proposer des incitations à long terme. En misant sur l'attractivité plutôt que la contrainte, nous pourrions renforcer l'engagement des jeunes professionnel-les. La pénurie médicale exige une réponse multisystémique, misant sur la formation et la valorisation du personnel médical. Plutôt que de cibler celles

et ceux qui entrent dans la profession, unissons nos efforts pour rendre la médecine plus humaine tout en écoutant les besoins des nouvelles générations afin de favoriser une pratique à la fois durable et engageante.

1 Fernandez X, Zurich – Faire rembourser les frais d'études aux médecins à temps partiel. 20 Minutes. 7 juin 2025. Disponible sur:

www.20min.ch/fr/story/zurich-faire-rembourser-les-frais-d-etudes-aux-medecins-a-temps-partiel-103359728

2 FMH – Fédération des médecins suisses. Statistique médicale 2023: données sur la situation des médecins en Suisse. Berne: FMH, 26 mars 2025. Disponible sur: www.fmh.ch/files/pdf32/20250326_cdp_statistique_medecale_fmh_fin_fr-2.pdf

3 swimsa – Swiss Medical Students' Association. Statement on the costs of medical studies in Switzerland. 1er octobre 2024. Disponible sur:

<https://swimsa.ch/wp-content/uploads/2024/10/swimsa-statement-costs-of-medical-studies.pdf>

4 Le Temps. Nouvelle génération de médecins de famille réclame des temps partiels. Le Temps 25 avril 2019.

Disponible sur: www.letemps.ch/suisse/nouvelle-generation-medecins-famille-reclame-temps-partiels

5 Gut A, Fröhli D. Arbeitssituation der Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte. 2023, May 20.

6 swimsa – Swiss Medical Students' Association. Policy Paper on the Working Conditions of Medical Professionals in Switzerland. Juillet 2024. Disponible sur: https://new.swimsa.ch/wp-content/uploads/2024/07/2023_Policy-Paper-on-the-Working-Conditions-of-Medical-Professionals_E.pdf

7 ILO. Improving employment and working conditions in health services. Geneva; 2017. Disponible sur:

www.ilo.org/publications/improving-employment-and-working-conditions-health-services

CHLOÉ ANAÏS ROSENFELD ET ANOUSHKA DÖRR

Advocacy Board Chair
Officier de liaison à la swimsa
swimsa | swiss medical students' association
c/o Medworld AG
Sennweidstrasse 46
6312 Steinhausen
chloe.rosenfeld@gmail.com
anoushka.doerr@icloud.com

Face aux retards de l'ISFM, la relève médicale s'organise

Un an ! Il s'agit, depuis le début du mois d'octobre du délai (minimal !) d'attente avant le traitement d'une demande de titre de spécialiste FMH en Suisse. Concrètement, il faut donc 12 mois pour que nos jeunes collègues, qui représentent la relève médicale de ce pays, puissent avoir la simple reconnaissance sur papier, de leur formation exigeante et si difficilement acquise. Comme précédemment rapporté par le Docteur S. Teicher¹ ces retards occasionnent des préjudices financiers et professionnels historiquement sans précédent pour quelque 2500 médecins en attente de FMH. Cela va de l'impossibilité d'une promotion vers une fonction hospitalière mieux rémunérée pour des responsabilités pourtant équivalentes, à l'incapacité de facto de réaliser un *fellowship* à l'étranger, et plus grave encore, à la reprise d'un cabinet de médecin de premier recours, prenant ainsi en otage toute une patientèle qui souffre déjà largement du manque de médecin généraliste. Le 16 juin 2025, le conseiller national Cyril Aellen alerte le Conseil Fédéral sur les délais inacceptables² ce dernier juge la situation temporaire et considère qu'il n'y a donc pas de mesures supplémentaires à introduire. Le conseil fédéral « ne dispose [...] pas de bases légales lui permettant d'exiger un traitement plus court par l'ISFM. Il ne juge pas non plus opportun de créer de telles dispositions ». Cette décision est appuyée par le fait que l'ISFM s'est engagé à rattraper son retard et de permettre un délai de traitement normalisé en février 2026. En somme, circulez, il n'y a rien à voir. Depuis le début de l'année, les sections de l'ASMAC ont de leur côté multiplié les « lettres ouvertes » pour tenter de faire bouger les lignes, mais ces démarches sont restées sans effet concret.

C'est dans ce contexte que trois médecins du CHUV ont lancé un sondage d'opinion via une application de messagerie, rassemblant en une semaine plus de mille médecins de toute la Suisse. Forte de cette mobilisation, l'Association Relève médicale suisse (ARMS) – *Schweizerischer medizinischer Nachwuchsverband* a été créée

fin septembre et compte déjà plus de 200 membres actifs.

Crise à l'ISFM: retards, excuses, mais rien à l'horizon

Depuis 2023, l'ISFM est en crise de manière constante avec actuellement 2500 dossiers en attente. Les explications avancées à plusieurs reprises à travers son ancienne présidente Madame Brödmann-Maeder, et par son directeur Monsieur Jörg Gröbli, se limitent à des excuses adressées aux médecins concernés et à des justifications peu convaincantes, comme le manque de personnel formé, la complexification des formations alors que celles-ci n'ont pas radicalement changé au point de justifier un tel retard, ou encore le retard dans l'automatisation des processus. Il convient pourtant de rappeler

que l'ensemble du dossier soumis à vérification est déjà informatisé et transmis par voie électronique par le médecin concerné, qui réalise par ailleurs une grande partie du travail en amont. Tous ces éléments pointent vers un manque d'organisation et de diligence à l'égard de la relève médicale, ainsi qu'un déficit d'anticipation évident face aux besoins futurs.

Démarche associative et juridique

Il est rare, en Suisse, de voir émerger un nouveau mouvement alors que des associations existent déjà. La constitution, en quelques semaines, de l'ARMS rassemblant plus de 200 médecins signale un problème structurel et un déficit d'écoute au sein des instances existantes, avec une ampleur qui rappelle la « grève des crayons » du CHUV en 2003. Créée fin septembre, l'ARMS a engagé des démarches juridiques pour obtenir la délivrance des titres de spécialiste dans un délai maximal de trois mois; à défaut, elle demande l'annulation de l'émolument exigé pour l'examen des dossiers (CHF 4000.– pour un premier titre FMH, CHF 2000.– pour les suivants). La facturation de l'émolument plein est absolument injustifiable dans un contexte

de retards systémiques touchant des milliers de médecins. L'ISFM porte l'entière responsabilité de la situation et la renonciation aux émoluments constituerait le strict minimum, d'autant plus que cette institution dispose de réserves confortables qui s'élèvent à plus de 10 millions de CHF. Cette évolution dénote d'une incapacité de l'ISFM à surmonter cette crise par ses propres moyens.

Par l'intermédiaire de ses avocats, l'ARMS a adressé une plainte au Département fédéral de l'intérieur ainsi qu'une mise en demeure à l'ISFM. Faute de réponse favorable de la part de cette dernière concernant l'obtention immédiate du titre et l'annulation des émoluments, un recours a dès lors été déposé auprès du Tribunal administratif fédéral.

Il serait donc temps que l'ISFM se positionne comme un partenaire et non un adversaire des jeunes médecins. Dans l'intervalle, nous continuerons à défendre nos intérêts par toutes les voies légales à notre disposition.

Intelligence artificielle: les auteurs ont déclaré avoir utilisé l'IA pour les corrections grammaticales et orthographiques, ils ont ensuite validé la version finale de l'article.

- 1 www.tdg.ch/medecins-suisse-bloques-par-un-titre-qui-narrive-pas-657941611695
- 2 www.parlament.ch/fr/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefte?Affairid=20253617

Comité de l'Association Relève médicale suisse
info@relevemedicalesuisse.ch

**DR ALEXIS BIKFALVI, DR OSKAR VOEGTLIN,
DR MEHDI VOLLET ET DR GUILLAUME GABRIEL**

Service d'anesthésiologie
Centre hospitalier universitaire vaudois, 1011 Lausanne
alexis.bikfalvi@chuv.ch
oskar.voegtlin@chuv.ch
mehdi.vollet@chuv.ch
guillaume.gabriel@chuv.ch

DR ARURAN BASKARALINGAM

Service de cardiologie
Réseau hospitalier neuchâtelois
2000 Neuchâtel
aruran.baskaralingam@rhne.ch

L'ISFM PORTE
L'ENTIÈRE
RESPONSABILITÉ
DE LA SITUATION



Articles publiés
sous la direction de

SOPHIE PAUTEX

Service de médecine
palliative
Hôpitaux
universitaires de
Genève

CLAUDIA GAMONDI

Service de soins
palliatifs et soins de
support
Centre hospitalier
universitaire vaudois

La médecine palliative dans dix ans: quelle place dans nos pratiques?

Pre SOPHIE PAUTEX et Pre CLAUDIA GAMONDI

Rev Med Suisse 2025; 21: 2211-2 | DOI: 10.53738/REVMED.2025.21.943.48121

Penser la médecine palliative à l'horizon 2035, c'est tenter un exercice de projection dans un monde en mutation. Les soignants de demain seront confrontés à un double défi: d'une part, le vieillissement massif et inédit de la population mondiale, d'autre part, la chronicisation de maladies graves autrefois rapidement fatales. Cancers, insuffisances d'organe, maladies neurodégénératives ou pathologies génétiques rares concerneront plus de patients vivant longtemps avec des symptômes complexes et fluctuants. Dans ce contexte, la question ne sera plus de savoir si la médecine palliative doit être intégrée aux pratiques, mais bien comment elle structurera le parcours de soins.

Déjà aujourd'hui, la frontière entre médecines curative et palliative tend à s'estomper. L'approche centrée sur la qualité de vie et l'accompagnement ne se limite plus aux derniers jours, mais s'inscrit dès le diagnostic de maladies évolutives. Dans dix ans, cette intégration sera probablement la norme: les patients bénéficieront d'une approche globale articulant traitements spécifiques et prise en charge palliative, dans une continuité adaptée à chaque étape.

Les innovations médicales et technologiques contribueront à cette transformation. L'intelligence artificielle permettra de mieux prédire l'évolution clinique, d'identifier précocement les moments de vulnérabilité et d'anticiper les besoins. Des outils numériques faciliteront la détection des symptômes, la surveillance à distance et l'anticipation des crises. La télé-médecine renforcera le lien entre soignants

et patients, même à domicile ou en zones isolées. Pourtant, ces avancées ne prendront sens que si elles restent au service de ce qui fonde la médecine palliative: l'écoute, la relation et le respect de la dignité.

**GARANTIR UN
ACCÈS ÉQUITABLE,
QUELS QUE
SOIENT L'ÂGE, LA
PATHOLOGIE, LES
RESSOURCES OU
LE LIEU DE VIE**

Parallèlement, les attentes sociétales évolueront. Les patients et leurs proches exprimeront davantage leur volonté d'autonomie décisionnelle, notamment à travers les directives anticipées, les plans de soins anticipés partagés ou l'usage accru d'outils numériques pour consigner leurs choix. Le souhait de maintien à domicile, déjà très présent, deviendra un impératif nécessitant des ressources adaptées, une coordination fluide et une reconnaissance du rôle des proches aidants. La médecine palliative devra aussi relever un défi majeur: garantir un accès équitable, quels que soient l'âge, la pathologie, les ressources ou le lieu de vie.

Dans dix ans, la médecine palliative ne sera plus perçue comme une discipline marginale ou comme une intervention «de dernier recours». Elle sera reconnue comme une compétence de base attendue de tout médecin, infirmier ou professionnel de santé, au même titre que le diagnostic ou la prescription. Les équipes spécialisées garderont cependant un rôle essentiel: elles interviendront dans les situations complexes, porteront la responsabilité d'impulser une culture de soins centrée sur la qualité de vie et auront une mission accrue de formation, de recherche et de plaidoyer. Leur expertise servira de boussoles éthique et clinique dans un paysage médical parfois dominé par la technique.

Extrait de la Revue médicale suisse 2/2

REVUE MÉDICALE SUISSE

La médecine palliative s'est toujours définie par un engagement humaniste. Cet engagement restera son socle, même en 2035, à l'heure des technologies les plus sophistiquées. Elle continuera d'incarner une médecine de la relation, attentive à la souffrance et aux valeurs des patients, capable d'articuler compétence technique et accompagnement humain. Son avenir se dessine comme une

alliance féconde: utiliser les outils du progrès sans perdre de vue sa raison d'être, accompagner, soulager et respecter, avec équité, compétence et humanité.

Utilisation de l'IA: les auteures ont déclaré avoir utilisé l'IA pour dernière correction grammaticale et orthographique et avoir ensuite validé la version finale de l'article.

2212

WWW.REVMED.CH
10 décembre 2025



Fondée en 1984 à Genève, la Fiduciaire GESPOWER offre un encadrement professionnel d'aide à la gestion de votre entreprise ou de votre cabinet médical, secteur dans lequel la fiduciaire est fortement impliquée.

Nos principaux services:

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

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

Santé numérique

InfoMed: un outil numérique au service d'une orientation territoriale des patients

FRÉDÉRIC EHRLER, FRANCK SCHNEIDER et Dre KATHERINE BLONDON

Rev Med Suisse 2025; 21: 2244-7 | DOI : 10.53738/REVMED.2025.21.943.48003

INTRODUCTION

Dans un système de santé toujours plus complexe, l'orientation des patients constitue un défi crucial. L'engorgement des urgences, l'essor des soins ambulatoires, la diversité des points d'accès aux soins (médecine de premier recours, maisons de garde, urgences spécialisées) et la variété des modèles d'assurance (standard, médecin de famille, HMO (Health Maintenance Organization), télé-médecine) influencent fortement les parcours. Ces paramètres peuvent conditionner l'accès direct à certains prestataires, imposer un passage préalable par un médecin référent, ou limiter le recours à certaines structures. La navigation dans ce paysage hétérogène reste difficile, tant pour les patients que pour les soignants. En Suisse, une étude longitudinale montre que les parcours de soins des personnes âgées se répartissent en au moins six trajectoires distinctes, allant d'une utilisation très faible à des recours intensifs ou précoces aux urgences.¹ Ce constat illustre la complexité des parcours de soins et renforce la pertinence d'outils capables d'orienter efficacement les usagers selon leur profil. Dans ce contexte, les outils numériques ne doivent pas se contenter d'informatiser l'existant, mais aider à repenser la relation entre citoyen et système de santé. Le projet InfoMed trouve ses origines en 2014 déjà, alors que ce type d'applications était inexistant. Conçu et développé aux Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) avec le soutien principal de la fondation privée des HUG, le projet a progressivement évolué.

D'abord centré sur l'orientation des patients pédiatriques avec l'application InfoKids, déjà qualifiée de véritable « changement de paradigme du parcours patient » aux urgences pédiatriques grâce à son accompagnement avant, pendant et après la consultation via des modules web et mobiles,² le projet s'est progressivement étendu à l'ensemble des services d'urgen-

ces des HUG sous le nom InfoMed. Il ambitionne aujourd'hui de devenir une véritable boussole numérique pour les patients, couvrant l'ensemble du réseau de soins genevois et renforçant la coordination territoriale.

PAYSAGE DES SOLUTIONS NUMÉRIQUES D'ORIENTATION DES PATIENTS

Une revue systématique récente a analysé les applications mobiles de triage d'urgence disponibles dans la littérature et sur le Play Store, et a constaté que sur 13 applications recensées, seules deux étaient effectivement accessibles, certaines souffrant de limitations importantes comme des mises à jour rares ou des problèmes d'accès, ce qui souligne le décalage entre les propositions théoriques et leur disponibilité réelle.³ En Suisse et dans les régions limitrophes, plusieurs solutions numériques visent à améliorer l'orientation des patients. L'Online Forward Triage Tool (Inselspital, Berne) et le CovidGuide/SMAS Pathfinder ont démontré leur potentiel pour réduire la fréquentation inappropriée des urgences, tandis qu'en Allemagne, des applications comme Ada ou NetDoktor illustrent les enjeux d'adoption et de confiance des usagers. Plus localement, Medigo, active dans les cantons de Vaud et Genève, oriente vers les centres d'urgences non vitales en fonction de la localisation, de l'affluence en temps réel et de la spécialité recherchée. Les assureurs suisses développent également leurs propres outils, tels que *active365* (CSS), *Hel-sana+* ou *sante24* (SWICA), principalement orientés vers la prévention et le conseil médical à distance. Dans ce contexte, InfoMed se distingue par son objectif de coordination territoriale interinstitutionnelle, en intégrant directement les acteurs du réseau de soins au service d'une orientation unifiée pour les citoyens.

UNE APPLICATION CONÇUE AVEC LES PATIENTS, ÉVALUÉE ET VALIDÉE

InfoMed est une application mobile d'aide à l'orientation médicale pour renforcer l'autonomie des patients face à un système de soins souvent complexe. En quelques étapes simples, l'utilisateur peut évaluer ses symptômes et obtenir une recommandation personnalisée: consulter un médecin, se rendre aux urgences ou appeler le 144. L'application propose également une information en temps réel sur l'affluence dans les centres du Réseau Urgences Genève (**figure 1**), facilitant ainsi l'orientation du patient. En complément, InfoMed fournit aussi des conseils de prise en charge pour certaines situations bénignes (par exemple, la prise de paracétamol en cas de maux de gorge, ou la recommandation de la vaccination contre la grippe), contribuant ainsi à renforcer l'autonomie des usagers et à promouvoir des comportements de santé responsables. En se positionnant comme un trait d'union entre l'usager et le réseau de soins, InfoMed a pour objectif de contribuer à une utilisation plus efficiente des ressources médicales.

InfoMed a été conçue selon une approche *user-centered design* impliquant patients et soignants dès la phase d'idéation, afin de définir les scénarios d'usage et prioriser les fonctionnalités. La conception a inclus des focus groups utilisateurs semi-supervisés, des entretiens avec les référents métier urgences, du tri de carte pour l'organisation de l'information et une phase de prototypage itérative. Le développement de la première version a été assuré par une équipe de recherche et de développement des HUG en collaboration avec le service d'accueil des urgences pédiatriques pour ensuite être industrialisé par une équipe interne de la Direction de la transformation numérique et de l'intelligence augmentée des HUG. L'application s'appuie sur des données en temps réel issues des systèmes hospitaliers

Forfaits ambulatoires

Souligner ce qui relie, respecter ce qui divise

La conseillère fédérale Elisabeth Baume-Schneider, qui a repris un dossier difficile en matière de tarifs, a fait preuve de beaucoup de courage en approuvant le nouveau tarif. Elle a réussi à réunir tous les partenaires tarifaires autour d'une table, mais l'épée utilisée pour trancher le « nœud gordien » s'avère toutefois à double tranchant.



Michele Genoni
Prof. méd., président
de la FMCH, spé-
cialiste en chirurgie
générale, en méde-
cine intensive et en
chirurgie cardiaque et
vasculaire thoracique

Les forfaits ambulatoires sont source de préoccupation pour plusieurs raisons : premièrement, nous savons que de nombreux forfaits ne remplissent pas les exigences légales. Dans les cas extrêmes, l'écart des prestations inscrites dans le tarif peut aller de 300 à 3000 francs. Deuxièmement, pas moins de 500 propositions de modification ont déjà été soumises à l'OTMA, une charge de travail à laquelle il est impossible de répondre dans le délai imparti.

Enfin, troisièmement, d'autres erreurs aux conséquences potentiellement graves risquent d'apparaître lors de l'application des tarifs.

Par ailleurs, les prestations ambulatoires dont les coûts ne sont pas couverts par les tarifs seront transférées dans les hôpitaux où leurs coûts ne seront couverts qu'à hauteur de 75 % environ et où les délais d'attente s'allongeront au détriment des patients. Dans le pire des cas, on risque une médecine à deux vitesses. Il faut également s'attendre à de nombreuses actions en justice à partir de janvier 2026. Il manque actuellement une ligne claire sur la manière de concevoir un forfait ambulatoire pour qu'il soit homogène.

Des précisions s'imposent

C'est pourquoi nous demandons que le Conseil fédéral veille à ce que les tarifs soient conformes à la LAMal et calculés correctement. Cela implique de les préciser dans les ordonnances. L'OAMal et l'OPAS doivent notamment définir les grandes lignes pour concevoir les forfaits. L'OTMA est également appelée à rendre ses règlements et ses processus transparents. En collaboration avec la

s'appliquent à l'ensemble des professionnelles et professionnels de santé qui participent aux forfaits ambulatoires. Pour l'heure, tous ces points sont en suspens.

Un corps médical uni

Les forfaits concernent l'ensemble des médecins, à la seule différence que certains sont d'ores et déjà concernés alors que d'autres ne le sont pas encore. Le transfert prévu des prestations pour les CT et les IRM dans des forfaits ambulatoires à partir de 2029 illustre bien que quasiment aucune position tarifaire du TARDOC ou prestation individuelle n'échappera tôt ou tard à un forfait. Ce qui concerne aujourd'hui les spécialistes s'appliquera demain aux généralistes.

La FMCH a soutenu le TARDOC dès le départ et participé à l'élaboration des premiers forfaits. Conçus et calculés correctement, ils pourraient favoriser le virage ambulatoire et contribuer à la maîtrise des coûts. Le processus d'introduction du nouveau système tarifaire ambulatoire doit permettre de rendre chaque forfait ambulatoire conforme à la LAMal. Il faudra des années avant que toutes les erreurs les plus grossières soient corrigées, et il faudra surtout un corps médical uni. Si les généralistes et les spécialistes se laissent monter les uns contre les autres, tous seront pénalisés.

Correspondance
sekretariat@fmch.ch

● ● ●

**Les forfaits concernent
l'ensemble des médecins,
à la seule différence
que certains sont d'ores
et déjà concernés
alors que d'autres ne le
sont pas encore.**

FMH, la FMCH et les sociétés de discipline médicale, elle devra établir une hiérarchie dans le traitement des propositions d'amélioration des tarifs et accorder la priorité à tous les forfaits de la liste «l'ambulatoire avant l'hospitalier». Il s'agit aussi de définir quels droits et quelles obligations auront les entités qui déposent des propositions et comment les sociétés de discipline seront consultées. Enfin, aussi de veiller à ce que les garanties de qualité en vigueur en Suisse

Gel des admissions

Le Tribunal fédéral valide les mises en œuvre cantonales

Dans le canton de Berne, l'ordonnance sur les admissions pour les médecins est conforme au droit fédéral, tout comme les nombres maximaux de médecins et le taux de couverture qu'elle prévoit. C'est ce que confirme le Tribunal fédéral dans un arrêt de principe. La juridiction suprême a émis plusieurs autres arrêts favorables aux applications cantonales du gel des admissions.

Gabriela Lang^a, Iris Herzog-Zwittler^b

^alic. en droit, cheffe du Service juridique de la FMH, ^bDre en droit, juriste au Service juridique de la FMH

Le 1^{er} janvier 2001 marque l'entrée en vigueur d'une nouvelle disposition autorisant le Conseil fédéral à limiter l'admission des médecins en fonction des besoins dans le domaine ambulatoire. Prévu initialement pour une durée de trois ans, l'art. 55a de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal) a été ensuite prorogé et modifié plusieurs fois jusqu'au 31 décembre 2011, avant d'être réintroduit le 1^{er} juillet 2013. Cette histoire sans fin a continué à l'été 2020, lorsque le Parlement a adopté la révision de la LAMal visant à réglementer l'admission des fournisseurs de prestations autorisés à facturer à la charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS). L'article révisé « Limitation du nombre de médecins qui fournissent des prestations ambulatoires » (art. 55a LAMal) est entré en vigueur le 1^{er} juillet 2021. Il sera suivi, le 1^{er} janvier 2022, de l'entrée en force des critères d'admission pour les médecins qui débutent leur pratique à la charge de l'AOS dans le domaine ambulatoire.

Depuis le 1^{er} juillet 2021, il revient ainsi aux cantons de déterminer le nombre maximal de médecins sur leur territoire et par spécialité. Pour ce faire, ils se basent sur les critères et principes méthodologiques définis par Conseil fédéral.

Le Conseil-exécutif bernois a concrétisé la législation fédérale le 22 novembre 2023 en édictant l'ordonnance sur l'admission à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins (OAP). Celle-ci repose sur l'art. 55a de la LAMal ainsi que sur l'ordonnance fédérale du 23 juin 2021

sur la fixation de nombres maximaux de médecins qui fournissent des prestations ambulatoires. Entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2024, l'OAP fixe les nombres maximaux par spécialité et par région comme l'illustre le tableau 1.

L'association A. et le Dr B., spécia-

Tableau 1:

Domaine de spécialité	Région	Nombres maximaux en équivalents plein temps [1]
Médecine interne générale	Berne-Mittelland	489,1
Chirurgie	Emmental-Haute-Argovie	16,7
Chirurgie	Bienne-Seeland	16,4
Gastroentérologie	Berne-Mittelland	19,0
Chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur	Berne-Mittelland	63,2
Chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur	Emmental-Haute-Argovie	15,5
Chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur	Oberland	21,1
Chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur	Bienne-Seeland	18,6
Pneumologie	Berne-Mittelland	17,7

liste en médecine interne générale et en cardiologie (ci-après «recourants»), ont fait recours auprès du Tribunal fédéral (TF) contre l'ordonnance sur l'admission (OAP) édictée par le Conseil-exécutif du canton de Berne («partie défenderesse»). Le TF s'est penché sur les griefs émis par les recourants.

Violation du droit à des soins médicaux de base ?

Ceux-ci ont notamment fait valoir que l'OAP violerait le droit à des soins médicaux de base, un droit inscrit à l'art. 117a de la Constitution fédérale (Cst.). Ce à quoi le TF répond que la partie défenderesse retient l'admission AOS uniquement là où les besoins sont déjà couverts. Le canton encourage par contre les disciplines ambulatoires de premier recours lorsqu'une pénurie de médecins se fait sentir, afin de veiller à ce que toute personne ait accès à des soins médicaux de base suffisants et de qualité, conformément à l'art. 117a Cst. Berne a par exemple lancé en 2008 le programme d'«Assistanat au cabinet médical», programme qui s'est vu prolongé à nouveau en 2023 pour une durée de quatre ans. Il a également soutenu des établissements de formation postgraduée dans quatre disciplines: médecine interne générale, pédiatrie, psychiatrie et psychothérapie, psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents. Le canton a en outre soutenu la mise en place durable de nouveaux établissements de formation postgraduée dans ces mêmes disciplines par le biais de programmes d'innovation dont il assumerait 90 % des coûts. Le TF en a déduit que le canton de Berne se souciait de fournir à sa population des prestations médicales adaptées à ses besoins et qu'il n'y avait pas de violation de l'art. 117a Cst.

Base correcte pour le calcul des nombres maximaux ?

Les recourants ont également invoqué une violation de l'art. 5 de l'ordonnance du 23 juin 2021 sur la limitation du nombre de médecins dans le domaine ambulatoire, qui détermine le calcul des nombres maximaux. Sur ce point, le TF argue que la planification des besoins dans l'ambulatoire a été élaborée à partir du rapport final de l'Observatoire suisse de la santé (Obsan) intitulé «Taux de couverture régionaux par domaine de spécia-

lisation pour servir de base aux nombres maximaux dans les soins médicaux ambulatoires». L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) avait en effet mandaté l'Obsan ainsi que le bureau de conseil en économie BSS d'établir ce rapport. Rien ne s'opposerait à ce que le contenu dudit rapport serve de base à la décision en question.

Le Tribunal fédéral considère que la limitation des admissions dans le canton de Berne est conforme à la Constitution.

Baisse du niveau des soins ?

Autre grief des recourants: la limitation du nombre de médecins dans une discipline donnée entraînerait une baisse du niveau des soins de base, voire une mise en péril de la prise en charge médicale de la population du canton. Le TF rétorque que la planification des besoins ambulatoires permet précisément une évaluation de la situation en matière de soins. «Elle permet d'identifier les endroits où le niveau de couverture est supérieur ou inférieur à la moyenne. L'objectif est de garantir, dans l'intérêt public, une couverture médicale complète, adaptée aux besoins et proche du lieu de résidence de la population dans toutes les régions du canton, ainsi qu'un accès équitable aux soins médicaux ambulatoires, en tenant compte des particularités régionales» (trad. FMH). La Cour se réfère également à l'étude commandée par l'OFSP portant sur le potentiel d'efficacité des prestations soumises à la LAMal. Pour les soins médicaux ambulatoires, l'étude estime ce potentiel globalement entre 1,46 et 1,6 milliard de francs, soit entre 3,2 % et 3,5 %. Pour les traitements hospitaliers ambulatoires, ce potentiel se situe entre 0,96 et 1,05 milliard, soit entre 2,1 % et 2,3 %.

Se basant sur le rapport de l'Obsan, le TF n'a pas non plus retenu l'argument des recourants selon lequel il n'est pas avéré qu'une limitation des admissions aurait un effet modérateur

sur les coûts [2]. Ce rapport permet au contraire de constater que, lors de la première période de gel des admissions (2002 à 2011), les coûts de l'AOS dans le domaine de la médecine spécialisée n'avaient augmenté de manière significative dans toute la Suisse qu'après la levée des restrictions en 2012-2013.

Ambulatoire versus hospitalier

Les recourants ont également reproché à l'OAP de compromettre l'exécution des mandats de prestations fédéraux et la reconnaissance des hôpitaux bernois en tant que centres de formation postgraduée, mais aussi de nuire à l'objectif fédéral de transférer les soins hospitaliers vers l'ambulatoire. Là aussi, les juges fédéraux soutiennent le canton: «Les deux secteurs (ambulatoire et hospitalier) se recoupent sur certains points mais ne sont pas analogues. Comme la partie défenderesse, on est en droit de douter que la fixation de nombres maximaux dans le secteur ambulatoire ait un impact négatif sur le respect des exigences en matière de personnel, y compris sur les possibilités de formation postgraduée dans le secteur hospitalier. On peut au contraire partir du principe que des nombres maximaux dans l'ambulatoire pourraient avoir un effet favorable sur l'hospitalier, en particulier dans les spécialités où règne une pénurie chronique de médecins. Dans ces domaines, l'offre hospitalière – y compris la formation postgraduée – ne pourra être assurée que si un nombre suffisant de médecins est toujours prêt à travailler dans cet environnement professionnel. On peut donc imaginer qu'avec les restrictions dans l'ambulatoire, la demande pour des postes de médecins en milieu hospitalier augmentera» (trad. FMH).

Mise en œuvre conforme à la loi ?

Selon les recourants, le canton aurait agi de façon arbitraire au moment de légiférer. Il se serait notamment basé sur des données insuffisantes lors de l'édiction de l'OAP: il ne connaissait alors ni l'offre médicale dans le canton, ni les besoins objectifs en termes de prestations spécialisées. Ce à quoi le TF répond que les calculs du rapport de l'Obsan et de BSS, utilisés par la partie défenderesse, valent pour toute la Suisse. Ils reposent donc sur les critères méthodologiques fixés par le droit fédéral ainsi que sur l'expertise

des deux organismes impliqués. À la demande du canton de Berne, l'Obsan et BSS ont non seulement calculé les taux de couverture, mais aussi déterminé l'offre de médecins au niveau des régions administratives et l'ont précisée en équivalents plein temps. Aux yeux du TF, la base de calcul ne peut donc être considérée comme arbitraire.

Globalement, le TF considère dans cet arrêt de principe (ATF 151 V 100)

que la mise en œuvre du moratoire sur les admissions dans le canton de Berne est conforme au droit fédéral. La plus haute juridiction a confirmé cette conformité lors de plusieurs arrêts subséquents concernant d'autres cantons. ● ● ●

Correspondance

lex@fmh.ch

Littérature

1 Le taux de couverture maximal pour toutes les spécialités médicales et toutes les régions a été fixé à 115 %, conformément à l'ordonnance sur l'admission à pratiquer (OAP)

2 Obsan Bulletin 4/2017, p. 3.
https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/2021-08/obsan_bulletin_2017-04_f.pdf

Commentaire d'Yvonne Gilli

Il y a un quart de siècle, alors que les premiers accords bilatéraux avec l'Union européenne introduisaient la libre circulation des personnes, le corps médical suisse redoutait un afflux de médecins provenant de l'espace européen. Il a donc salué la nouvelle compétence octroyée au Conseil fédéral de limiter les admissions à pratiquer dans le secteur ambulatoire. Or, dès le début, la mise en œuvre de ces plafonds s'est avérée difficile, entraînant une série de problèmes auxquels les praticiens font face actuellement. La pénurie de médecins – aiguë ou en voie de le devenir – en est sans doute le plus grave. Très prononcée en médecine de premier recours, elle risque de le devenir aussi dans la médecine spécialisée en fonction des régions et des disciplines. Pas étonnant dès lors que plusieurs sociétés cantonales de médecine utilisent les moyens à leur disposition pour se défendre contre le gel des admissions, une mesure qui, selon les directives du Conseil fédéral, oblige les cantons à fixer des nombres maximaux. Les médecins estiment que cette mesure ne fonctionne pas du tout et en veulent pour preuve le fait qu'il y a des grandes différences entre les applications cantonales. Ainsi, alors que le Conseil d'État zurichois a décidé il y a six mois de suspendre provisoirement le moratoire sur les admissions, d'autres cantons, comme celui de Berne, l'appliquent. L'argumentation ne convainc pas

dans cet arrêt de principe du Tribunal fédéral (TF). Même si le canton de Berne s'efforce sincèrement de réguler les prestations médicales de façon à couvrir les besoins de la population, cela ne signifie pas pour autant que le résultat est là. Le TF reste aussi plutôt flou lorsqu'il s'exprime sur la qualité du rapport de l'Obsan, qui fournit – de façon plutôt aventureuse – les bases statistiques pour la régulation des admissions. Cette imprécision est une conséquence malheureuse de la méthode utilisée lors de l'établissement de ce rapport. Plusieurs sociétés médicales ont pris part aux groupes de travail, sans toutefois exiger la garantie que le rapport final mentionne explicitement le fait que leur avis d'experts n'avait pas été suffisamment pris en compte. On ne peut que souhaiter que les déboires actuels du gel des admissions nous servent de leçon pour d'autres collaborations à des groupes de travail qui auront un impact sur d'éventuelles régulations.

Par ailleurs, cet arrêt entretient le narratif politique selon lequel seule la question des coûts entre en ligne de compte. L'ancien conseiller fédéral Pascal Couchepin alimentait déjà cette thèse par des déclarations simplistes, arguant que chaque « nouveau » médecin engendrait des coûts de l'ordre de 300 000 à 500 000 francs. Son successeur

Alain Berset a même été plus loin : en créant de toutes pièces un scandale sur les revenus non représentatifs de certains médecins, il a attisé la peur que l'explosion des coûts provoque un effondrement du système de santé. Aucune de ces déclarations n'est vraie ou ne tient suffisamment compte de la dynamique complexe dont dépend l'évolution des coûts de la santé. En plus, elles détournent l'attention des échecs politiques en la matière, notamment en ce qui concerne l'évolution des prix des préparations originales nouvellement autorisées ou encore la compensation sociale de la charge des primes maladie.

En résumé, l'arrêt du TF reflète la polarisation croissante entre le point de vue des décideurs politiques et celui des spécialistes du monde médical. Les premiers déclenchent une pénurie de médecins programmée, les seconds devront composer avec cette pénurie, à leur propres dépens. Et ils auront intérêt à s'y atteler de façon nuancée et en faisant front commun, conscients qu'ils sont de leur coresponsabilité. Car il n'est pas facile de revenir en arrière lorsqu'on a joué à l'apprenti sorcier.



Yvonne Gilli
Dre méd., présidente
de la FMH, spécialiste
en médecine interne
générale

Simplement acquérir des connaissances



S'inscrire
maintenant

Organisateur leader de séminaires
orientés vers la pratique

Réservez votre place

- Ouverture et reprise d'un cabinet médical
- Remise et cessation d'un cabinet médical
- Cabinet de groupe
- Atelier sur la gestion du cabinet médical
- et bien d'autres encore

CONSULTING

FMH Consulting Services AG
Avenue d'Ouchy 66
1006 Lausanne
Téléphone 021 922 44 35
mail@fmhconsulting.ch
www.fmhservices.ch



Programme 2026

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE GENÈVE

TOUTES LES CONFÉRENCES DÉBUTENT À 19H, EN PRÉSENTIEL



La Professeure Caroline Samer, présidente 2026, vous propose :

« Du scalpel à l'algorithme : 150 ans de la Faculté de Médecine de Genève »

DATE	TITRE	LIEU	ORATEUR
11 février	Quelle place pour la médecine dans la société ?	CMU auditoire Champendal	André Comte-Sponville, Philosophe, Paris
4 mars	À propos de l'exposition Anatomie	Musée d'Histoire des Sciences	Dr Christophe Lamy, Anatomiste et chercheur, Faculté de médecine, Genève Laurence-Isaline STAHL GRETSCH, Médiatrice, Musée d'histoire des sciences
6 mai	Entre vocation et désenchantement : regard philosophique sur la profession médicale	CMU auditoire Champendal	Dre Julia de Funès, Philosophe, écrivaine et conférencière, Paris
2 septembre	Soirée en collaboration avec le Festival de la Bâtie (à confirmer)		
7 octobre, conférence Julliard-Révillod	Les meilleurs travaux de Bachelor en immersion en communauté	CMU, auditoire Reverdin	Pr Yves Jackson et étudiants de Bachelor - SMPR, HUG
4 novembre	L'IA est-elle intelligente ?	CMU auditoire Champendal	Etienne Klein, Physicien et philosophe des sciences, Paris
2 décembre	Pandémie de désinformation médicale	CMU auditoire Müller	Pr Mathieu Molimard, Pharmacologue, CHU de Bordeaux Dr Mathieu Rebeaud, Biochimiste, Laboratoire de Biophysique statistique, EPFL

L'entrée est libre et gratuite. En raison du nombre limité de places dans les salles, une inscription préalable est nécessaire. Inscriptions sur le site www.smge.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 Maria Fernanda ALCOCER

Rue Adrien Lachenal 24, 1207 Genève
Née en 1979, nationalité Espagnole
Diplôme de médecin en 2006 en Bolivie
Reconnaissance en 2019
Titre postgrade de Médecin praticien en 2016 en Espagne
Reconnaissance en 2019

Médecin Généraliste spécialisée en médecine d'urgence avec une expérience significative en Suisse et en Espagne. Actuellement, elle exerce en tant que Médecin de famille au sein du cabinet de Dr Nicolas Dunand, depuis mars 2025 et également en tant que médecin cadre au Service de Médecine des Urgences à la Clinique La Colline (Hirslanden) depuis mai 2022, où elle assure la prise en charge des patients en situation d'urgence, et elle supervise la formation des jeunes médecins assistants.

Dr Louis BLANC

Centre Médical de la Jonction,
Rue des Deux-Ponts 12, 1205 Genève
Né en 1984, nationalité Suisse
Diplôme de médecin en 2016 en Suisse
Titre postgrade en Médecine interne générale en 2025 en Suisse

Après ses études de médecine aux universités de Berne et de Genève, il a exercé dans les milieux hospitalier et ambulatoire à Berne, Genève et Vienne (Autriche). De retour en Suisse en 2023, il a poursuivi sa formation aux Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) en vue d'obtenir le titre de spécialiste en médecine interne générale. Il s'installera en ville de Genève en janvier 2026.

Dre Danièle BONJOUR

Clinique des Grangettes,
Chemin des Grangettes 8,
1224 Chêne-Bougeries
Née en 1973, nationalité Suisse
Diplôme de médecin en 2001 en Suisse
Titre postgrade de Médecin praticien en 2016 en Suisse

Je suis née au Brésil, et arrivée en Suisse à l'âge de 9 ans, quand j'ai enfin compris la signification de mon nom de famille. J'ai fait mes études de médecine à Genève, hormis pour un petit écart à Bradford, Angleterre, pour mon stage de pédiatrie, et après ma graduation, j'ai travaillé à Genève, puis à Neuchâtel, à l'Hôpital de la Providence et de de Pourtalès. Depuis 2009, je travaille aux Grangettes, au service d'urgences et aux hospitalisations.

Dre Bérénice DELETANG

Clinique des Grangettes, Oncologie,
bâtiment E, Route de Chêne 110,
1224 Chêne-Bougeries
Née en 1982, nationalité Française
Diplôme de médecin en 2009 en France
Reconnaissance en 2013
Titre postgrade en Oncologie médicale en 2022 en Suisse

Après avoir suivi mes études de Médecine Interne en France, j'ai suivi en Suisse, à Genève, mon cursus d'oncologie, ayant été interne puis cheffe de clinique au sein des HUG. J'ai, en parallèle, obtenu une formation approfondie en Soins palliatifs ISFM et suivi durant 2 ans,

une formation en Oncogériatrie à Lyon. Actuellement spécialiste en Oncologie et en Soins Palliatifs, je me suis installée au sein de la Clinique des Grangettes depuis 2024.

Dr Dennis Enrique DOMINGUEZ

HUG, Rue Gabrielle-Perret-Gentil 4,
1205 Genève
Né en 1976, nationalité Suisse
Diplôme de médecin en 2003 en Equateur
Reconnaissance en 2006
Titre postgrade en Chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur en 2013 en Suisse

Dennis Enrique Dominguez, MD, est actuellement chef de la chirurgie du rachis et de la scoliose de l'adulte aux Hôpitaux universitaires de Genève depuis 2016. Formé en Suisse, en France et au Royaume-Uni, il est spécialisé en chirurgie mini-invasive, en déformations spinales et en traumatologie complexe. Auteur de nombreuses publications et régulièrement impliqué dans l'enseignement, il contribue activement au développement académique du rachis à Genève. Marié et père de deux enfants, il est attaché à l'exercice d'une médecine collaborative et engagée au sein de la communauté genevoise.

Dre Anne DURAFFOURG

Hôpital de la Tour, Avenue JD Maillard 3,
1217 Meyrin
Née en 1984, nationalité Française
Diplôme de médecin en 2013 en France
Reconnaissance en 2014
Titre postgrade en Médecine interne générale en 2023 en Suisse

Après avoir suivi des études de médecine à la faculté de Grenoble-Alpes et obtenu un diplôme de docteur en médecine générale et médecine et biologie du sport, elle a exercé en montagne plusieurs années. Elle a ensuite refait une formation postgrade de médecine interne/générale et une formation approfondie en

médecine du sport SEMS à l'hôpital de Morges (EHC), puis de La Tour (Meyrin). Actuellement médecin du sport à l'Hôpital de la Tour depuis 2020.

Dre Anne ETIENNE

Clinique du Seujet, Cours de Rive 2,
1207 Genève

Née en 1963, nationalité Française
Diplôme de médecin en 1993 en France
Reconnaissance en 2022

Titre postgrade en Dermatologie
et vénérologie en 2022 en Suisse

Après ma formation à l'HCUG et l'obtention en 1999 du titre post gradué FMH de dermatologue, j'ai exercé cette spécialité en France jusqu'à novembre 2020 où je m'installe à nouveau à Genève au sein de la clinique du Seujet.

Dre Arantxa FERRER JARILLO

Avenue Eugène-Pittard 11, 1206 Genève

Née en 1959, nationalités Suisse
et Espagnole

Diplôme de médecin en 2010 en Espagne
Reconnaissance en 2013

Titre postgrade en Anesthésiologie
en 1989 en Espagne

Reconnaissance en 2017

Après avoir suivi ses études de médecine à l'Université de Barcelone, elle a obtenu le diplôme de docteur en médecine, puis a poursuivi une spécialisation en Anesthésiologie, Réanimation et Clinique de la Douleur à la même université. Elle a travaillé ensuite à l'Hôpital Universitaire de Barcelone ainsi qu'à l'Hôpital Militaire de l'Armée de l'Air à Madrid. Arrivée en Suisse pour des raisons familiales, elle s'est consacrée entièrement à sa fille lourdement handicapée et atteinte de surdité profonde. En parallèle, elle a créé la Fondation DIRE, dédiée à l'aide aux enfants sourds porteurs d'un implant cochléaire. De retour en Espagne, elle a poursuivi ses activités dans ce domaine avant de s'installer définitivement en Suisse. Aujourd'hui, soucieuse de maintenir un lien actif avec la communauté

médicale genevoise, elle souhaite d'apporter sa contribution à la profession. Sa demande d'affiliation à l'Association des Médecins du Canton de Genève (AMGe) a pour but de faciliter les relations professionnelles avec les acteurs du monde de la santé et de participer, par son expérience et son parcours, à des projets à dimension humaine et solidaire.

Dre Lena GROENENDIJK

Hôpital de la Tour, Avenue JD Maillard 3,
1217 Meyrin

Née en 1991, nationalité Suisse

Diplôme de médecin en 2016 en Suisse

Titre postgrade en Médecine interne
générale en 2022 en Suisse

Après avoir suivi les études à Genève et obtenu son diplôme de médecin en 2016, elle a entamé sa formation de médecine interne à l'Hôpital de la Tour à Meyrin (Genève). Elle a complété sa formation aux Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) et obtenu son titre de spécialiste en médecine interne en 2022. Elle a par la suite pratiqué en tant que médecin Cheffe de Clinique au sein du service de médecine interne générale des HUG jusqu'à son installation en ville, début 2026.

Dr Carlo Maria ORANGES

HUG, Rue Gabrielle-Perret-Gentil 4,
1205 Genève

Né en 1983, nationalité Italienne

Diplôme de médecin en 2008 en Italie

Reconnaissance en 2016

Titre postgrade en Chirurgie plastique,
reconstructive et esthétique en 2015
en Italie

Reconnaissance en 2016

Le Dr Carlo M. Oranges est spécialiste FMH en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique depuis 2016 et Privat-Docent à l'Université de Genève depuis 2023. Après avoir travaillé à l'Hôpital universitaire de Bâle entre 2014 et 2020, où il a obtenu un doctorat en médecine (Dr méd.) ainsi qu'un PhD

(Dr sc. méd.) en recherche clinique, il a rejoint les HUG en 2020. Auteur de plus de 160 publications indexées sur PubMed, il est actuellement secrétaire général de l'European Plastic Surgery Research Council (EPSRC).

Dre Géraldine PARATTE

Hôpital de la Tour, Avenue JD Maillard 3,
1217 Meyrin

Née en 1979, nationalité Suisse

Diplôme de médecin en 2005 en Suisse

Titre postgrade en Médecine interne
générale et en Médecine intensive en
2015 en Suisse

Après des études de médecine à l'Université de Lausanne terminées en 2005, j'ai effectué une double spécialisation en Médecine Interne Générale et Médecine Intensive (Genève, Lausanne, Sion, Locarno), avec obtention de mes titres en juillet 2015. J'ai complété mon cursus avec un doctorat sur la ventilation non invasive (2016) ainsi qu'un master en Education Médicale à l'Université de Berne (2017). Je partage actuellement mon activité professionnelle entre la médecine Intensive à l'Hôpital de La Tour et la Médecine d'Assurance. Dans ce contexte, je suis spécialiste SIM (Swiss Insurance Medicine), en codage médical et aussi au bénéfice d'un Brevet Fédéral en Assurances Sociales.

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 Anastasios RIGAS

S-Santé SA, Rue du Valentin 22,
1004 Lausanne, Clinique les Hauts
d'Anières SA & Centre médical
Quartier Etang

Né en 1977, nationalité Grecque
Diplôme de médecin en 2006 en Grèce
Reconnaissance en 2015
Titre postgrade de Médecine praticien
en 2018 en Suisse

Après ses études de médecine aux universités de Berne et de Genève, il a exercé dans les milieux hospitalier et ambulatoire à Berne, Genève et Vienne (Autriche). De retour en Suisse en 2023, il a poursuivi sa formation aux Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) en vue d'obtenir le titre de spécialiste en médecine interne générale. Il s'installera en ville de Genève en janvier 2026.

Changement de statut Actif > Associé

Dr Daniel WAGBE

membre associé avec effet rétroactif
au 1^{er} mai 2018

Changement de statut Associé > Actif

Dr Louhai ALWAN

membre actif au 1^{er} janvier 2026

Membres probatoires devenant membre actif à titre définitif

au terme de la période probatoire de 2 ans:

Dr Ilaria BOLOGNA,
Dr Elif MAHNE,
Dr Amir MAKNI,
Dr Judith MUHLSTEIN-BARASCHE,
Dr Georgina PAULET JUNCA,
Dr Dana TODORAN
depuis le 8 décembre 2025

Dr Alexandre BODMER,
Dr Laurie BOUCHEZ,
Dr Salim CHUCRI,
Dr Anna DANILUK,
Dr Daniela DUARTE MOREIRA,
Dr Santiago GIMÉNEZ,
Dr Mona LAMY,
Dr Guy PÉTROZ,
Dr Laetitia REINHARD MANIÈRE,
Dr Diana RIBEIRO,
Dr Maurice STAUFFACHER,
Dr Alexandre STOLZ
depuis le 5 janvier 2026

Nouveaux membres probatoires

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

Dr Maya Sabrina BOUHABIB,
Dr Corina DONICA,
Dr Alix JUILLET DE SAINT LAGER,
Dr Cecilia MILICIA,
Dr Alberto NASCE,
Dr Alain RAYBAUD,
Dr Carolina WALTER
depuis le 10 décembre 2025

Dr Bilal ABS,
Dr Xavier BAER,
Dr Rafael BLANC MOYA,
Dr Maryam MEGHRAOUI-SERIR,
Dr Ioan Alexandre PERRET,
Dr Mehmet SAHIN,
Dr Marie SCHAEER,
Dr Grégory SCHÜRMANN,
Dr Amanda SEIPEL,
Dr Matthew STREBEL,
Dr Fabio ZANCHI,
Dr Matthieu ZINGG
depuis le 30 décembre 2025

Membres en congé

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

Dr Marie-Luce FEUILLADE
au 1^{er} janvier 2026

Membres passifs

(membres cessant toute pratique profes-
sionnelle, 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 Graziella GUENIN
dès le 1^{er} janvier 2026

Membres seniors

(membres de plus de 65 ans ayant réduit
son activité à maximum 10%, cotisation
de CHF 100.- à partir du 1^{er} janvier qui suit
la demande, droit de vote à l'Assemblée
générale, art. 8bis):

Dr Christine Barbey,
Dr Gladys Eugénia BORELLA,
Dr Ziad CHOK,
Dr Gérard de BUREN,
Dr Denis DUBOIS,
Dr Jean-Michel DUBUIS,
Dr Nicole HELFER-WITZ,
Dr France LE BROCCARD,
Dr Jacques LEDERREY,
Dr Claudine PASQUALINI,
Dr Philippe RUFFIEUX,
Dr Christian SOULIER,
Dr Mirella SOULIER-LAUPEL,
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 Maria Teresa ALVAREZ FLORES,
Dr Raymond BENOIT,
Dr Willy PASINI
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 Anne RIEDER-ZANONE
Médecine interne générale,
médecin-conseil pour la CPPVC

Changements d'adresses et ouvertures de cabinet

Dr Guido Marco CARONNI

(Médecine interne générale – Médecine intensive)
consulte désormais également au Centre médical du Parc,
Route de Troinex 65, 1256 Troinex

Dr Sandrine MOTAMED

(Médecine interne générale – Prévention et santé publique)
consulte désormais à la Maison médicale de la Servette,
Rue de la Servette 89B, 1202 Genève

Dr Anaïs MONS

(Pédiatrie) consulte désormais au Centre Médical Qorpus,
Avenue de la Gare des Eaux-Vives 28, 1208 Genève

Dr Eirini PAPANASTASIOU

(Médecine interne générale – Dermatologie et vénéréologie)
consulte désormais à la Rue Charles Galland 15, 1206 Genève

Dr Mirella SOULIER-LAUVER

(Médecine interne générale)
ferme sa consultation au cabinet situé au Groupe Médical d'Onex, 3 Route de Loëx, 1213 Onex

Dr Steve KRAMIS

(Psychiatrie et Psychothérapie)
consulte désormais au 18 quai Gustave-Ador, 1207 Genève

Dr Jean-Pascal CROCI

(Médecine interne générale)
a déménagé au 145 Route de Suisse, 1290 Versoix

Dr Michel FORNI

(Médecine interne générale – Oncologie médicale)
consulte désormais au Centre Médical Rive Gauche CMC SA, Pl. Camoletti 2, 1207 Genève

Dr Denis DUBOIS

(Médecine interne générale)
a fermé son cabinet au Groupe Médical d'Onex, Route de Loëx 3, 1213 Onex

Dr Sandrine GREPT-LOCHER

(Médecine interne générale)
consulte désormais à la Place de Cornavin 4, 1201 Genève

Dr Bernadette MAÎTRE

(Médecine interne générale)
ne consulte plus au Cabinet médical du Mont-Blanc, Rue du Mont-Blanc 20, 1201 Genève

Décès

Nous avons le profond regret d'annoncer le décès du

Dr Pierre BECK

survenu le 31 décembre 2025

Prof. Bertrand CRAMER

survenu le 22 janvier 2026

Impressum

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

PARUTIONS

format digital: 10 fois par an

RESPONSABLE DE PUBLICATION

Antonio Pizzoferrato

CONTACT POUR PUBLICATION

Secrétariat AMGE

info@amge.ch

PUBLICITÉ

Médecine & Hygiène

022 702 93 41, pub@medhyg.ch

CONCEPTION & RÉALISATION

Bontron&Co

Loredana Serra



CLINIQUE DE CRANS-MONTANA

MÉDECINE INTERNE DE RÉHABILITATION

Nos pôles d'excellence:

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

Admissions

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

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

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



Hôpitaux
Universitaires
Genève

CLINIQUE DE
CRANS-MONTANA



1010219